

**EL TRABAJO SOCIAL EN LA ATENCIÓN A LA
ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA EN
CASTILLA Y LEÓN.**

**EL PROCESO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA A
PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD
MENTAL.**

TRABAJO FIN DE GRADO

AUTORA: María Arlanza Terrazas Alturo

4ºGRADO TRABAJO SOCIAL 2013/14

TUTORA: María José Salvador Pedraza

FECHA ENTREGA: 01/07/2014



Universidad de Valladolid

AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a todos y todas los y las profesionales del Trabajo Social DE LA RED DE ATENCION A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA que me han ayudado en la realización de este Trabajo de Fin de Grado, tanto a los y las entrevistados/as como a los que me asesoraron y ayudaron en diferentes momentos, y de manera especial a mi tutora, María José Salvador Pedraza, has sido un gran apoyo y guía en todo el proceso.

También a Marimar Serrano Martín, persona por la que descubrí el TRABAJO SOCIAL (así, con mayúsculas),
gracias por todo.

Y, cómo no, a mi familia, pareja y amigos,
que son los que me aguantan...

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL	2
RESUMEN	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. FUNDAMENTACION TEÓRICA: ACERCAMIENTO A LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE COMO ÁMBITO DE ACTUACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL	10
2.1. ESTUDIO CONCEPTUAL PREVIO SOBRE LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES Y DE LARGA DURACIÓN	10
2.1.1. Duración de la enfermedad	11
2.2. ENFERMEDAD MENTAL, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA.....	12
3. HERRAMIENTAS ESTRATÉGICAS PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE, Y DONDE EL TRABAJO SOCIAL INTEGRA SU INTERVENCIÓN PROFESIONAL.	14
3.1. ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. CARTERA DE SERVICIOS COMUNES.	14
3.1.1. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud	14
3.1.2. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud:	16
3.2. LA ARTICULACIÓN ASISTENCIAL EN CASTILLA Y LEÓN:	17
3.2.1. III Plan de Salud de Castilla y León	17
3.2.2. II Plan de Atención Socio-sanitaria de Castilla y León	18
3.2.3. Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica 2003-2007 y situación posterior:	20
3.2.4. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León de 2013.	21
4. ENFOQUE DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL SISTEMA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: UNA MIRADA DESDE EL TRABAJO SOCIAL.	24
4.1. UN GRAN PASO ADELANTE: LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LAPAD)..	24
4.2. EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE DENTRO DEL MARCO DE LA LEY 39/2006, Y VALORACIÓN REGLAMENTARIA DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DESDE LA PARTICIPACIÓN CUALIFICADA DEL TRABAJO SOCIAL.....	26
4.2.1. Repercusiones funcionales más significativas en personas con Trastorno Mental Grave..... ..	26
4.2.2. El Informe de Salud Mental como base de Valoración de situaciones de dependencia y referente para posterior aplicación del Baremo de Valoración (BVD)	28
4.2.3. Evaluación del entorno en personas con Enfermedad Mental Grave	29

4.2.4.	Posibles repercusiones de los Trastornos Mentales Graves en el desempeño de las tareas del Baremo de Valoración de Dependencia	29
4.3.	LOS EQUIPOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL (EPAP).....	30
4.3.1.	Condiciones organizativas de los Equipos de Promoción de la Autonomía Personal.....	30
4.3.2.	Perfil de los destinatarios del programa de acción del EPAP	31
5.	PROCESO INTEGRADO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL EN CASTILLA Y LEÓN	31
5.1.	FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL	32
1ª Fase:	Detección.....	32
2ª Fase:	Valoración de necesidades y propuesta de acceso a servicios o recursos sociales.	34
3ª Fase:	Resolución y Notificación.....	35
4ª Fase:	Plan de Intervención Individualizada	37
5ª Fase:	Seguimiento.....	38
6.	EL PERFIL Y FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ENFERMEDAD MENTAL	39
6.1.	FUNCIONES DEL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN EL SISTEMA DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN	39
6.1.1.	Funciones generales del Trabajo Social Sanitario	39
6.1.2.	Áreas de intervención del Trabajo Social Sanitario	40
6.2.	EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL.....	42
7.	PRODUCCIÓN DE DATOS: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LOS DESAFÍOS SENTIDOS POR LOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL DE LA RED DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN CASTILLA Y LEÓN.....	43
7.1.	METODOLOGÍA CUALITATIVA DE INVESTIGACIÓN, PERTINENCIA DE SU ELECCIÓN, OBJETIVOS Y PLAN DE TRABAJO.....	43
7.1.1.	Objetivos de la investigación	44
7.1.2.	Hipótesis básicas de la investigación	44
7.1.3.	Metodología y fases de desarrollo:.....	44
7.1.4.	Planificación del trabajo de investigación	46
7.1.5.	Preparación y aplicación de las entrevistas en profundidad.....	46
7.2.	PRINCIPALES RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE LA REALIDAD Y DESAFÍOS DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA EMG EN CASTILLA Y LEÓN.....	47
8.	CONCLUSIONES: UNA MIRADA A LOS RETOS DE FUTURO DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMEDAD MENTAL.....	51
8.1.	EN LO REFERIDO AL TRABAJO SOCIAL EN LA RED ASISTENCIAL:.....	51

8.2. EN LO RELATIVO A LA RED DE ATENCIÓN A LA EMG	54
8.3. CON RESPECTO A LA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA EN GENERAL, Y EL PROCESO INTEGRADO EN PARTICULAR:.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	61
ÍNDICE SIGLAS:	65
ANEXOS:.....	66
ANEXO 1: Desarrollo ESTRATEGIA NACIONAL SALUD MENTAL VIGENTE	66
ANEXO 2: DIFICULTADES BAREMO DE VALORACIÓN DEPENDENCIA.....	70
ANEXO 3: PRESTACIONES Y SERVICIOS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA	73
ANEXO 4: FACTORES FACILITADORES/BARRERAS DEL ENTORNO	75
ANEXO 5: FUNCIONAMIENTO DE LOS EPAP, NIVELES DE INTERVENCIÓN Y METODOLOGÍA:	76
ANEXO 6: PERFIL USUARIOS EQUIPOS DE PROMOCIÓN AUTONOMÍA PERSONAL.....	79
ANEXO 7: PROCESO INTERVENCIÓN EPAP	81
ANEXO 8: FUNCIONES DEL EPAP	82
ANEXO 9: FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL	84
ANEXO 10: DISPOSITIVOS DE CARÁCTER SOCIAL PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL	94
1. Equipos De Apoyo Comunitario (EPAP)	94
2. Centro De Día	94
3. Centro Residencial.....	94
4. Viviendas Supervisadas	95
ANEXO 11: FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS IMPLICADAS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL:.....	95
1. Comisión de Área Psiquiátrica (CAP)	95
2. Equipo Mixto Provincial (EMP):.....	97
3. Comisión Mixta Regional (CMR):.....	98
ANEXO 12: RESUMEN RESULTADOS ENTREVISTAS.....	99

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

RESUMEN

La Enfermedad Mental Grave y Prolongada (de ahora en adelante, EMGyP) entre otras patologías, supone una prioridad en el Sistema de Salud, que precisa de una intervención desde los diferentes niveles sanitarios y también un abordaje intersectorial y de coordinación entre el Sistema de Salud y los Servicios Sociales, en los que el papel del Trabajo Social se justifica debe aumentar su protagonismo.

Desde estas premisas los Trastornos Mentales Graves (TMG) son uno de los posibles ámbitos de actuación para el Trabajo Social, tanto en el Sistema de Salud, como en el de Servicios Sociales y en el marco de la coordinación socio-sanitaria. Por ello, es muy importante, partiendo del derecho de atención, tanto de las personas que los padecen como aquellas que las rodean, investigar esta temática, profundizando en sus diferentes niveles de asistencia, para encontrar posibles debilidades o fortalezas, así como estrategias que fomenten y desarrollen una mejora de la red de atención y de la praxis profesional, siempre considerando con enfoque integral los derechos y necesidades de las personas con enfermedad mental.

El estudio abordado en este trabajo, pretende, en una primera parte, desde una metodología teórico-conceptual y utilizando fuentes documentales, una aproximación hacia los perfiles de la EMGyP, así como profundizar en el conocimiento de las estrategias establecidas para su atención y en el de las funciones/dificultades del Trabajo Social en la red asistencial organizada. En una segunda parte, desde un enfoque empírico, se plantea una investigación cualitativa, partiendo de las opiniones de interés de los propios profesionales de Trabajo Social de distintos recursos de esa red de atención¹, para perfilar las propuestas de mejora y retos de futuro de la intervención social de esta disciplina ante la EMGyP en el ámbito de Castilla y León.

¹ Participantes del PROCESO INTEGRADO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD CON ENFERMEDAD MENTAL.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad mental, Estrategias de atención, Funciones del Trabajo Social y Coordinación Socio- sanitaria.

1. INTRODUCCIÓN

La Salud Mental, ha tenido un largo recorrido en cuanto a su conceptualización y abordaje desde el nacimiento de la psiquiatría en el Siglo XIX. El concepto que hoy día barajamos emana del concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que en 1948 la define *como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*²

Con esta base, el movimiento de la reforma psiquiátrica, que contó con participación activa de los trabajadores sociales, se inicia a mediados de los 70 en Europa, abogando por el tratamiento comunitario de la Enfermedad mental, brindando así un nuevo ámbito para la intervención social y la participación del Trabajo Social en los recursos de atención. En España esa reforma psiquiátrica se inició en 1985, teniendo como marco (además de la conceptualización de salud de la OMS), la LEY de SANIDAD de 1986, que supone la integración de la asistencia psiquiátrica en el sistema sanitario general, como apunta Giménez Muñoz (2012):

Los principios generales de la política sanitaria en materia de salud mental se iban a regular en la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril. De esta manera, el artículo 20 se equiparaba por primera vez en nuestra legislación al enfermo mental con el enfermo somático poniendo así fin a una anacrónica marginación sanitaria. (p.24)

² La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Más tarde, en la Declaración de Helsinki (OMS, 2005), a nivel europeo, se considera la Salud Mental como una prioridad sanitaria, económica y social. Esta declaración internacional insta a los sistemas sanitarios a formular estrategias en SM que integren la promoción y la prevención de los factores de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados, trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, al enfermo y su entorno familiar.

La actual Estrategia en SM del Sistema Nacional de Salud (SNS), como posteriormente veremos, se basa en la filosofía y contenidos de esta declaración, que da pie a un posible ámbito de intervención del Trabajo social.

Podemos definir un trastorno o enfermedad mental como una alteración de tipo emocional, cognitivo y / o del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo³. Por otro lado, estudios sobre SM consideran que Salud y Enfermedad mental no son condiciones que permitan definir a la una como la ausencia de la otra, sino que son un continuo en el que se reflejan diferentes grados o niveles de bienestar o deterioro psicológico.

Se ha tratado de identificar los componentes principales de la salud mental y se asocian a: bienestar emocional, competencia, autonomía, aspiración, autoestima, funcionamiento integrado, adecuada percepción de la realidad, etc.

La enfermedad por tanto, afectará tanto al espacio de la salud como al personal (capacidades y habilidades) y al relacional, derivando en procesos de exclusión (aislamiento, exclusión laboral, estigma...).

³ <http://www.feafescyl.org/preguntas.htm#01>

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Su abordaje tanto estratégico como operativo será integral, desde el ámbito sanitario y el social y en función de los diferentes grados dentro de ese continuo salud-enfermedad e Inclusión/exclusión social.

Eva M^a Garcés Trullenque (2010), dentro de la esfera sanitaria, diferencia entre los usuarios de dispositivos de Salud Mental *continuos* y *usuarios en situación de crisis*, que consultan en un momento dado de su vida. Las personas que nos conciernen en este trabajo serían las que entran dentro de la primera categoría, o sea, aquéllas que por la naturaleza de su trastorno y su cronicidad necesitan una continuidad de asistencia a lo largo de su vida, es decir, personas con TMG.

Desde esas referencias previas, para la alumna autora de este Trabajo fin de Grado (TFG), el estudio de esta temática supone un reto de interés, porque todo lo relativo a la Enfermedad Mental, aún tiene cierto prejuicio social y en la realidad el Trabajo Social en este ámbito, parece que en la práctica todavía, pese al gran potencial implícito, se encuentra limitado.

En consecuencia, la finalidad de este trabajo va a responder a los siguientes objetivos específicos:

- 1- Realizar un acercamiento conceptual a la realidad de la Enfermedad Mental Grave y Prolongada (EMGyP), así como a las fortalezas y debilidades de las estrategias de atención organizadas en nuestro contexto, donde los/las profesionales del Trabajo Social encuentran un ámbito de intervención. Para ello, se presentará un resumen de las principales líneas y recursos de atención socio-sanitaria de las enfermedades mentales en el Estado Español y Castilla y León.
- 2- Analizar la correspondencia entre los modelos teóricos asistenciales establecidos en los Planes y normativas, con las prácticas reales realizadas desde nuestro sistema socio-sanitario.
- 3- Detectar algunas sugerencias de mejora respecto a formas de intervención basadas en los enfoques socio-comunitarios.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- 4- Perfilar los retos del Trabajo social, en este ámbito de acción, fundamentados en la opinión cualitativa de profesionales expertos vinculados a la red asistencial de atención a personas con TMG en Castilla y León.

Para alcanzar esos objetivos, la estructura que se plantea para el desarrollo del presente estudio parte, en un primer momento, de una aproximación teórico-conceptual a lo que son los denominados TMG, en referencia a su vez con relación a las situaciones de discapacidad y dependencia, que frecuentemente llevan asociadas.

A continuación, por su pertinencia y como marco de referencia asistencial, se aportarán datos relevantes sobre los mecanismos de atención, vinculados a la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y la Cartera de Servicios Comunes en todo el Estado español, así como sobre los respectivos Planes de Salud, de Coordinación socio-sanitaria y correspondientes Estrategias de Salud Mental y de atención a Pacientes Crónicos en el ámbito de Castilla y León.

Seguidamente, se abordará un análisis de enfoque teórico-práctico sobre las actuaciones profesionales que se llevan a cabo, en el ámbito del Sistema de Atención a situaciones de Dependencia, con especial mención de lo relativo a los instrumentos para su mejor valoración en los casos de EMG y con detalle, asimismo, de los dispositivos asistenciales específicos, como, entre otros, los Equipos de Promoción de la Autonomía Personal (EPAP).

Se continuará planteando, en un mayor nivel de concreción y en el plano más operativo, las fases del proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por Enfermedad mental y el funcionamiento u organización, tanto de diversas estructuras socio-sanitarias, como de los dispositivos de carácter social implicados en el proceso de atención a las mismas.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Después se reflejará una síntesis relevante de la información obtenida, a partir de una investigación teórica fundamentada, sobre las funciones más frecuentes y áreas de intervención del Trabajo Social con las personas con EMGyP, en los distintos dispositivos de atención. Finalmente, se expondrán los datos resultantes de un estudio cualitativo que, fundamentado en entrevistas en profundidad a profesionales de Trabajo Social de la red de atención, ha sido desarrollado para este TFG. El objeto principal de dicha investigación es plantear debilidades y fortalezas, así como propuestas de futuro para la mejora de las intervenciones profesionales en este ámbito, siempre para facilitar una mayor calidad asistencial integral.

El resultado final de este trabajo, con todo ese contenido pretende, disponer de una visión más completa sobre el posible marco de referencia para la actuación del Trabajo Social en el ámbito de la Enfermedad mental en Castilla y León, y realizar algunas propuestas para un avance significativo de esas funciones, a partir de los datos del estudio cualitativo a profesionales clave de la red de atención.

2. FUNDAMENTACION TEÓRICA: ACERCAMIENTO A LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE COMO ÁMBITO DE ACTUACIÓN DEL TRABAJO SOCIAL

2.1. ESTUDIO CONCEPTUAL PREVIO SOBRE LOS TRASTORNOS MENTALES GRAVES Y DE LARGA DURACIÓN

Es importante empezar centrando el objeto al que se refiere el análisis pues existen diversas formas de definir el TMG. Para este trabajo, siguiendo la Guía de Práctica Clínica de intervenciones psicosociales ante el TMG del Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), la definición de mayor consenso en la bibliografía⁴ contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y el nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

⁴ Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, Jung YS. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry*. 1990;147(12):1602-8. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, et al. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo: situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2002. Cuadernos Técnicos, n. 6. Citado por la Guía de Práctica Clínica de intervenciones psicosociales ante el TMG.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos). Todas las categorías diagnósticas incluidas en TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio. Se entiende por tal no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad.

Se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992)⁵:

- Trastornos esquizofrénicos (F20.x)
- Trastorno esquizotípico (F21)
- Trastornos delirantes persistentes (F22)
- Trastornos delirantes inducidos (F24)
- Trastornos esquizoafectivos (F25)
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)
- Trastorno bipolar (F31.x)
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
- Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

2.1.1. Duración de la enfermedad

Se ha utilizado como criterio para establecer el TMG una evolución de trastorno de 2 años ó más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación), aunque remitan los síntomas.

⁵ CIE-10 Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª ed. rev. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2003. Citado por la Guía de Práctica Clínica de intervenciones psicosociales ante el TMG.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

El criterio de duración del trastorno intenta discriminar al grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tienen un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro.

2.2. ENFERMEDAD MENTAL, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

La EMGyP, produce limitaciones funcionales que afectan tanto a capacidades y habilidades personales como a la interrelación con otras personas y, a veces la desaparición de la deficiencia no hace desaparecer la discapacidad debido a factores perpetuadores que la cronifican (Garcés, 2010. p.344). Esto lleva a que los TMG tengan la doble consideración de enfermedad y discapacidad, y que una parte de esta última pueda ser valorada como dependencia.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas (2.006), adopta un modelo social de la discapacidad, y entre ellos se describe la discapacidad como:

Un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Definida la discapacidad, por otra parte, mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, y que se mide a través de diferentes escalas, como la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), con puntuaciones <50; y la escala de evaluación de la discapacidad de la OMS (DAS-I), con puntuaciones >3 en todos sus ítems.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Siguiendo la definición del NIMH⁶, citada por el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), esta discapacidad produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:

- Desempleo, o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
- Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y es posible que precise apoyo para procurarse dicha ayuda.
- Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
- Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
- Conducta social inapropiada que determina la intervención del Sistema de Salud Mental o del Sistema Judicial.

Muchas veces estos obstáculos suponen una traba para estas personas que pueden afectar a su autonomía, presentando graves dificultades en el funcionamiento personal, laboral y social y derivando en situaciones de dependencia. La Ley 39/2006 de promoción de la Autonomía y atención a la Dependencia contempla las situaciones de los enfermos mentales, especialmente de los trastornos más graves. Esto se consiguió mediante “la redefinición del concepto de dependencia resaltando mucho más los componentes de autonomía personal y de necesidades de apoyo, creando una Escala específica para la valoración de situaciones de dependencia de las personas (...) con enfermedad mental” (García Martín,2012; p.29).

La consideración de la Enfermedad Mental como Discapacidad (Estrategia Nacional 2012-2020 y planes sectoriales de discapacidad) y como Dependencia, abre las puertas de las personas afectadas a ciertos beneficios del Sistema de Servicios Sociales, sobrepasando los límites de la intervención sanitaria y extendiendo los derechos de estas personas.

⁶ National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987. Cita de la Guía de orientación en valoración reglamentaria dependencia personas con TMG.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

3. HERRAMIENTAS ESTRATÉGICAS PARA LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE, Y DONDE EL TRABAJO SOCIAL INTEGRA SU INTERVENCIÓN PROFESIONAL.

Continuando con el marco de referencia y para una mejor aproximación a la implementación del Trabajo Social en los distintos niveles de desarrollo, es importante un análisis pormenorizado de las Estrategias relacionadas con la Enfermedad Mental, tanto en la planificación estatal, como en la autonómica. Por ello, a continuación por su importancia destacaremos las siguientes:

- La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y la Cartera de Servicios comunes en todo el Estado español.
- La Planificación en Salud, las Estrategias de Salud Mental y de Coordinación Socio-sanitaria en el ámbito de Castilla y León.
- La Estrategia de Atención a Pacientes Crónicos en Castilla y León.
- Las Actuaciones en el ámbito del Sistema de Atención a situaciones de Dependencia, con especial mención de las relativas a la valoración de la Enfermedad Mental y dispositivos asistenciales específicos en Castilla y León para las personas con discapacidad por EMG crónica.

3.1. ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. CARTERA DE SERVICIOS COMUNES.

3.1.1. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Esta Estrategia para el periodo 2.009–2.013, que sigue vigente, es una herramienta muy importante que los y las profesionales de Trabajo Social deben conocer para trabajar en este ámbito, ya que dicha Estrategia se formula para promover mejoras en la Salud Mental de las personas y de las poblaciones, compatible con los planes vigentes en las Comunidades Autónomas.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Se basa en la filosofía y principios de la declaración de Helsinki de la OMS, de 2005, que adopta un enfoque integrado que combina la promoción de la Salud Mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intra-institucional, así como adopción de medidas que fomenten la inserción laboral y social de personas que padecen trastornos mentales, y constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de Salud Mental . Establece la Salud Mental, asimismo, como prioridad transversal en las políticas a nivel europeo.

Fruto de la evaluación de una anterior estrategia de 2006, conjuntamente y en consenso entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y las Sociedades científicas y de Pacientes, se planteó la estrategia de 2009-2013, que incluyó avances científicos y normativos, ampliación de objetivos y ejemplos de buenas prácticas, amén de una serie de indicadores para facilitar su evaluación.

La Estrategia proporciona ciertas bases, tanto en metodología, provisión de recursos y servicios, como de direccionalidad en las actuaciones estratégicas y operativas en Salud Mental, que faciliten la atención integral, continuada y de calidad a las personas con afecciones mentales y la cohesión entre los Sistemas de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas en materia de Salud Mental.

Se prevé su evaluación y actualización para este año, contando con un **“grupo de trabajo específico sobre TDAH**, según ha anunciado Sonia García de San José, subdirectora de Calidad y Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, durante la presentación del informe *El TDAH en España* del Proyecto PANDAH”.⁷

⁷ <http://www.comunidad-tdah.com/noticia/la-estrategia-en-salud-mental-tendra-un-grupo-de-trabajo-sobre-tdah>

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

3.1.2. Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud:

El Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, es una referencia importante porque supone la materialización del artículo 3.2 de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, que señala que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva, al amparo del artículo 43 de la Constitución Española.⁸

La Cartera de Servicios Comunes, es relevante para el Trabajo Social y la intervención de cualquier otra disciplina o equipo en la Enfermedad mental, ya que establece los mínimos que los diferentes Sistemas de Salud de las CCAA deben proveer a sus ciudadanos en materia de Salud Mental, dentro de la Atención Especializada y definiendo dichos servicios de la siguiente forma:

- A) Diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, de la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.
- B) La atención a la Salud Mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, donde se incluye:
 - Actuaciones preventivas y de promoción de la Salud Mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
 - Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo en tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
 - Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.

⁸ Artículo 43 C.E.: 1.-Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2.-Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3.-Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastorno de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
- Atención a los trastornos de Salud Mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
- Información y asesoramiento a personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

3.2. LA ARTICULACIÓN ASISTENCIAL EN CASTILLA Y LEÓN:

En Castilla y León esta articulación de los recursos asistenciales se realiza a través de El Tercer Plan de Salud de esta Comunidad autónoma, la Estrategia Regional de Salud Mental y la Estrategia de Atención al Enfermo Crónico.

Conocer esta planificación de referencia es fundamental para cualquier profesional o dispositivo que preste servicios en relación a personas con Enfermedad Mental y por lo tanto también para los y las profesionales del Trabajo Social implicados. Por ello exponemos a continuación un resumen de los aspectos más significativos:

3.2.1. III Plan de Salud de Castilla y León

El III Plan de Salud de Castilla y León, marco de referencia para el desarrollo de la política de planificación sanitaria de la Comunidad, fue aprobado por Acuerdo 116/2008, de 30 de octubre.

Este Plan recoge un total de 52 objetivos generales, 198 objetivos específicos y 350 medidas y recomendaciones, que dan respuesta a los principales problemas de salud de la Comunidad Autónoma a lo largo del periodo 2008-2012 (y aún hoy), y que se marca como objetivos:

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- La reducción de la mortalidad por causas evitables.
- Seguir incrementando la esperanza de vida.
- Prevenir y reducir la aparición de las enfermedades, en particular de las crónicas.
- Establecer las condiciones para que los ciudadanos desarrollen una vida más sana y extender a toda la red sanitaria las iniciativas que han demostrado mejores resultados.

El Plan de Salud se configura como un plan global de mejora, y constituye un marco de referencia para desarrollar las líneas innovadoras por las que se pretende que avance el sistema. Se utilizan las mejores experiencias, las mejores prácticas y el mejor conocimiento que aporta la evidencia científica.

Entre otras incluye intervenciones dirigidas a los estilos de vida y a la prevención de factores de riesgo que son comunes a varias áreas prioritarias.

En cuanto a enfermedad mental, el Plan recoge objetivos dentro de las líneas de trabajo número 7 y 16, que corresponden a Trastornos del humor (afectivos) y Dependencia asociada a la enfermedad.

3.2.2. II Plan de Atención Socio-sanitaria de Castilla y León

Tiene sus antecedentes en el primer Plan Socio-sanitario de Castilla y León, aprobado por el Decreto 16/1998, de 29 de enero, que estableció una estructura de coordinación y creó órganos conjuntos de políticos y técnicos procedentes de los sistemas de salud y los de acción social, de ámbito regional y de las áreas de salud.

Dicho II Plan socio-sanitario de Castilla y León se aprobó por el Decreto 59/2003, de 15 de mayo, para favorecer la coordinación de actuaciones, la integración de culturas y la creación de lenguajes comunes entre los profesionales de ambos sistemas. Los objetivos planteados son:

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- Mejorar la calidad de vida de las personas y contribuir a la mejora de la esperanza de vida tanto en buena salud como la libre de incapacidad.
- Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y sociales.
- Mejorar la efectividad y la eficiencia de ambos sistemas de atención.
- Mejorar la calidad de los servicios prestados y la satisfacción del usuario, incrementando la competencia y la implicación profesional con una orientación bio-psico-social de la atención.

Para caminar hacia la consecución de los objetivos se establecen 4 líneas estratégicas:

1.-Potenciar la coordinación socio-sanitaria mediante: un marco normativo común, la creación de estructuras de coordinación socio-sanitaria operativas y cercanas a la atención directa, el desarrollo de la gestión por procesos y la gestión de casos, la implantación de sistemas de información compartidos y la formación de los profesionales para la coordinación socio-sanitaria.

2.-Garantizar la prestación integrada de servicios en el ámbito comunitario, y prevenir la dependencia, a través de: la mejora de los cuidados a domicilio, la capacitación del cuidador familiar, el refuerzo de los recursos intermedios para mantener a la persona en el domicilio familiar y el fortalecimiento de las medidas preventivas de la dependencia.

3.- Mejorar la atención integral en los centros de carácter social y la continuidad de cuidados en los hospitales, para ello se plantea: mejorar la atención integral en los centros de carácter social, impulsar el uso racional del medicamento en los centros de Servicios Sociales, poner en marcha unidades hospitalarias de continuidad asistencial, atender al cuidador familiar del enfermos hospitalizado, disponer de recursos de convalecencia hospitalaria suficientes.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

4.- Atender las necesidades específicas de determinados colectivos como personas mayores, menores, personas con discapacidad, personas con problemas derivados de las drogas y otras en situación o riesgo de exclusión social.⁹

3.2.3. Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica 2003-2007 y situación posterior:

La Estrategia Regional de Salud Mental 2.003-2.007, aprobada por Acuerdo 58/2003, de 24 de abril, de la Junta de Castilla y León, comprende cinco líneas estratégicas, encaminadas a la promoción de la Salud Mental, la ordenación asistencial, la accesibilidad y desarrollo de programas específicos, la integración y soporte de las personas con Enfermedad mental y sus familias y la mejora de la formación, información e investigación en este ámbito.¹⁰

En 2009 se elaboró un borrador de la nueva Estrategia para 2008-2012 que no se hizo público ni pasó la fase para ser dotado económicamente. Hasta ahora mismo no se prevé renovación de la Estrategia 2.003-2.007, cuya prórroga se ha realizado de facto.

Las Líneas Estratégicas y los objetivos de la Estrategia Regional son las siguientes:

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: Salud Mental. Mejorar el bienestar psíquico de la población y evitar la Enfermedad mental impulsando actuaciones preventivas y de promoción de la Salud Mental.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Ordenación asistencial. Establecer un modelo integrado y completar el mapa regional.

- Implantar un modelo integrado que garantice la continuidad de cuidados para las personas con Enfermedad mental.

⁹ <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/planes-sociosanitarios-estrategias/planes-sociosanitarios/ii-plan-atencion-sociosanitaria-castilla-leon>

¹⁰ <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-regional-salud-mental-asistencia-psiquiatrica>

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- Desarrollar el mapa de Asistencia Psiquiátrica y Desarrollar las estructuras intermedias.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: Asistencia psiquiátrica. Mejorar la accesibilidad y desarrollar programas específicos.

- Incrementar la accesibilidad a los Recursos de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica.
- Desarrollar Programas específicos de Asistencia Psiquiátrica.
- Fomentar la inserción laboral de las personas con Enfermedad mental.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: Rehabilitación e integración de las personas con Enfermedad Mental. Hacia una integración social y laboral plena.

- Promover el respeto a los derechos de las personas con Enfermedad mental.
- Dar soporte y respiro a las familias de personas con EMGyP.
- Fomentar la inserción laboral de las personas con Enfermedad mental.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: Actuaciones transversales. Potenciar la gestión del conocimiento y la mejora de la calidad.

- Mejorar la formación de los profesionales en materia de Salud Mental y Asistencia psiquiátrica.
- Potenciar los Sistemas de Información y la Investigación.
- Impulsar la mejora de la calidad en la Atención Psiquiátrica.

3.2.4. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León de 2013.

En España, aparte de Castilla y León, otras Comunidades Autónomas también han desarrollado estrategias específicas y pioneras de atención a la cronicidad, como es el caso del País Vasco, Andalucía y Valencia.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Existen algunos matices y diferencias entre ellas, por eso, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha elaborado la Estrategia Nacional para hacer frente a la cronicidad con el fin que todas las Comunidades Autónomas pongan en marcha la integración de los cuidados y la continuidad con los Servicios Sociales.

El objetivo central es disminuir la prevalencia de las condiciones de salud de carácter crónico, reducir la mortalidad prematura, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones asociadas y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas cuidadoras.

En las líneas estratégicas se destaca la función de los y las profesionales de Trabajo Social Sanitario como responsables de las funciones de diagnóstico y tratamiento de la problemática social y de facilitar y coordinar el acceso a otros recursos socio-sanitarios. Asimismo, se destaca la importancia de los/as trabajadores/as sociales en el desarrollo de instrumentos y cauces de coordinación entre los diferentes niveles y servicios sanitarios y sociales, con el objetivo de lograr la continuidad asistencial y una atención integral.

En el caso de nuestra Comunidad Autónoma la estrategia de Atención al Paciente Crónico fue aprobada por Acuerdo 1/2013, de 10 de enero, de la Junta de Castilla y León, y pretende el abordaje de las enfermedades crónicas más prevalentes en Castilla y León, debido a que, en general, este tipo de pacientes requieren tratamiento médico y cuidados de forma continuada. Padecer una enfermedad crónica no significa necesariamente sufrir discapacidad, pero una parte de la discapacidad es secundaria a estas enfermedades, pudiendo llevar a situaciones de vulnerabilidad que deben ser abordadas y ante las que los profesionales de Trabajo Social en la red de atención a menudo adquieren un papel significativo.

Partiendo de esta base, la Estrategia se alinea, entre otros documentos estratégicos, con el III Plan de Salud, el Plan de Calidad del Sistema Público de Salud de Castilla y León (2012), y los planes de coordinación socio-sanitaria.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Dentro del plan de Calidad, entre los proyectos que afectan a la atención al paciente crónico, merecen especial mención: Avanzar en la coordinación socio-sanitaria y en Salud Mental, avanzar en el desarrollo de sistemas de información, facilitar la mejora de la efectividad y traslación de la evidencia científica a la práctica diaria y favorecer la participación del paciente en el auto-cuidado de su enfermedad.

El **objetivo principal** de la Estrategia es “mejorar los resultados en salud y en calidad de vida en las personas con enfermedades crónicas a través de una atención integral de calidad, ajustada al nivel de necesidades de cuidados y en coordinación con los servicios sociales”, bajo la **visión** de disponer de un servicio de salud que proporcione una atención integrada y continuidad de cuidados, con capacidad de innovación y adaptación a las necesidades del entorno, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia.

Para ello se propone la *gestión eficaz de la enfermedad crónica* (prevención, selección de procesos y patologías crónicas más relevantes, identificación niveles de cuidados necesarios e implicación de la persona enferma y sus familias en el auto-cuidado de su enfermedad), *la gestión eficaz de los recursos* (revisión roles profesionales y formación, puesta en marcha de unidades específicas de atención y facilitación de continuidad y coordinación entre niveles y con los servicios sociales) y *generar una cultura de evaluación de resultados y mejora continua* (gestión del cambio, intercambio de experiencias y buenas prácticas, innovación, mecanismos de evaluación y canales de comunicación ágiles).

Esto plantea un cambio en la organización actual del sistema, una adaptación funcional, promoviendo la gestión compartida de los procesos asistenciales y el trabajo en equipos multidisciplinares, que facilitará la continuidad asistencial y la participación de los pacientes en sus procesos de salud. También se pretende la motivación de la innovación y gestión del conocimiento, con base en la formación e investigación.

Las diferentes actuaciones se orientan hacia lo anterior, tomando gran relevancia la Coordinación socio-sanitaria mediante Comisiones mixtas y Equipos de Base y la creación de un sistema de información conjunto.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

La Enfermedad mental (trastornos psicóticos y depresión mayor crónica) se erige como una de las patologías prioritarias para este plan, lo que supone una oportunidad en la atención de esta problemática de manera integral, en colaboración entre el Sistema de Salud y el de Sistema de Servicios Sociales Así como señalan Zafra Aparicio y Abt Sacks (2014) parece que:

Están surgiendo nuevas propuestas desde el ámbito público que coinciden en la necesidad de una transformación estructural del sistema de atención al paciente crónico y en la inclusión del entorno más inmediato que se encarga de sus cuidados. En ellas, la figura del/la trabajador/a social resulta esencial. Se apuesta por una gestión de la enfermedad proactiva y se prioriza la promoción y la prevención de la salud potenciando el papel activo del ciudadano y se apunta a una asistencia continuada a través de propuestas interdisciplinarias, coordinadas e integradas entre los diferentes servicios, niveles de atención y sectores públicos, privados, individuales y comunitarios de la población.

4. ENFOQUE DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL SISTEMA DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: UNA MIRADA DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

4.1. UN GRAN PASO ADELANTE: LA LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (LAPAD)

Con esta Ley, se incorpora al sistema público de protección social, la atención a la dependencia que es definida como:

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física; mental, intelectual o sensorial, precisan

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

O, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.¹¹

Mediante esta Ley se crea un nuevo Sistema (SAAD) que garantice las condiciones básicas y el contenido común al que se refiere la ley, siendo un cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Central y Autonómicas para garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo que provee esta Ley y optimización de recursos públicos y privados disponibles para la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

Es decir, no supone un sistema independiente en sí, sino que corresponde a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las CCAA (coordinación interadministrativa), imbricándose en el Sistema de Servicios Sociales Paralelamente se plantea la creación de un sistema de información (SISAAD) que garantice la disponibilidad de la información relativa al SAAD y la comunicación recíproca entre las administraciones públicas.

Se establecen prestaciones aparejadas al derecho, tanto de servicio como económicas, que se incluyen con los demás servicios y prestaciones del Sistema de Servicios sociales dentro del *Catálogo de Referencia de Servicios Sociales*, que, aprobado por acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia el 16 de enero de 2013, reúne en un único documento las prestaciones a las que pueden acceder las personas en todo el territorio estatal, bajo principios de calidad y buen uso comunes.

Las prestaciones y Servicios del SAAD se garantizan en un marco de derechos y serán de aplicación en función de las respectivas situaciones, el Plan individual de atención y la respectiva capacidad de elección de las personas (Véase ANEXO3).

¹¹ Artículo 2.2 de LAPAD

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

4.2. EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE DENTRO DEL MARCO DE LA LEY 39/2006, Y VALORACIÓN REGLAMENTARIA DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DESDE LA PARTICIPACIÓN CUALIFICADA DEL TRABAJO SOCIAL.

El reconocimiento de los derechos a las personas con TMG dentro del marco de LAPAD, supone una oportunidad excepcional para dar respuesta a las necesidades sociales derivadas de su situación de vulnerabilidad, al reconocer que precisan apoyos para el desarrollo de las actividades de la vida diaria (AVD) e incremento de su autonomía personal.

La dependencia relacionada con el TMG tiene algunas características especiales que pueden dificultar la valoración de las necesidades de apoyo de estas personas como puede ser la no estabilidad de su repercusión funcional y la sintomatología negativa (apatía, abulia, restricción de intereses, aspectos cognitivos). Por ello fue necesario la creación de una Escala específica, introduciéndose una actividad nueva *Toma de decisiones*, haciendo más hincapié en los componentes cognitivo y volitivo a la hora de valorar el desempeño de las diferentes tareas¹².

4.2.1. Repercusiones funcionales más significativas en personas con Trastorno Mental Grave¹³

- La repercusión funcional a menudo no es estable, sino oscilante, y muy dependiente de factores externos. Esto implica que las valoraciones de dicha discapacidad deben entenderse como un proceso flexible y continuado a lo largo del tiempo.

¹² Baremo de Valoración aprobado por RD 174/2011, de 11 de febrero.

¹³ Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con TMG del Mº de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con el IMSERSO.

- La discapacidad resultante puede depender no solo de las capacidades más o menos intactas de la persona afectada, sino de factores más sutiles y relacionados con la sintomatología negativa: la apatía, la abulia, la restricción de intereses, el aislamiento, suponen barreras al funcionamiento psicosocial imposibles de superar sin ayuda y soporte. Otras capacidades afectadas, por ejemplo las de tipo cognitivo, pueden ser difíciles de valorar y relacionar con el funcionamiento sin una evaluación específica y pormenorizada.
- A diferencia de otros colectivos con discapacidad, algunas de las personas afectadas pueden no ser conscientes, total o parcialmente, del grado de sus dificultades y necesidades de ayuda. En ocasiones pueden mostrarse, de hecho, llamativamente despreocupados de las mismas, minimizarlas y negar la necesidad de ayuda.
- Puede ser frecuente que sobrevaloren sus capacidades de auto-cuidados, organización vital, seguimiento del tratamiento, etc., y que muestren sólo una conciencia parcial de su enfermedad y necesidad de tratamiento.
- Existen numerosos prejuicios sociales entorno a la enfermedad, conocidos como estigma. Esto hace más dificultosa la comunicación relacionada con la Enfermedad mental, su curso y sus consecuencias. Incluso, puede llegar a dificultar el propio reconocimiento de padecer la propia enfermedad.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

4.2.2. El Informe de Salud Mental como base de Valoración de situaciones de dependencia y referente para posterior aplicación del Baremo de Valoración (BVD)

Se trata de un informe específico de Salud Mental para disposición del equipo de valoración de la dependencia, expedido por los profesionales especialistas que atienden a la persona en los que figuran datos objetivos de la enfermedad, tratamiento y sus resultados, así como dificultades y limitaciones que se traducen en la vida diaria de la persona.

Los objetivos del informe específico de Salud Mental son los siguientes:

- Proporcionar datos diagnósticos que dan lugar a la consideración de TMG. También informe de salud primaria con otras condiciones de salud afectadas.
- Recoger la evaluación individualizada de necesidades y limitaciones detectadas en la evaluación y tratamiento de la persona (CSM o recursos Rehabilitación Psicosocial).
- Reflejar la realidad clínica (salud física, social y de su entorno)
- Identificación de necesidades de atención, orientando a los recursos terapéuticos.
- Indicar el nivel de acceso a los recursos comunitarios normalizados, de rehabilitación, sanitarios y sociales incluidos en el tratamiento integral necesario y exigible en la atención a personas con TMG.
- Proporcionar una guía de apoyo para el desarrollo de la entrevista de valoración.
- Establecer el grado de apoyo con que cuentan la persona con TMG, su/s cuidador/es, familia...

Áreas del informe específico de Salud Mental:

- Área clínica
- Área de evaluación funcional
- Área de evaluación del entorno.
- Propuestas terapéuticas de soporte.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

4.2.3. Evaluación del entorno en personas con Enfermedad Mental Grave

Independientemente de que se haya aportado evaluación, bien en el Informe específico o bien por parte de los equipos de trabajo social, el equipo de valoración de situación de dependencia a debe identificar las barreras y facilitadores que afectan al desempeño de las tareas del BVD.

Para analizar la relación de la persona con el entorno, se deben tener en cuenta los siguientes factores, dentro de la perspectiva de la Rehabilitación psicosocial, detectando los que pueden estar actuando como barreras y facilitadores (véase ANEXO 4):

1. Factores personales: Actitudinales y asociados a la enfermedad.
2. Vivienda.
3. Recursos económicos.
4. Soportes sociales básicos: Carga del cuidado y factores socio-demográficos cuidador/a.
5. Acceso a servicios.
6. Factores del entorno para la protección y participación.
7. Protección legal.

4.2.4. Posibles repercusiones de los Trastornos Mentales Graves en el desempeño de las tareas del Baremo de Valoración de Dependencia

Cuando nos referimos al colectivo de personas con TMG, nos estamos refiriendo a un conjunto de personas muy heterogéneo, pero que tienen tres elementos comunes:

- El diagnóstico (patologías dentro del grupo de las psicosis, trastornos del estado de ánimo, depresivos, ansiedad y algunos Trastornos de la Personalidad);
- La persistencia en el tiempo (2 ó más años).
- Graves dificultades en el funcionamiento personal laboral y social debidas a estos diagnósticos.

Dentro de esta guía se incluyen en cada actividad posibles preguntas orientativas que aportan un enfoque positivo de la entrevista asociada al baremo.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Por último se recuerda que las personas con TMG tienen peor salud que la población general, por lo que pueden presentar otros problemas de salud graves que comporten necesidad de apoyo personal en las actividades incluidas¹⁴.

4.3. LOS EQUIPOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL (EPAP)

Como indica el Manual de funcionamiento (2012), el EPAP es un equipo multidisciplinar de alta cualificación en materia de dependencia y/o discapacidad (psicólogo y dos técnicos medios) cuya intervención se centra en la atención domiciliaria. (Puede consultarse el funcionamiento, niveles de intervención y metodología de los EPAP en el ANEXO 4).

4.3.1. Condiciones organizativas de los Equipos de Promoción de la Autonomía Personal

- Integración del equipo en la red de atención de los Servicios Sociales. Dependerán del Área de SS.SS. de la Corporación Local (Atención a la Dependencia).
- Organización funcional de los profesionales de Servicios Sociales en dos niveles de intervención, correspondiendo el primer nivel a los profesionales de CEAS y el segundo nivel a los equipos interdisciplinarios para la valoración, diagnóstico, intervención, coordinación y seguimiento de los casos que requieran una atención especializada.
- Complementariedad de la metodología de planificación centrada en la persona y la metodología de intervención de caso.
- Tiempo para la intervención directa en el territorio y para el trabajo en equipo.
- Disponibilidad de espacios formales para la planificación y coordinación interna y externa.
- Proximidad entre los profesionales del primer y segundo nivel que intervienen en el mismo territorio.
- Todas las personas objeto de intervención tendrán un Coordinador de caso.

¹⁴ Las dificultades planteadas por esta guía en las diferentes tareas se pueden consultar en el ANEXO 2.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

4.3.2. Perfil de los destinatarios del programa de acción del EPAP¹⁵

- **Personas con más de tres años de edad**, en situación de dependencia o discapacidad.
- **Que viven en un hogar familiar.**
- **Que presentan dificultades o carencias importantes** en la atención de sus necesidades o en su integración social.
- **Por causas psicosociales:** las causas de esas carencias o dificultades tienen que tener un origen psicológico y/o social.
- **Y para las que otros recursos han resultado o se consideran insuficientes, inadecuados o no están disponibles.**
- **O que necesitan apoyo en las transiciones cuando concluye la intervención de otros dispositivos.**

5. PROCESO INTEGRADO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL EN CASTILLA Y LEÓN

Para la atención de personas con discapacidad por TMG y en consonancia con los Planes de Salud Mental de la Comunidad, se desarrolla este procedimiento-guía que establece el modelo de integración asistencial y de coordinación socio-sanitaria, ya pilotado, evaluado e implantado en todas las Áreas de Salud de Castilla y León.

Se establece la metodología de gestión por procesos y el modelo de excelencia EFQM (Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, en sus siglas en inglés), de tal manera que la Persona con TMG, sea atendida simultáneamente como paciente y beneficiario de los dos sistemas, con la mayor Calidad posible, al mismo tiempo que se evita la fragmentación de intervenciones y el fenómeno de la *puerta giratoria*.

¹⁵ Perfil completo en ANEXO 6.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

De esta manera, la continuidad de la atención sanitaria y de soporte social dirigida a personas con discapacidad por trastorno mental de la Comunidad Autónoma, mediante la coordinación y desarrollo de recursos específicos por parte de los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales, supone el objetivo general, cuyos objetivos específicos son:

- Favorecer la vida autónoma y la integración en la comunidad.
- Proporcionar soporte social, incluido alojamiento.
- Garantizar la atención, aún cuando el recurso idóneo no esté disponible.
- Coordinar las atenciones sociales y sanitarias.

5.1. FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL¹⁶

El proceso de atención comprende **cinco** fases: **detección** de la persona con EMGP, **valoración** de sus necesidades, **resolución y notificación de recursos y servicios concedidos**, realización del **Plan de intervención** y **seguimiento**. Todas deben completarse siempre para garantizar la calidad de la atención, independientemente del nivel asistencial donde se encuentre el enfermo o de los recursos que se vayan a utilizar.

1ª Fase: Detección.

a) En el domicilio

La detección de la persona con EMGP se realiza normalmente desde los niveles comunitarios de intervención, ya sean de la red sanitaria y/o social, los cuales, por proximidad con la persona afectada y su entorno, serán quienes primero observen la situación o reciban la demanda de ayuda.¹⁷

¹⁶ Se puede consultar el proceso completo, copiado textualmente del Proceso integrado de atención socio-sanitaria a personas con TMG, en el ANEXO nº 9.

¹⁷ Importante iniciar trámites de valoración de dependencia y discapacidad para el acceso de algunos recursos y prestaciones.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Con carácter general, cuando el CEAS o el EAP realicen la detección de un caso contactarán con el ESM correspondiente para verificar la atención psiquiátrica y en su caso promover el inicio de la asistencia sanitaria normalizada.

Puede ocurrir que en esta fase ya se detecte que la persona tiene una escasa conciencia de enfermedad y existen dificultades para que reciba la atención psiquiátrica que necesita, por lo que es necesario un abordaje previo para su incorporación a la red sanitaria¹⁸.

En este caso la intervención inicial podrá plantearse en el ámbito de trabajo del ECB y con la utilización de recursos sociales básicos, o por el contrario, si la atención sanitaria está normalizada, se iniciará el proceso de valoración e intervención, orientada desde el ESM para la utilización de los recursos específicos.

b) Cuando la persona se encuentra en un centro sanitario

En este caso serán los profesionales responsables de la persona los que, en relación con el ESM correspondiente y previamente al alta, realizarán la valoración de las necesidades que se van a generar para iniciar los trámites de inserción en el proceso de atención, incluida la necesidad o no del apoyo del EPAP en la fase inicial de integración en el domicilio, enviando a la Comisión de Área Psiquiátrica, los informes complementarios necesarios.

c) Cuando la persona se encuentra en un recurso social

Como regla general la atención sanitaria de la persona que se encuentra en un recurso social de ámbito provincial se prestará a través de la red de salud del área.

En caso de que la persona no mantuviera contacto con su ESM, es imprescindible incorporar al paciente a la red de asistencia psiquiátrica y normalizar la atención, por lo que los profesionales del centro previamente al alta, enviarán al ESM correspondiente la información necesaria sobre la situación socio-sanitaria de la persona, así como la valoración profesional y la propuesta de atención.

¹⁸ El ESM propondrá el EPAP a Comisión Mixta para trabajar este aspecto, tratando de que la persona llegue a adquirir adherencia al tratamiento. Aunque, normalmente lo propone el CEAS.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

2ª Fase: Valoración de necesidades y propuesta de acceso a servicios o recursos sociales.

1.)- la valoración de necesidades

a) Si la persona a valorar está en su domicilio, y la necesidad socio-sanitaria requiere recursos comunitarios básicos, será suficiente la convocatoria del ECB, que garantizará la participación tanto del EAP y CEAS-EPAP como del ESM, e incluso otros actores que pudieran estar interviniendo con la persona.

Cuando es necesario el concurso de recursos sociales específicos, especializados, o para personas mayores, los informes técnicos necesarios para la intervención se derivarán al **ESM que realizará la valoración integral del caso**, que, expondrá la valoración y propuesta de intervención de cada caso en la Comisión de Área Psiquiátrica.

b) Cuando la persona se encuentre ingresado en un dispositivo de la red de asistencia psiquiátrica de área el expediente lo realizará, el equipo técnico de dicha unidad, de común acuerdo con el ESM de referencia de la persona, remitiéndolos directamente a la Comisión de Área Psiquiátrica (CAP).

c) Si la persona se encuentra EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA REGIONAL DE LA RED DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA, la valoración y propuesta inicial así como el expediente será también realizado por el equipo de la unidad que lo trata, que previamente al alta lo remitirá al ESM de procedencia que corresponda al paciente, para que lo informe y, en su caso, lo tramite a través de la Comisión de Área Psiquiátrica.

d) Si la persona se encuentra EN UN DISPOSITIVO DE LA RED DE Servicios Sociales. La propuesta de traslado la realizará el equipo del centro en el que reside la persona, que lo remitirá al ESM responsable, manteniendo contacto periódico y coordinación. El ESM completará el expediente, llevando el caso a la Comisión de Área Psiquiátrica.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

e) Cuando las personas con trastornos mentales NECESITEN RECURSOS LOCALIZADOS FUERA DE LA PROVINCIA DE RESIDENCIA HABITUAL. La Comisión Mixta Provincial (CMP), o en su defecto la Comisión de Área Psiquiátrica, enviarán un informe completo a la Comisión Mixta Regional (CMR), que evaluará el caso¹⁹.

2.)-Puesta en común de los casos en la Comisión de Área Psiquiátrica

La Comisión de Área Psiquiátrica, es el único cauce para centralizar todos los expedientes de solicitud de acceso a recursos de carácter social específico y especializado, que se le remitan desde los distintos dispositivos de la red de salud de su área.

Una vez tratados, y aprobadas las propuestas de solicitud se ordenarán y priorizarán los expedientes para la toma de decisión conjunta sobre la adjudicación del recurso solicitado en el EMP.

Los casos derivados de otras áreas, previo estudio por la CMR se enviarán al Jefe de Servicio de Psiquiatría del Área al que se asignen, para que los incorpore a la Comisión de Área Psiquiátrica dentro del conjunto de los tratados.

3ª Fase: Resolución y Notificación.

EL EQUIPO MIXTO PROVINCIAL: SALUD MENTAL–SERVICIOS SOCIALES (GERENCIA TERRITORIAL Y CORPORACIONES LOCALES)

Reunido el EMP hará una valoración global de los casos, teniendo en cuenta la prioridad, los recursos de carácter social aplicables y los dispositivos y programas de salud mental vinculados a los mismos. Para ello aplicará los criterios definidos para cada recurso y aquellos otros que se pudieran establecer por la CMR en la resolución de discrepancias y consultas.

¹⁹ **EL EXPEDIENTE individual a cumplimentar en cada caso consta de una solicitud, el informe social y sanitario normalizados** en la red de servicios sociales para la valoración de dependencia, y un informe psiquiátrico propio de la red de asistencia psiquiátrica, también normalizado. A este expediente se le podrá añadir otra documentación o informes que en cada caso se consideren necesarios para facilitar la valoración y resolución del caso.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Con el resultado definitivo el EMP elaborará un **dictamen escrito** para cada caso que contendrá el recurso social asignado, la forma de acceso al mismo y la continuidad de cuidados sanitarios en caso de que deba cambiar de domicilio. Señalará los aspectos que deban tenerse en cuenta en el acceso a los recursos propuestos.

En los casos que la persona proceda de un recurso residencial, sea desde el sistema Servicios Sociales o del sistema de Salud Mental, y vuelva a un hogar familiar y se requiera una continuidad de cuidados en el sistema de Servicios Sociales, se considerará la asignación del recurso EPAP.

En caso de no disponer de recurso idóneo se optará por definir un **plan de atención alternativo de carácter provisional** que será revisado de oficio por la propia Comisión de Área Psiquiátrica.

El dictamen individual de cada caso, se notificará el acuerdo en un plazo máximo de 48 horas desde su adopción, al responsable del dispositivo que realizó la derivación, para que informe a la persona interesada del contenido y recabe su acuerdo/aceptación, en relación con las medidas y recursos propuestos, mediante la firma de la solicitud.

Se indicará la documentación que el interesado tenga que aportar a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales, o a la Corporación Local para tramitar su incorporación al recurso en caso de que fuera preciso. Sólo se ofertarán aquellos servicios, centros residenciales y/o centros de día de las corporaciones locales que estén integrados en la red unificada de Servicios Sociales.

Aceptada la asignación, Gerencia Territorial de Servicios Sociales y/o en su caso la Corporación Local correspondiente, lo notificará al órgano directivo del recurso social propuesto y se le remitirá copia de los informes y documentación relativa al caso.

El responsable del recurso asignado comunicará a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales el día de ingreso de la persona asignada, para que la Gerencia Territorial de Servicios Sociales o la CCLL puedan emitir resolución con esa fecha.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

4ª Fase: Plan de Intervención Individualizada

a) Personas con discapacidad por Enfermedad mental que permanecen en su entorno

El plan de intervención será definido bien por el ESM-ECB, cuando los recursos sociales sean de la red de servicios sociales básicos, o bien, por el ESM y el equipo responsable del recurso social específico asignado.

Cuando el plan de intervención sea para una persona que el EPAP tenga como usuaria, la coordinación del ESM y EPAP será suficiente para garantizar la continuidad de cuidados, y no se precisará que estos casos se deriven al EMP²⁰.

b) Personas con discapacidad por enfermedad mental que deben abandonar su entorno domiciliario.

Si conforme al dictamen del EMP, la persona se debe trasladar fuera de su entorno habitual, el ESM deberá contactar con el recurso de la red de Asistencia Psiquiátrica de recepción para remitirle la información relativa al caso, junto con la propuesta de atención.

El ESM de recepción, será a partir de entonces responsable de la atención y seguimiento psiquiátrico de la persona y el que, en base a los informes y propuesta recibida, elaborará el plan de atención en coordinación con los responsables del recurso social.

c) El programa individual de atención (PIA).

En todos los casos, deberá existir constancia escrita en la historia y/o expediente de cada persona del Programa Individual de Atención (P.I.A.) que será compartido entre los dispositivos sociales y sanitarios responsables de garantizar la continuidad de cuidados y la atención en crisis, debiéndose establecer con carácter periódico un sistema de comunicación y seguimiento conjunto de cada caso.

²⁰ Sí que se le informe.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Igualmente es necesario que exista un profesional de referencia, entre los responsables de la intervención directa, que será quien tenga la iniciativa en la coordinación de recursos y quien sirva de interlocutor con la persona afectada, su familia y la red asistencial. Con carácter general este profesional de referencia será el gestor de caso del ESM del distrito, aunque podrá designarse a un profesional responsable del recurso social específico, si el caso conlleva una intervención primordialmente social.

5ª Fase: Seguimiento.

Si se produjera cualquier cambio en la situación, que motivara la modificación de los recursos o servicios aplicados, los profesionales implicados en el PIA, incluido el ESM a través de su Gestor de Caso, definirán la nueva propuesta para su revaloración en el EMP.

La Gerencia Territorial de Servicios Sociales mantendrá reuniones de coordinación trimestrales con las entidades responsables para el seguimiento de los programas, la evaluación de resultados y el planteamiento de propuestas de mejora.

El funcionamiento y organización de estructuras se pueden encontrar en el ANEXO 11.

Todo este proceso de atención asistencial se encuentra a su vez relacionado y siempre en articulación con los correspondientes dispositivos establecidos en el ámbito de las personas con discapacidad por enfermedad mental, los de carácter social se pueden consultar en el anexo 10.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

6. EL PERFIL Y FUNCIONES DEL TRABAJO SOCIAL EN LA ENFERMEDAD MENTAL

6.1. FUNCIONES DEL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN EL SISTEMA DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN

Las nuevas tendencias en la normativa Sanitaria en nuestra Comunidad plantean el Modelo de atención centrada en la persona como mejor respuesta a las exigencias actuales tanto de atención como de eficiencia en el uso de los recursos que revierta en el bienestar de las personas atendidas.

En este contexto, en el que la coordinación, tanto intra como inter-institucional se erige como respuesta a las carencias y fragmentación de la atención, la Profesional del Trabajo Social se entiende como elemento clave en este modelo, favorecedor del trabajo entre niveles asistenciales (atención primaria y atención especializada) y como agente directo en la coordinación con el sistema de Servicios Sociales.

De esta manera los objetivos del Profesional de Trabajo Social Sanitario, se insertan en los objetivos de la institución sanitaria de la que forman parte, aportando la dimensión social y comunitaria de la salud y aplicando métodos propios de Trabajo Social.

Existe un Documento de Consenso referido a las funciones del Trabajador Social en el Sistema Sanitario, que son las que siguen:

6.1.1. Funciones generales del Trabajo Social Sanitario

1. Incorporar y favorecer la inclusión de la perspectiva social en todas las actividades, ámbitos asistenciales y profesionales de los centros sanitarios.
2. Identificar los factores y situaciones de riesgo social relacionados con la salud en individuos, familias y comunidad.
3. Realizar el estudio y elaborar el plan de intervención social que complete la atención integral del proceso de salud-enfermedad como parte del trabajo en equipo.
4. Participar en la elaboración, desarrollo, implantación y evaluación de los procesos asistenciales, así como en los programas de salud y la cartera de servicios, aportando la dimensión social.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

5. Proporcionar orientación, apoyo psicosocial y asesoramiento a la persona enferma, a la familia y a la comunidad.
6. Promover la utilización adecuada de los recursos del Sistema de Salud tanto en su gestión como en la cooperación con otros sistemas asistenciales, con el fin de garantizar la continuidad de cuidados y la sostenibilidad de los recursos públicos.
7. Fomentar la participación de profesionales de salud en actividades comunitarias que corresponsabilizan a la ciudadanía en la creación de entornos más saludables.
8. Facilitar la comunicación y coordinación con el Sistema de Servicios Sociales y con otros sistemas que garanticen una atención integral, evitando la prestación de servicios inconexos.
9. Participar y fomentar actividades de promoción y prevención de la salud, dirigidas a individuos, familias y comunidad, así como a colectivos específicos por causa de enfermedad o exclusión social.
10. Participar en los planes de formación continuada, de la formación pregrado y posgrado, así como diseñar y colaborar en proyectos de investigación relativos a la salud y factores psicosociales.
11. Registrar la actividad realizada y emitir cuando sea preciso el correspondiente informe social.

6.1.2. Áreas de intervención del Trabajo Social Sanitario

A. ÁREA DE ATENCIÓN DIRECTA:

Responde a la atención de individuos o grupos como consecuencia de sus necesidades de salud:

- 1.- Información y orientación** general sobre recursos sanitarios y sociales a usuarios.
- 2.- Intervención individual y familiar.**
- 3.- Trabajo con Grupos.**
- 5.- Intervención comunitaria** en el ámbito de la salud.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

B. ÁREA DE COORDINACIÓN Y PARTICIPACIÓN

1.- Coordinación.

a. Coordinación entre niveles asistenciales dentro del sistema de salud, Atención Primaria y Atención Especializada para el seguimiento de la continuidad de cuidados en aspectos sociales.

b. Coordinación socio-sanitaria.

- El profesional de trabajo social sanitario es la referencia entre el equipo sanitario y los servicios sociales, pues conoce los recursos y los procedimientos de ambas redes, a la vez que participa en el desarrollo de los procesos y los protocolos de actuación conjunta.

c. Coordinación con otros recursos de la comunidad.

- Es el profesional de enlace entre el equipo asistencial y la comunidad, especialmente frente a situaciones o problemáticas socio-sanitarias o que precisan la intervención intersectorial: educativa, laboral, jurídica, etc.

- Lidera la coordinación del centro sanitario con las organizaciones y asociaciones de la comunidad.

2.- Participación.

a. Participa tanto en las sesiones clínicas como en las reuniones del Equipo de Atención Primaria, Servicio Clínico o Unidad Asistencial correspondiente.

b. Es miembro del Consejo de Salud de Zona y de Área de Salud.

c. Forma parte de las comisiones existentes tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria.

C. ÁREA DOCENTE Y DE INVESTIGACIÓN

1.- Colaboración en actividades formativas

En este apartado se engloban las actividades de formación para la mejora y el avance de las disciplinas relacionadas con el trabajo social sanitario.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

2.- Investigación

Esta actividad comprende aquellas actuaciones que exploren los determinantes sociales que tienen mayor relación en el proceso de salud-enfermedad, así como las intervenciones sociales más eficaces en los diferentes procesos.

D. ÁREA DE GESTIÓN:

Son aquellas actividades de planificación, organización y evaluación orientadas a la consecución de objetivos de mejora en la calidad de la asistencia.

6.2. EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL

Siguiendo a Garcés Trullenque (2010, p.346), la intervención del Trabajo Social en Salud Mental, siempre dentro del equipo multidisciplinar, se centra sobre el individuo principalmente, sobre lo que la persona es capaz de hacer o podría llegar a hacer, tratando de que la persona alcance los más altos niveles de funcionamiento e integración posibles.

Para alcanzar este objetivo la intervención se articula a través de un proyecto individualizado que combine el entrenamiento y desarrollo de Habilidades y competencias personales y actuaciones sobre el ambiente, tanto familiar como en el contexto social.

De esta manera, el/la profesional de Trabajo Social dentro del equipo rehabilitador realizará intervenciones tanto específicamente rehabilitadoras como de integración social, aunque con mayor peso específico en la segunda, con el objetivo de:

- Realizar un diagnóstico de la situación psicosocial del paciente: personal (recursos propios y capacidades conservadas), contexto (redes y apoyos sociales, recursos del entorno) y malestar psicosocial generado en la interacción del individuo y el contexto (existencia de alta emoción expresada en el contexto familiar y/o abandono, marginación, problemas judiciales, económicos, laborales...).
- Diseñar una propuesta de intervención para mejorarla, integrada dentro del PIR.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- Disminuir las situaciones de desventaja o discapacidad detectadas y proporcionar los soportes sociales necesarios para mejorar su adaptación social y favorecer su integración en la comunidad.
- Promover valores relacionados con la adquisición de hábitos sociales saludables, tolerantes, que reduzcan el impacto y los fenómenos de exclusión del colectivo en situación de riesgo.
- Favorecer la adquisición de hábitos saludables y conductas socialmente competentes, como prevención de los efectos adversos de la discapacidad.

7. PRODUCCIÓN DE DATOS: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LOS DESAFÍOS SENTIDOS POR LOS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL DE LA RED DE ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN CASTILLA Y LEÓN.

7.1. METODOLOGÍA CUALITATIVA DE INVESTIGACIÓN, PERTINENCIA DE SU ELECCIÓN, OBJETIVOS Y PLAN DE TRABAJO.

Desde el análisis cualitativo del propio discurso, la palabra de los trabajadores/as sociales como actores y parte imprescindible del sistema en el que se hallan insertos, se recoge su voz y su sentir cotidiano, nacido de la praxis y del contacto diario con los dispositivos de atención de la EMG. Ello pretende ser un intento de sistematización sobre la necesidad y realidad de la intervención social, en la práctica cotidiana, terreno donde discurso y realidad se apoyan mutuamente en el avance, crecimiento y adaptación de la profesión. La presentación de resultados permitirá una reflexión que ayudará a desvelar el sentido de la acción profesional y dará pistas para elaborar recomendaciones que supongan un avance en nuestra profesión.

La utilización de la técnica de Entrevistas en profundidad como método de recolección de información se sustenta, al igual que otras técnicas cualitativas, en la capacidad de obtención de una riqueza informativa contextualizada y holística, elaborada por los entrevistados, en sus palabras y posturas.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

En ese sentido, esta técnica facilita la comodidad e intimidad de los profesionales de Trabajo social entrevistados, favoreciendo la transmisión de información no superficial, pudiendo acceder a información difícil de obtener sin la mediación de la persona entrevistadora o de un contexto grupal de interacción.

Se trata en un marco de interacción más directo, personalizado, flexible y espontáneo y partiendo de un cuestionario previo para el mejor tratamiento de respuestas, de generar puntos de vista, enfoques e hipótesis que complementan los intereses de la investigación.

7.1.1. Objetivos de la investigación

- Conocer la realidad las principales fortalezas y debilidades que los trabajadores /as sociales en Castilla y León, encuentran en sus intervenciones en el ámbito de la red de atención a personas con EMG.
- Analizar las principales reflexiones de mejora propuestas respecto de su tarea.
- Proponer medidas y apoyos a implementar.

7.1.2. Hipótesis básicas de la investigación

- Más de la mitad de los/las trabajadores sociales creen posible ampliar las posibilidades de su ejercicio profesional en el ámbito de la EMG.
- La mayor parte de los profesionales de Trabajo Social de los dispositivos de atención a la EMG considera debiera darse mayor protagonismo a su intervención, así como mejorar la coordinación para una mejor calidad de la atención.

7.1.3. Metodología y fases de desarrollo:

El objeto de estudio de la investigación lo constituye la población de profesionales de Trabajo Social en Castilla y León, y más concretamente, los de las provincias de Valladolid y Palencia, que trabajan en distintos dispositivos de la red de atención a la Enfermedad Mental crónica.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

La metodología a emplear se ha centrado sobre el objetivo final de asegurar la rigurosidad y la calidad global de la información reflejada a lo largo de toda la investigación. Para ello, y dado los objetivos fijados en la investigación, el método de recaudación de la información a utilizar es por técnicas de naturaleza cualitativa. Las fases de desarrollo son las siguientes:

- FASE O: Fase preparatoria:

Esta fase previa e inicial se corresponde con el diseño del proyecto, planificación de los tiempos y distribución de responsabilidades y tareas.

- 1º FASE: Aplicación de la Metodología Cualitativa.

La finalidad de este tipo de investigación analítica, que es más flexible que la cuantitativa, consiste en las descripciones detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos que son observables, incorporando técnicas para recoger creencias, actitudes, experiencias personales, pensamientos y reflexiones de los individuos que ejercen un determinado control, tanto desde el punto de vista profesional como vivencial, sobre el tema a analizar y constituyen un marco de referencia válido. Lo que interesa es lo subjetivo por lo que se incorpora lo que los participantes refieren, tal y como lo expresan.

Se estudia a las personas entrevistadas, desde una perspectiva hólística y multidimensional, en el contexto de su presente, en los espacios y tiempo que protagonizan e interactúa con los informantes en un modelo de conversación normal y comprensivo, explorando situaciones que puedan ser significativas respecto de la temática objeto de estudio.

Con tal fin se utilizaron en el proyecto de investigación las siguientes técnicas:

- Entrevistas en profundidad a cinco profesionales de Trabajo social de reconocida trayectoria en los servicios de atención a la EMG, dos de Valladolid y tres de Palencia.

-2º FASE: Análisis de Resultados.

De los resultados extraídos en las anteriores fases, se ha realizado un análisis objetivo y profesional de cara al logro de las metas planteadas

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

-3º FASE: Elaboración de Conclusiones.

Tras el análisis se procede a la plasmación de los resultados y los análisis en un informe, en el cual se recogen a su vez las conclusiones extraídas que servirán de herramienta útil y eficaz en la determinación de la realidad y retos de mejora de la praxis del Trabajo social, en el ámbito de la EMG en Castilla y León.

7.1.4. Planificación del trabajo de investigación

La realización del estudio ha tenido una duración aproximada de 2 meses y medio, desde 15 de marzo de 2014 hasta 30 de mayo de 2014, ambos inclusive, con resultado final del trabajo en junio de 2.014 y con una secuencia de fases y tareas que quedan distribuidas de la siguiente forma:

FASES	TAREAS	TEMPORALIZACIÓN
0. Diseño y Planificación	1. Diseño del proyecto.	Marzo
	2. Planificación de tiempos.	Marzo
2. Metodología Cualitativa	1. Muestreo	Abril(1ª semana)
	2. Elaboración de guión entrevista	Abril (2ª semana)
	3. Realización Entrevistas en profundidad	Abril (3ª semana)
	4. Recopilación de Resultados	Abril (4ª semana)
3. Análisis Resultados	1. Análisis de datos e informaciones extraídas	Mayo
4. Elaboración Conclusiones	1. Redacción de conclusiones y propuestas	Mayo

7.1.5. Preparación y aplicación de las entrevistas en profundidad

1) Elaboración del Guión de la entrevista: que contiene los temas que deben cubrirse, a partir de los objetivos de la investigación. Es un esquema abierto, con puntos a tratar, cuyo orden no tiene que seguirse necesariamente, que recoge el flujo particular de información del entrevistado/a y que capta aspectos no previstos en el guión.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

De este modo, se crea una relación dinámica en la que se van generando los temas de acuerdo al entrevistado, sin regirse a un orden prefijado.

2) Selección de personas entrevistadas:

La selección puede apoyarse en la clasificación de los entrevistados en grupos y su determinación se basa en cuatro preguntas criterio, correspondientes a:

- ¿Quiénes tienen la información relevante?
- ¿Quiénes son más accesibles físicamente y socialmente? (entre los informados)
- ¿Quiénes están más dispuestos a informar?
- ¿Quiénes son más capaces de comunicar la información con precisión?

3) Aplicación de la entrevista y recogida de información.

7.2. PRINCIPALES RESULTADOS OBTENIDOS SOBRE LA REALIDAD Y DESAFÍOS DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA EMG EN CASTILLA Y LEÓN²¹

En este punto se presenta una síntesis de los resultados obtenidos en las diferentes entrevistas realizadas a Trabajadores Sociales participantes en el Proceso Integrado de Atención a personas con discapacidad por Enfermedad Mental, son cinco profesionales que responden a los siguientes perfiles:

-Expert@ nº 1: Trabajadora Social, Jefe de Sección de Discapacidad, miembro de Equipo Mixto Provincial.

-Expert@ nº2: Trabajador Social de Unidad de Atención Residencial.

-Expert@ nº3: Trabajadora Social, Valoradora de Dependencia.

-Expert@ nº4: Trabajadora Social Ceas.

-Expert@ nº5: Trabajadora Social, profesional EPAP.

²¹ Los resultados y la tabla-resumen de los resultados obtenidos en las entrevistas a los diferentes expertos se pueden consultar en el anexo nº 11.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

La síntesis de resultados es la que sigue:

1º) Impacto de la Atención Socio-sanitaria en general y Proceso integrado en particular en la construcción de la identidad del Trabajo Social:

- Imagen positiva.
- Mejora de estatus.
- Papel Importante.
- No refuerzo normativo del Trabajo Social.

2º) Legitimación de los Servicios Sociales:

- Favorecimiento vertebración de los dos sistemas.
- Mejora estatus del sistema.
- Visibilización del trabajo que se realiza desde los Servicios Sociales.

3º) Funcionamiento del Proceso Integrado y Metodología de Gestión de Casos:

- Avance en la coordinación Socio-sanitaria, reducción de los tiempos de espera, suplencia falta de recursos.
- Más lento que la coordinación anterior (informal).
- Paso importante en la Atención a personas con EMG.
- Insuficiente/disolución del trabajo coordinado de manera formal. Regreso a prácticas originales.
- En general los dos sistemas siguen estando parcelados. Depende de la motivación de los profesionales. A veces más fácil la coordinación informal que siguiendo el proceso.

4ª) Facilitación en la atención a personas con EMGyP:

- Sí, en general. Necesidad de estructurar el proceso. La obligatoriedad y nº de reuniones dificulta la rapidez en la toma de soluciones.
- Teóricamente sí.
- Sí, supone más eficacia y éxito en las intervenciones.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- Depende de la voluntad de coordinación de los profesionales implicados o de la gravedad del caso. Carácter anecdótico de los casos tratados por ECB. Salud Mental no participa directamente en las reuniones del ECB.
- Si la coordinación fluye sí, totalmente. Donde funciona.

5º) Papel de cada experto dentro del proceso integrado (véase ANEXO 12)

- La función del Trabajo Social de recurso asistencial, más asumida, es como recurso informador.

6º) Puntos fuertes y dificultades en Coordinación de los diferentes dispositivos en la Gestión de Casos:

- Puntos fuertes:
 - Decisiones más colegiadas/amplias.
 - Única forma eficaz para tratar estas problemáticas.
 - Facilita el trabajo e intervenciones, aporta conocimiento completo de los casos y evita duplicidades.
- Dificultades:
 - Lentitud de los procesos.
 - Dificultad de coordinación con profesionales sanitarios, y mayor con atención especializada.
 - Falta de concienciación de algunos profesionales.

7º) Coordinación con estructuras de otros niveles:

- Poco a poco se van facilitando los cauces y flexibilizando estructuras. La lentitud del proceso se debe a que los mismos recursos humanos participan en varios procesos, lo que supone un aumento de la carga de trabajo.
- Cada vez menor.

8º) Principales dificultades de atención a personas con EMGyP:

- Falta de recursos, tanto de atención a personas con EMG como a sus familiares, además del Estigma.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- Falta de proactividad en la atención y anticipación a las demandas.

9º) Estancia en Recurso Asistencial, quién ejerce de Gestor de Casos:

- No existe la figura en el centro, se trabaja en equipo. Cada profesional informa de lo suyo.

10º) Valoración BVD específico:

- Positiva. Aunque el criterio de valoración en el entorno habitual no favorece a personas institucionalizadas.
- No favorece a las personas con EMGyP.

11ª) Valoración dependencia de personas con TMGyP y dificultades:

- Abre interesantes opciones de atención.

12º) Mapa de Recursos, puntos fuertes y debilidades:

- Puntos fuertes:
 - Mejora y aumento del número y diversidad de recursos.
 - EPAP.
 - Recursos de media estancia.
 - Centro intervención comunitaria.
 - Movimientos, como la Revolución Delirante.
 - Modelos comunitarios y el tercer sector.
- Debilidades:
 - Estigma de la Enfermedad Mental.
 - Falta de estructuras comunitarias/ambulatorias y de trabajo grupal.
 - Falta de recursos como por ejemplo mini-residencias.
 - Falta de coherencia en requisitos de acceso.
 - Lentitud del proceso de asignación de recursos.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

13º) Posibilidad de mejora en la intervención en ámbito comunitario (Prevención, detección y promoción de la Salud Mental):

- En el nivel comunitario estas funciones siguen dependiendo del Tercer Sector, a veces muy desconectado de Salud Mental.
- Concienciación y normalización en la sociedad, también en el uso de Servicios Sociales y sanitarios.

14º) Mapa de recursos, derivaciones desde recurso residencial a otros recursos:

- Dificultades y alargamiento de estancias constante por no existencia de recursos adecuados o porque no llegan a tiempo. Falta de decisión, falta de plazas, falta de acuerdo en diagnósticos... y falta de recursos en el entorno.

15º) Potencial de la Estrategia de Atención al Enfermo Crónico:

- Tener en cuenta que la modificación de pautas y recursos debe revertir en beneficio del usuario, no para *recortar a cualquier precio*.
- Positivo, aunque *aún echando a rodar*. Puede suponer una mejora.
- Desconocimiento de la estrategia.
- En Castilla y León, normativa demasiado proclamativa y poco efectiva: falta de desarrollo y de implantación territorial.

8. CONCLUSIONES: UNA MIRADA A LOS RETOS DE FUTURO DEL TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

8.1. EN LO REFERIDO AL TRABAJO SOCIAL EN LA RED ASISTENCIAL:

Si entendemos por el ejercicio profesional el conjunto de prácticas y representaciones desarrolladas en diferentes áreas de intervención.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

En el estudio desarrollado en este TFG se ha detectado que en la Enfermedad Mental, este ejercicio profesional es muy diverso ya que nos encontramos profesionales de Trabajo Social incorporados en ESM, Unidades de Psiquiatría, Centros de Atención primaria de Salud, CEAS, ECB, en Centros Residenciales de carácter social y en Equipos de valoración de la dependencia, entre otros.

Para un mejor análisis de los resultados obtenidos, parece oportuno señalar, por haber comprobado su coincidencia con otros trabajos previos, lo siguiente:

Siguiendo a Garcés Trullenque (2010, pp. 347-350), pese a la diversidad de dispositivos en los que se trabaja, se entiende que existe una forma común de entender el Trabajo Social *ante la Enfermedad Mental*, aunque es imprescindible resaltar cómo todavía existen trabajadores sociales que se sienten más cómodos en su papel de gestores y de administradores de recursos, y que por tanto, siguen desempeñando ese rol profesional que es necesario superar. Esta situación perjudica seriamente a la imagen de nuestra profesión y dificulta el reconocimiento de nuestras competencias profesionales como colectivo.

Partiendo de esta base, según esta autora, las claves para el desarrollo del Trabajo Social en la EMGyP, que se plantean son la especialización, la formación continuada y la definición de un Perfil Profesional:

- 1) **ESPECIALIZACIÓN:** El saber especializado es una construcción intelectual que reelabora y sintetiza la experiencia profesional y su referencia, en un cuerpo teórico y metodológico que se fundamenta en concepciones doctrinarias, políticas y científicas. Se requiere tener una base teórica sólida para el ejercicio eficaz de la profesión. Los elementos básicos del saber especializado en el Trabajo Social se fundamentan en:
 - ✓ Un marco normativo en donde se incluyen los planes de Salud Mental, las instituciones en que se trabaja y sus objetivos.
 - ✓ Un marco propio de referencia conceptual, que definan una metodología propia apoyada en diferentes modelos de intervención.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- ✓ Un conjunto de capacidades y habilidades para las relaciones humanas, para poder relacionarse adecuadamente con los pacientes, ya que se trabaja directamente con el sufrimiento humano y el malestar emocional.
- 2) FORMACIÓN CONTINUADA: que permita superar la variabilidad de la práctica profesional y se realicen intervenciones estandarizadas y basadas en la evidencia.
 - 3) DEFINICIÓN DEL PERFIL PROFESIONAL, de una Cartera de Servicios propia, una definición marco de la actividad profesional, una especie de documento de referencia para todos los profesionales del Trabajo Social de Salud Mental.

En la línea expuesta y ya en relación con la investigación cualitativa llevada a cabo en este TFG, otras conclusiones en el tema del papel del Trabajo Social en la red asistencial, aparte de las coincidentes con lo anteriormente expuesto, serían las siguientes:

Es necesario explotar nuestro potencial, dando soporte a las estructuras de niveles superiores, elevando nuestro conocimiento técnico, y dando valor a nuestra labor, con especial insistencia en nuestro rol de nexo entre los diferentes elementos (usuarios, profesionales, terceros interesados...), instituciones/organizaciones y niveles jerárquicos en las mismas.

Para ello sería interesante un esfuerzo investigador y sistematizador desde el Trabajo Social, para poder comprender y comprender las intervenciones, las buenas prácticas y posibilidades de mejora, y poder compartirlas mejorando la calidad de los servicios e incrementando el reconocimiento y reforzando la identidad del Trabajo Social, tanto en la atención a la Salud Mental como en cualquier otro ámbito.

8.2. EN LO RELATIVO A LA RED DE ATENCIÓN A LA EMG

Como en el caso anterior también en este aspecto se han observado coincidencias entre los resultados de la investigación cualitativa de este TFG, respecto de referencias previas consultadas en este sentido y hemos podido concluir en la misma línea que Zafra Aparicio E. y Abt Sacks A. (2.014), que:

Las propuestas socio-sanitarias y de atención a pacientes crónicos, reconocen la necesidad de articular los abordajes y servicios del ámbito de la salud de forma integral, global y proactiva, pero, por otra parte, estos aspectos no se han trasladado totalmente a la práctica, tal y como se ha demostrado en los resultados de las entrevistas a expertos.

Los nuevos modelos de salud que reclaman terapias holísticas , se están trasladando lenta y progresivamente a la práctica profesional, lo que conlleva que todavía persista una compartimentación de la respuesta clínica-asistencial , cuyos efectos más visibles y preocupantes son la falta de coordinación entre los diferentes servicios, el aumento de la fragmentación de la atención médica y sanitaria con la social, así como la falta de articulación y coordinación entre los profesionales y los distintos niveles de atención a los que asisten.

Por otro lado, el tratamiento integral de la enfermedad mental grave y prolongada o crónica, precisa de una interconexión y coordinación entre los diferentes servicios y profesionales que atienden estos usuarios que no siempre es efectiva en la práctica. En este sentido, en lugar de interdisciplinariedad lo que parece que existe verdaderamente es una multidisciplinariedad que no logra recuperar la actuación coordinada a la que aspira.

Por todas estas razones, y siguiendo con las conclusiones coincidentes con los resultados de la investigación de este TFG, nuevamente en consonancia con lo deducido por Zafra Aparicio E. y Abt Sacks A. (2.014), interesa destacar lo siguiente:

Más allá de la visión político-económica imperante en nuestro contexto actual donde priman criterios de costo-efectividad legitimadora de medidas de “recorte” y pérdida de derechos a la salud, consideramos que la presente situación de crisis puede constituir una oportunidad para recuperar, pensar y activar acciones y propuestas socio-comunitarias que a partir de una mirada creativa y crítica al modelo actual, movilicen nuevas formas de co-construcción hacia la salud autónoma y colectiva.

Desde otra perspectiva, y en conexión con la investigación cualitativa de este TFG, en relación con la red de atención a la EMG, se puede añadir otros aspectos específicos de relevancia como son los siguientes:

- Se observa que existen ciertas carencias en la red, tanto en términos de coordinación (que se tratarán en el siguiente punto) como de disposición de recursos.
- Existe una clara carencia de recursos, sobre todo residenciales (integrados en comunidad) y ambulatorios, y muchas veces aunque existan y se concedan las plazas oportunas para una persona, no suelen encontrarse en su entorno, lo que supone cierto desarraigo (en diferentes niveles según el caso concreto) que puede afectar a la evolución de la enfermedad.

Otro asunto que se deduce de los resultados de las entrevistas, es que el proceso de asignación de recursos es muy lento, y que a veces existen recursos e intervenciones en la comunidad del Tercer Sector o movimientos sociales con gran potencial si se optimizasen las relaciones de coordinación y colaboración con ellos.

La valoración del EPAP como punto fuerte en el mapa de recursos, indica que a veces no es tan importante el despliegue de recursos como el trabajo con las personas con EMGyP y sus familias.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

La atención proactiva, anticipación a las demandas y la intervención en la comunidad desde el sistema socio-sanitario en colaboración con el Tercer Sector y Sociedad Civil en general, siguiendo modelos que sigan estas líneas (recuperación, modelo asertivo comunitario, Trieste...), mejorarían en gran medida la atención a los problemas concernientes a la Salud Mental.

Es necesario ahondar más en este tipo de aspectos para conseguir el desarrollo y mejora de la red, conociendo las necesidades en torno a esta problemática y las posibilidades y potencialidades de lo ya establecido, contando con la participación de afectados, familiares (y sus agrupaciones) y profesionales de las diferentes instituciones y organizaciones.

8.3. CON RESPECTO A LA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA EN GENERAL, Y EL PROCESO INTEGRADO EN PARTICULAR:

El establecimiento de este *tercer sistema* se produce en Castilla y León de manera bastante precoz en el año 1998 con la publicación del I Plan Socio-Sanitario, a partir de ahí se establecen las bases, estructuras y cauces de coordinación.

La coordinación socio-sanitaria es aceptada ampliamente por los profesionales y se valora positivamente, tanto desde el Sistema Sanitario como el de los Servicios Sociales y por sus profesionales, se considera la mejor, incluso la única respuesta a las situaciones en que es necesaria la atención tanto sanitaria como social, y especialmente en la atención a la EMGyP.

Además, la normativa, planes y estrategias, tanto a nivel estatal como autonómico, apoyan y potencian el desarrollo y mantenimiento de esta metodología.

Así, los resultados de las respuestas a las entrevistas muestran que la insatisfacción o la no adecuación de los procesos no emanan de la inadecuación o teórica ineffectividad del *Sistema socio-sanitario*, si no de otro tipo de **dificultades** que se exponen a continuación:

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- **1ª) Dificultades en la coordinación:**

- a) -Entre los dos sistemas:

Aunque establecido normativa y estratégicamente, el abordaje socio-sanitario sigue dependiendo de la motivación y buena disposición de los profesionales, sobre todo en niveles más operativos. Se detecta cierta falta de implicación en los profesionales sanitarios, probablemente por diferente evolución y naturaleza del sistema.

- b) -Entre los diferentes niveles de atención de los sistemas:

En el sistema sanitario, y más concretamente en Salud Mental, es manifiesta la dificultad en la coordinación entre los profesionales especializados y los de atención básica. (Hornillos, Jerez, González y Fernández, A., 2009).

Como se muestra en los resultados de las entrevistas, los ESM no participan directamente en los ECB, y la no existencia de Trabajador Social o el gran número de áreas asignadas para el mismo dificultan la coordinación.

- c) -Entre los diferentes niveles de estructuras socio-sanitarias:

El proceso es muy rígido en este aspecto, los procesos de decisión lentos, y en ocasiones no se recibe réplica en sentido descendente.

- d) -Con recursos del Tercer Sector y público-privados:

A veces el papel de los Trabajadores Sociales de los diferentes recursos, máxime si no son públicos, se limitan al de meros informadores.

- **2ª Falta de flexibilidad en los procesos:**

- a) -Obligatoriedad y número de reuniones:

A veces el establecer un proceso de manera tan estricta puede ser contraproducente para el funcionamiento del mismo, obligando a realizar reuniones innecesarias.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

b)-Vuelta a la coordinación informal:

Puede ser debido a lo que se apuntaba antes, o que los cauces no son los más apropiados, o incluso se puede deber a la falta de motivación de los profesionales.

- **3º Carga de trabajo, falta de recursos humanos:**

-Se asignan muchas funciones y tareas a un mismo número (o incluso en ocasiones, menor) de profesionales. Esto puede suponer que se reduzca la motivación de los profesionales a la hora de aplicar el proceso.

- **4º Dificultades en el trabajo de la problemática:**

-El estigma que sufre la Enfermedad Mental, entorpece el abordaje de estas situaciones, siendo necesario un mayor esfuerzo para poder intervenir. Además de que empeora la situación de estas personas y la evolución de su enfermedad.

- **5º Falta de recursos adecuados:**

Tanto a las necesidades reales de las personas como en el entorno próximo. También la falta de refuerzo de estos recursos con otras acciones de intervención comunitaria (véase punto anterior).

En coherencia con las anteriores dificultades, es necesario un trabajo de impulso en la coordinación, para dar respuesta a todas estas cuestiones, podemos enunciar las siguientes **propuestas:**

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- **1ª En cuanto a la dificultad en la coordinación:**

a)-Un trabajo de concienciación con los diferentes profesionales, poniendo en valor la potencialidad y logros conseguidos por la atención socio-sanitaria en general y del proceso integrado en particular.

b)-Mejora en los cauces de comunicación y coordinación entre diferentes niveles, promoviendo las réplicas y feedback entre los diferentes niveles.

c)-Añadir en el desarrollo de todas las acciones de mejora a los diferentes recursos/instituciones/organizaciones implicados en el proceso.

- **2ª En relación con la falta de flexibilidad:**

-Adaptar el proceso a la realidad, tanto en número de reuniones como en otros aspectos, teniendo en cuenta los procedimientos informales a los que se vuelve.

- **3ª En referencia con la carga de trabajo y falta de recursos humanos:**

-Racionalizar la carga de trabajo de los diferentes implicados, sondeando y fundamentando la necesidad de más profesionales.

- **4ª En respuesta a la dificultad en el trabajo de la problemática:**

-Paralelamente, realizar acciones de sensibilización y concienciación sobre la Enfermedad Mental.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- **5ª A cerca de la falta de recursos adecuados:**

-Aunque se está realizando un gran esfuerzo y es importante el despliegue de recursos, como el aprovechamiento de los ya existentes y la colaboración con movimientos, asociaciones y otros que intervienen en el ámbito comunitario y asistencial.

En conclusión, se trata de aprovechar las potencialidades y tratar de salvar las dificultades y carencias, mediante diferentes acciones de mejora que conlleven el acercamiento de la realidad de la atención con el ideal de la normativa y planificación, aprovechando las buenas prácticas de los equipos y procesos que funcionan, preguntarnos: donde funciona la coordinación... ¿por qué funciona? Y tratar de extrapolar y generalizar esos hallazgos, en pro de la integración y la mejora de la calidad de vida de las personas con EMGyP y sus familias, a lo largo de todo su ciclo vital.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Constitución Española [Const.]. Art. 43. 1978. España.

Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1995). *Métodos y Técnicas Cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales*. Editorial Síntesis. Madrid.

Garcés Trullenque, E. M. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social, Vol. 23*, 333-352. Madrid.

Guber, Rosana (1990): *El Salvaje Metropolitano: A la vuelta de la Antropología Postmoderna. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Editorial Legasa S.A. Buenos Aires.

Hornillos et. al. (2009). Presencia física de profesionales de Salud Mental en un Centro de Atención Primaria como forma alternativa de coordinación. Una experiencia piloto. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 29. Nº 194*. Pp. 355-370.

Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social: Dirección General de Planificación Sociosanitaria. (2003). II Plan Socio-sanitario de Castilla y León. Recuperado el 6 de abril de 2014 de <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/planes-sociosanitarios-estrategias/planes-sociosanitarios/ii-plan-atencion-sociosanitaria-castilla-leon>

Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social: Dirección General de Planificación Sociosanitaria. (2007). Estrategia Regional de Salud Mental. Recuperado el 10 de abril de 2014 de http://www.1decada4.es/volvamosapensar/eliminarestigmas/avancesinst/espana/CastillaLeon_PES_03_07.pdf

Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad: Dirección General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación [Coord.]. (2008). III Plan de Salud de Castilla y

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

León. Recuperado el 8 de abril de 2014 de <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/iii-plan-salud-castilla-leon>

Junta de Castilla y León: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades y Gerencia Regional de Servicios Sociales de Castilla y León (2011). Manual de procedimiento de los EPAP. Recuperado el 15 de abril de 2014 de http://www.dipsegovia.es/documents/963029/1050280/MANUAL_PROCEDIMIENTO_EPAP.pdf

Junta de Castilla y León: Comisión Mixta Regional. (2012). Proceso Integrado de atención Socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental. Recuperado el 20 de abril de 2014 de <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/enfermedad-mental-grave>

Junta de Castilla y León: Consejería de Sanidad y Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (2013). Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Recuperado el 8 de abril de 2014 de <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>

Junta de Castilla y León: Servicio de Asistencia Psiquiátrica y Coordinación Sociosanitaria Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Gerencia Regional de Salud [Coord.] (2013). Documento de Consenso de Funciones del Profesional de Trabajo Social Sanitario en el Sistema de Salud de Castilla y León. Recuperado el 16 de abril de 2014 de <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/documento-consenso-funciones-profesional-trabajo-social-san>

Ley 14. Ley General de Sanidad. Publicada en BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986. España.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Ley 39. Ley de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Publicada en BOE núm. 299, de 15 de diciembre de 2006. España.

Ministerio de Sanidad y Política Social en col. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud [Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave] (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05. Recuperado el 4 de abril de 2014 de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICs_compl.pdf

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: Autor.

Ministerio de Sanidad y Política Social e IMSERSO, en col. con FEARP (2011). Guía orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con Trastorno Mental Grave. Recuperado el 5 de abril de 2014 de http://www.amrp.info/Documentos/gv_tmental.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Catálogo de referencia de los Servicios Sociales. Recuperado el 11 de abril de 2014 de https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/Catalogo_Servicios_Sociales/home.htm

OMS [Conferencia Sanitaria Internacional]. (1946). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: Autor. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF–. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Organización Mundial de la Salud. (2005) Declaración europea de promoción de la Salud Mental. Helsinki. Recuperado el 8 de abril de 2014 de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008) Plan de acción mundial frente a las enfermedades no transmisibles 2008-2012. Ginebra: Autor.

Real Decreto 174. Real Decreto 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 las personas en situación de dependencia. Publicado en BOE núm. 42, de 18 de febrero de 2011. España.

Real Decreto 1030. Real Decreto por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Publicada en BOE núm. 222, de 16 de septiembre de 2006. España.

Zafra Aparicio E. y Abt Sacks A. (2.014) Modelos y prácticas en la atención a personas con enfermedades crónicas. Rescatando el potencial de las propuestas socio-comunitarias. *Congreso Internacional de Facultades de Trabajo Social en Murcia*. Murcia: Universidad de Murcia.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

ÍNDICE SIGLAS:

- BVD: Baremo de Valoración de Dependencia.
- CAP: Comisión de Área Psiquiátrica.
- CCAA: Comunidades Autónomas.
- CEAS: Centro de Acción Social.
- CC.LL.: Corporaciones Locales.
- CMR: Comisión Mixta Regional.
- CSM: Centro de Salud Mental.
- EAP: Equipo de Atención Primaria.
- ECB: Equipo de Coordinación de Base.
- EMG/yP: Enfermedad Mental Grave/y Prolongada.
- EMP: Equipo Mixto Provincial.
- EPAP: Equipo de Promoción de la Autonomía Personal.
- ESM: Equipo de Salud Mental.
- GTSS: Gerencia Territorial de Servicios Sociales.
- J/CyL: Junta/Castilla y León.
- LAPAD: Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.
- PIA: Proyecto Individualizado de Atención.
- PIR: Proyecto Individualizado de Rehabilitación.
- SM: Salud Mental.
- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- SSSS: Servicios Sociales.
- TFG: Trabajo Fin de Grado.
- TMG/yP: Trastorno Mental Grave/y Prolongado.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

ANEXOS:

ANEXO 1: Desarrollo ESTRATEGIA NACIONAL SALUD MENTAL VIGENTE

Estrategia Nacional de Salud Mental [Tabla]. Elaboración propia.

DESARROLLO LÍNEAS ESTRATÉGICAS ESTRATEGIA NACIONAL S.M.	
LÍNEA ESTRATÉGICA 1: promoción de la S.M., prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma.	
OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
1.-Promover la S.M. de población general y grupos específicos.	1.1- Intervenciones promoción en Salud Mental (S.M.), diferentes grupos de edad. 1.2- Asesorar e informar a responsables institucionales de diferentes Administraciones. 1.3-Desarrollo por Ministerio de Sanidad y Política Social y Comunidades Autónomas (CC.AA.) de intervenciones de S.M. a través de medios de comunicación. 1.4-Desarrollo en CC.AA. intervenciones de promoción y prevención según criterios de calidad. 1.5-Realización evaluación del impacto en salud, (normas, planes, proyectos) en cuanto impacto ambiental. 1.6-Generación corriente sanitaria y social crítica que promueva modelos de relación igualitaria y sana entre hombres y mujeres. 1.7-Sensibilización a profesionales S.M., sectores líderes de comunidad y medios de comunicación sobre la perspectiva de género.
2.-Prevenir Enfermedad Mental (E.M.), suicidio y adicciones en la población general.	2.1-Realización plan “intervención comunitaria” en áreas alto riesgo exclusión social. 2.2-Plan intervención en relación Plan Nacional sobre Drogas y CC.AA. 2.3-Acciones específicas disminución tasas de depresión y suicidios en grupos de riesgo. 2.4-Intervenciones desde Atención Primaria (Att.P.) en materia de apoyo a familias. 2.5-Acciones apoyo servicios de prevención y comités de salud laboral prevención estrés y Trastornos Mentales (TT.MM.) asociados al trabajo.

	<p>2.6-Intervenciones dirigidas a profesionales, prevenir desgaste profesional.</p> <p>2.7-Incluir en planes prevención la depresión y el consumo de sustancias.</p> <p>2.8-Estimular creación recursos grupales de prevención de TT.MM.</p> <p>2.9-Favorecer creación de Recursos para el cuidado de enfermos mentales y aplicación efectiva Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.</p>
<p>3.-Erradicar el estigma y discriminación asociados a personas con TT.MM.</p>	<p>3.1-Ministerio de Sanidad y Política Social y CC.AA. incluirán en planes y programas el fomento de la integración y reducción estigmatización (también laboral).</p> <p>3.2-Revisión y actuaciones sobre barreras normativas que afecten al pleno ejercicio de ciudadanía de las personas con TT.MM.</p> <p>3.3-Normas específicas de centros asistenciales en protocolos y procedimientos, encaminadas al fomento de la integración y evitar estigma y discriminación.</p> <p>3.4-Ingreso de Personas con TT.MM. en fase aguda en unidades de psiquiatría de Hospitales Generales.</p> <p>3.5-El Ministerio de Sanidad y Política Social promoverá iniciativas de coordinación con la OMS, UE y otros organismos.</p>
<p>OBJETIVO GENERAL</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p>
<p>4.-Mejorar la calidad, equidad y continuidad de la atención a los problemas de S.M.</p>	<p>4.1-Implantar en CC.AA. prestaciones de Cartera de Servicios del S.N.S.</p> <p>4.2-Procedimientos apoyo desde atención especializada en S.M. a Att. P. para detección y tratamiento precoz de TT.MM.</p> <p>4.3-Establecimiento pautas atención a urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis, incluyendo atención domiciliaria.</p> <p>4.4-Aumentar porcentaje de pacientes con trastorno mental que reciben psicoterapia.</p> <p>4.5.-Aumentar porcentaje de pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG) incluidos en programa de rehabilitación.</p> <p>4.6-Aumentar porcentaje de familiares de pacientes con TMG que reciben programa intervención familiar específico para mejora capacidad afrontamiento crisis y prevención recaídas.</p> <p>4.7-Desarrollar protocolos intervención específicos mejora cuidados de salud general.</p> <p>4.8-Las CC.AA. contemplarán en planes de S.M. las necesarias especificidades para atención a personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.</p> <p>4.9-CC.AA. dispondrán y adecuarán unidades/programas específicos para dar respuesta a necesidades de niños/as y adolescentes en S.M.</p> <p>4.10- Ministerio de Sanidad y Política Social y CC.AA. desarrollarán modelo colaboración con órganos de Justicia</p>

	<p>Instituciones Penitenciarias.</p> <p>4.11-Establecer estrategias territoriales sanitarias de acceso a dispositivos /programas terapia.</p> <p>4.12-Plan individual de atención.</p> <p>4.13-Disponer en los Equipos de Salud Mental en el ámbito comunitario en relación con TMG y Prolongado, de sistema organizativo para evitar abandonos y facilitar adherencia.</p> <p>4.14-Definir e implantar (CC.AA.) protocolos clínicos de procesos atención más prevalentes y/o complejos de asistencia en diferentes etapas de vida.</p> <p>4.15-Uso guías integradas de práctica clínica.</p> <p>4.16-Estrategias mejora calidad, efectividad, seguridad y uso farmacéutico racional.</p> <p>4.17-Adecuación Servicios a necesidades específicas, especialmente personas edad avanzada.</p> <p>4.18-Acciones de identificación e intervención precoz personas con psicosis.</p> <p>4.19-Medidas para garantizar el derecho de atención sanitaria población inmigrante.</p> <p>4.20-Coordinación CC.AA. e Instituciones Penitenciarias, selección recurso más adecuado pronta atención personas con trastorno mental con dictamen de ingreso penitenciario.</p> <p>4.21-Incorporar análisis desigualdades sociales y género en detección, evaluación y tratamiento TTMM.</p> <p>4.22-Detectar, evaluar y eliminar desigualdades sociales y de género en acceso a asistencia.</p> <p>4.23-Adecuación servicios y programas atención necesidades.</p> <p>4.24-CC.AA. modelo asertivo, intervenciones integrales-atención necesaria.</p> <p>4.25-Adecuar servicios con programas específicos Patología Dual.</p> <p>4.26-Protocolos clínicos procesos Patología Dual.</p>
<p>5.-Implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y respeto de los derechos y dignidad de los/las pacientes</p>	<p>5.1-Guía general de buenas prácticas, aspectos éticos y legales práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención en contra de la voluntad del paciente.</p> <p>5.2-Definir/actualizar (CC.AA.) protocolo traslado y hospitalización involuntaria.</p> <p>5.3-Regular (protocolos) procedimientos para contención física, tratamiento involuntario de pacientes y cualquier medida restrictiva-ordenamiento jurídico.</p>
<p>6.-Promover cooperación y</p>	<p>6.1-Implantar (CC.AA.) mecanismos eficaces coordinación/cooperación a nivel institucional e interinstitucional para la atención integral a personas.</p>

<p>corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la S.M.</p>	<p>6.2-CC.AA. marco general LAPAD, dependencia-enfermedad mental. 6.3-Implantar en el marco de competencias CC.AA., mecanismos eficaces de coordinación asistencial en cada estructura territorial, entre los diversos dispositivos sanitarios y sociales implicados en la atención T.M.G. 6.4-Aumentar nº personas con T.M. que reciben servicio de empleo con apoyo. 6.5-Favorecer representación igualitaria hombres/mujeres profesionales en espacios de decisión de la red S.M. 6.6-Considerar la perspectiva género como herramienta de calidad en ámbitos de decisión. 6.7-Procedimientos de apoyo desde S.M. a dispositivos asistenciales-pacientes con trastorno por consumo de sustancias para detección y tratamiento precoz de Patología Dual.</p>
<p>7.-Potenciar la participación de las personas con T.M. y de sus familiares y profesionales en el Sistema Sanitario Público de su comunidad autónoma.</p>	<p>7.1-CC.AA. estrategia información a personas con T.M. y de sus familiares sobre derechos y obligaciones, recursos y Servicios, y procedimientos administrativos para sugerencias y reclamaciones. 7.2-Implantar mecanismos y vías para la participación de las personas con TT.MM. y sus familiares en todos ámbitos S.M., incluyendo planificación y evaluación de servicios. 7.3-Establecer mecanismos y vías participación de sociedades científicas y profesionales relacionados con S.M. en planificación y evaluación de servicios.</p>
<p>8.-Potenciar la formación de l@s profesionales del sistema sanitario para la atención adecuada de necesidades de la población en S.M.</p>	<p>8.1-Disponer en las CC.AA. de un plan de formación continuada para profesionales Att.P., S.M. y aquellos otros de atención especializados relacionados, en un marco de modelo de atención bio-psico-social. 8.2-Incorporar la perspectiva género en los diversos programas formativos.</p>
<p>9.-Potenciar investigación en S.M.</p>	<p>9.1-El Ministerio de Sanidad y Política Social y CC.AA., promoverán mediante inclusión en convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinar prioritarias en S.M. 9.2-CC.AA. y Ministerio de Sanidad y Política Social implementarán medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en</p>

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

	S.M. 9.3-Impulsar introducción metodologías investigación sensibles al género. 9.4-Promover líneas investigación sobre todas las categorías de análisis de género en S.M.
--	---

ANEXO 2: DIFICULTADES BAREMO DE VALORACIÓN DEPENDENCIA²²

Las dificultades planteadas por esta guía en las diferentes tareas son (pp. 26-33):

1) Valoración en “comer y beber”:

- Ingesta inadecuada (por exceso o por defecto).
- Comer de forma ansiosa o con demasiada lentitud.
- Falta de iniciativa (apatía, desgana, falta de motivación...).
- Beber muchos líquidos (agua, refrescos...).
- Abuso de sustancias excitantes (café, Coca-cola...).
- Falta de horarios y desestructuración de los mismos.
- Problemas de salud asociados a la alimentación como obesidad, colesterol, anemia, diabetes...
- Dieta poco equilibrada.
- La iniciativa para ir a comer y beber, organización o planificación para ello se considera en tomar decisiones: “decidir sobre la alimentación cotidiana.

2) Valoración en “higiene personal relacionada con la micción y defecación”

Problemas de incontinencia.

- Necesidad de utilizar métodos de contención.
- Con determinados tratamientos farmacológicos tienen la necesidad de ir frecuentemente al baño.
- Dejar el baño en buenas condiciones y limpiarse correctamente.
- Somatizar la ansiedad.
- Problemas de estreñimiento.

²² Fragmento textual de la Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad/IMSERSO.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

3) Valoración en “lavarse”:

- Falta de iniciativa.
- Necesidad de adquisición de hábitos de higiene adecuados y supervisión de los mismos.
- Necesidad de utilizar productos adecuados.
- Lavado y cuidado de zonas íntimas.
- Manías y obsesiones con el lavado.
- Falta de hábito.

4) Valoración en “otros cuidados corporales”:

- Falta de iniciativa.
- Necesidad de supervisión en las tareas.
- Higiene bucal inadecuada o ausencia de la misma.
- Corte y limpieza de uñas.

5) Valoración en “vestirse”:

- Apatía y desgana generalizada.
- Uso de ropa no adecuado al tiempo o la actividad a realizar.
- Necesidad de cambiarse diariamente de ropa interior y exterior.
- Problemas para detectar si su vestimenta presenta mal estado.
- No adecuación a las condiciones climáticas.
- Dormir con la ropa puesta.
- Estar en pijama todo el día.

6) Valoración en “mantenimiento de la salud”:

- Asistir a las consultas médicas en exceso o por defecto.
- Abandono de controles médicos.
- Evitar situaciones que entrañen riesgos (contagios, embarazos...) y utilización de medidas preventivas.
- Automedicación.
- Toma de alcohol con el tratamiento farmacológico.
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Supervisión en la toma de medicación y administración de la misma.

- Si no toma la medicación, saber si es por olvido, porque piensa que no la necesita o le hace daño, por efectos secundarios que le molestan o por el contrario si tiende a abusar de la misma.
- 7) Valoración de “cambiar y mantener la posición del cuerpo”:
- Generalmente la persona con TMG no tiene dificultades físicas en este sentido, aunque en casos severos puede presentar pérdida del control físico o situaciones de inactividad o movimientos anormales involuntarios...
 - La permanencia en posición tumbada o acostada es frecuente, aunque no significa necesariamente una alteración en este punto, podría expresar falta de decisión en “disponer de su tiempo y actividades cotidianas.
- 8) Valoración de “desplazarse dentro del hogar”:
- Aislamiento, pérdida de contacto con la realidad que provoque la necesidad de apoyo en más de una actividad.
 - Reconocimiento de las habitaciones para el uso adecuado.
 - No interacción con otros miembros.
 - Dependencia física o emocional del cuidador.
 - Deambulación: nerviosismo/hiperactividad.
 - Necesidad de acompañamiento.
- 9) Valoración de “desplazarse fuera del hogar:
- Dificultades para tomar la iniciativa de salir.
 - Dificultades para realizar nuevos itinerarios.
 - Precisa de otra persona para salir, viajar o hacer gestiones.
 - Desorientación.
 - Pérdida de contacto con la realidad.
 - Problemas a la hora de utilizar transportes públicos.
 - Idoneidad o no de los lugares que frecuentan y actividades que realizan.
 - Salir a la calle en ocasiones supone el aumento o magnificación de cierta sintomatología.
 - Deambular.
- 10) Valoración de “tareas domésticas”:

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- Si la persona vive sola, observar el estado de limpieza general de la casa, aspecto de la nevera e higiene de su ropa personal.
- Si reside en alojamiento supervisado, si realiza o no estas tareas, capacidad y necesidad de ayuda para las mismas.

11) Valoración de “tomar decisiones”:

- Tutela o curatela.
- Áreas de toma de decisiones limitadas vinculada a la situación de dependencia.
- Grado de participación, relaciones con familia, amigos y conocidos.
- Apatía y desgana generalizada.
- Vestimenta.

ANEXO 3: PRESTACIONES Y SERVICIOS DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA

Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.

a) PRESTACIONES:

Prestaciones económicas dirigidas a la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia y establecidas de forma específica en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Comprende las siguientes prestaciones:

- Vinculada al servicio.
- Para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
- De asistencia personal.

b) SERVICIOS :

1 Servicios de Prevención de las situaciones de dependencia con el objeto de prevenir el agravamiento de su grado y nivel de dependencia.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

1.1. Promoción de condiciones de vida saludables.

1.2. Programas específicos de prevención o de rehabilitación.

2. Servicios de promoción de la autonomía personal, que tienen por finalidad desarrollar y mantener la capacidad de la persona en el control de su propia vida y facilitar la ejecución de las ABVD.

2.1. Rehabilitación y terapia ocupacional.

2.2. Atención temprana.

2.3. Estimulación cognitiva.

2.4. Recuperación autonomía funcional.

2.5. Rehabilitación psicosocial.

2.6. Apoyos personales / viviendas tuteladas.

2.7. Otros: asesoramiento, acompañamiento activo,...

3. Servicio de teleasistencia ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento con el fin de favorecer la permanencia de las personas usuarias en su medio habitual.

3.1. Apoyo inmediato y seguimiento permanente a través de llamadas telefónicas.

3.2.- Movilización de recursos comunitarios ante situaciones de emergencia.

4. Servicio de Ayuda a Domicilio con el fin de atender las necesidades de la vida diaria e incrementar su autonomía, posibilitando la permanencia en su domicilio.

4.1. Atención personal en ABVD.

4.2. Servicios domésticos

4.3. Atención y apoyo psicosocial.

5. Servicios de Centro de Día y de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

5.1. Servicios básicos: de asistencia AVD, transporte y manutención.

5.2. Servicios especializados: atención social, atención psicológica, terapia ocupacional, programas de intervención y cuidados de salud.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

5.3. Programas con familias: información, formación, promoción de la autoayuda.

6. Servicios de atención residencial que ofrecen una atención integral y continuada de naturaleza social y sanitaria.

6.1. Programa de preingreso y acogida al centro.

6.2. Servicios básicos de alojamiento, manutención, asistencia ABVD.

6.3. Servicios especializados: atención médica y de enfermería, atención psicológica y social, programas de intervención, asesoramiento y apoyo a familias.

ANEXO 4: FACTORES FACILITADORES/BARRERAS DEL ENTORNO

Para analizar la relación de la persona con el entorno, se deben tener en cuenta los siguientes factores, dentro de la perspectiva de la Rehabilitación psicosocial, detectando los que pueden estar actuando como barreras y facilitadores (Ministerio de Sanidad y Política Social e IMSERSO, en col. FEARP, pp.28-30)²³:

1) Factores personales

- Actitudinales: actitud personal (responsabilidad, conciencia de enfermedad, proyecto vital, expectativa de mejorar, relación con profesionales).
- Asociados a la enfermedad: síntomas o efectos secundarios del tratamiento.

2) Vivienda:

3) Recursos económicos:

- Disponibilidad: si son propios y suficientes.
- Administración: necesidad o no de supervisión.

4) Soportes sociales básicos (red de soporte social donde la persona habita y resuelve sus necesidades cotidianas):

- Factores relacionados con la carga del cuidado: fenómenos asociados a sobrecarga, no aceptación de la situación.

²³ Fragmento literal Guía aplicación BVD personas TMG.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- Factores socio-demográficos relacionados con las personas cuidadoras: Edad, factores culturales, factores protectores de la comunidad (otros apoyos informales significativos).
- 5) Acceso a servicios:
- Servicios sanitarios.
 - Servicios especializados en Rehabilitación psicosocial.
 - Servicios sociales.
 - Deportes, ocio y actividades culturales.
- 6) Factores del entorno para la protección y participación:
- Participación social espontánea: red apoyo.
 - Participación social organizada: asociaciones.
- 7) Estigma social:
- Atribución social injustificada de estereotipos.
- 8) Protección legal:
- En caso de medidas legales de protección que restrinjan su capacidad de obrar, adecuación operativa de la medida, diligencia de los tutores/curadores, garantías para el respeto de los derechos del usuario, de protección y defensa jurídica en situaciones de litigio.

ANEXO 5: FUNCIONAMIENTO DE LOS EPAP, NIVELES DE INTERVENCIÓN Y METODOLOGÍA:

Los EPAP tienen los siguientes Objetivos Generales y Específicos, respecto de su intervención:

OBJETIVOS GENERALES

- Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y/o dependencia que presentan dificultades o carencias importantes en la atención de sus necesidades o su integración social.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- Promover la permanencia en el domicilio a través de una atención integral en el entorno habitual o en su defecto, retrasar el mayor tiempo posible la institucionalización.
- Aproximar y reforzar la intervención social en el ámbito domiciliario y comunitario con personas en situación de dependencia y/o discapacidad y sus cuidadores.
- Potenciar la máxima autonomía en su entorno personal previniendo el deterioro.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apoyar la continuidad de cuidados y la rehabilitación funcional
- Promover el proceso de integración comunitaria mediante el apoyo y acompañamiento cercano y flexible que permita su acceso a los recursos generales y específicos de carácter social, sanitario, formativo, ocupacional, de empleo protegido y de ocio
- Asegurar el acceso a recursos básicos y especializados para la discapacidad y dependencia.
- Proporcionar el apoyo necesario al cuidador, para garantizar una atención adecuada a las personas con Discapacidad y/o Dependencia y a sí mismo.
- Desarrollar intervenciones en los entornos de convivencia de la persona (familiar y comunitario) que contribuyan a establecer relaciones interpersonales satisfactorias y formas de participación significativas, previniendo o disminuyendo situaciones de conflictividad o de riesgo.
- Impulsar la creación de grupos y redes sociales de apoyo de personas con discapacidad /
- dependencia y/o familiares.
- Que las personas con discapacidad y/o dependencia tomen conciencia de sus capacidades.

1. NIVELES DE INTERVENCIÓN

-La **persona** destinataria.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

-Sus **cuidadores** no profesionales.²⁴

-El **sistema familiar** y de apoyo informal.

-**Otros profesionales** (Auxiliar de ayuda a domicilio, centro de día, etc....).

-La **Comunidad**.

2. METODOLOGÍA SEGUIDA EN LA ACTUACIÓN DEL EPAP:

Complementaria entre la metodología de planificación centrada en la persona (dando poder efectivo a la persona, garantizando su autodeterminación) y la metodología de intervención de caso (mediante la designación de un coordinador de caso, que garantice la continuidad en la atención en los diferentes recursos, tanto sanitarios como sociales).

DERIVACIÓN AL EQUIPO:

La intervención siempre requerirá una derivación previa de alguna de las siguientes estructuras:

- CEAS
- EQUIPO MIXTO PROVINCIAL (EMP) de SM
- GERENCIA TERRITORIAL (GTSS)

Con carácter general las derivaciones se realizarán a través de CEAS.

PROCESO DE INTERVENCIÓN EPAP²⁵:

- La **toma de decisión de la baja** la tomará el equipo **en colaboración con el CEAS:**
 - ✓ Por la consecución de objetivos.
 - ✓ Por no avance en la consecución de objetivos en un tiempo razonable.
 - ✓ Por haberse agotado los plazos máximos previstos para la intervención sin haber logrado los objetivos (especialmente cuando existe lista de espera).
 - ✓ Por imposibilidad material de continuar la intervención.

²⁴ Este apartado se desarrolla en el Anexo 3 de este documento y en el manual de la Prestación Económica de Cuidados en el entorno familiar.

²⁵ Se puede consultar en gráfico de Proceso de intervención de EPAP en el ANEXO nº6.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- Cuando sea preciso dar de baja en el EPAP por no haberse cumplido los objetivos, este elaborará un **Plan Alternativo** en colaboración con el CEAS.

3. FUNCIONES de los EPAP

A. ASESORAMIENTO.

B. VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD.

C. CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN.

- Trabajo en Red y coordinación con otros sistemas de protección social, salud, educación...

- Entrenamiento en diferentes Habilidades.

D. COORDINACIÓN EXTERNA DEL EPAP

En la coordinación se utilizarán las estructuras y mecanismos de coordinación creados para tal fin.

ANEXO 6: PERFIL USUARIOS EQUIPOS DE PROMOCIÓN AUTONOMÍA PERSONAL

- **Personas con más de tres años de edad**, en situación de dependencia o discapacidad: Las dificultades en su autonomía personal pueden estar certificadas o no. Si no lo están deben haber sido contrastadas con los instrumentos existentes a tal fin y un objetivo fundamental es que se certifiquen oficialmente mediante la declaración de dependencia y la de discapacidad en su caso. No obstante, si se trata de un menor de edad en situación de desprotección, la intervención debe realizarse desde los equipos de intervención familiar.
- **Que viven en un hogar familiar:** Se excluyen a las personas que tengan atención residencial en sus diversas modalidades.
- **Que presentan dificultades o carencias importantes** en la atención de sus necesidades (en sentido amplio) o en su integración social.

- **Por causas psicosociales:** Pero las causas de esas carencias o dificultades tienen que tener un origen psicológico y/o social, excluyéndose por ejemplo las que residan únicamente en factores como la salud, o en la carencia de medios económicos, etc., en cuyo caso las intervenciones deben proceder desde otros ámbitos.

Causas psicosociales más relevantes:

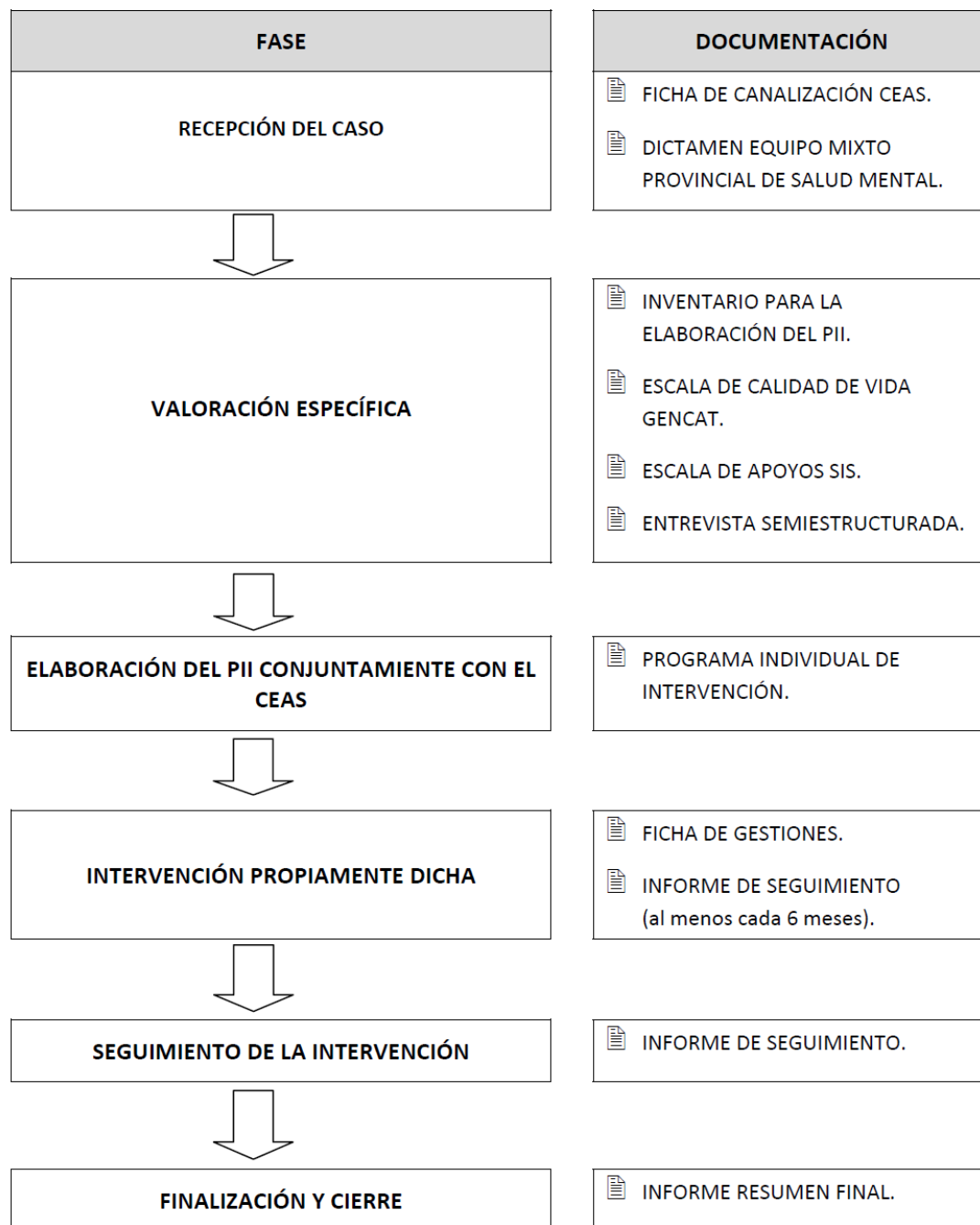
- Aislamiento.
 - Riesgo de desprotección.
 - Conflictividad familiar o con el entorno.
 - Situaciones de desamparo.
 - Situaciones de crisis.
 - Nula o baja adherencia al tratamiento.
 - Rechazo a la ayuda social.
 - Reunificación familiar después de un periodo de atención residencial.
 - Desorganización en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
 - Riesgo de exclusión social por necesidad de apoyo emocional e inestabilidad psicopatológica.
- **Y para las que otros recursos han resultado o se consideran insuficientes, inadecuados o no están disponibles:** Para que estos equipos intervengan deben haberse puesto previamente en funcionamiento los recursos habituales disponibles en el sistema de servicios sociales, y deben haberse demostrado como inadecuados o insuficientes, dentro de una estrategia de coordinación en el nivel comunitario con otros sistemas (ej. coordinación sociosanitaria de base).
La intervención de los equipos puede darse simultáneamente con la aplicación de otros servicios y prestaciones que se consideren adecuados aunque insuficientes (ayuda a domicilio, centro de día, prestación económica de cuidados en el entorno familiar...)
 - O que necesitan apoyo en las transiciones cuando concluye la intervención de otros dispositivos: Apoyan los procesos de retorno a una vivienda familiar

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

desde un centro residencial, o continúan con intervenciones cuando concluye la actuación de otros equipos especializados si existen riesgos importantes de exclusión o de deficiente atención.

ANEXO 7: PROCESO INTERVENCIÓN EPAP

8.3 PROCESO DE INTERVENCIÓN EPAP



ANEXO 8: FUNCIONES DEL EPAP²⁶

1. ASESORAMIENTO.

Destinatarios:

- A técnicos de CEAS.
- A Equipo Mixto de valoración de dependencia.
- A profesionales de otros servicios relacionados con discapacidad o dependencia.
- A personas con discapacidad o dependencia, y a sus cuidadores y familias.

Contenido:

- Orientación y asesoramiento sobre las características y necesidades de las personas con discapacidad y/o dependencia.
- Recursos específicos para la atención a personas con discapacidad y/o dependencia.
- Asesoramiento sobre ayudas técnicas.
- Podrán colaborar en la formación y orientación grupal a cuidadores familiares organizados por las Corporaciones Locales.

2. VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD.

- Emisión de informes para dictamen inicial o de revisión de dependencia sobre las personas que se interviene.
- Emisión de informes para dictamen inicial o de revisión de discapacidad de las personas sobre las que interviene.
- Valoración propia y específica para el diseño de Plan de Caso.
- Valoración del entorno y condiciones de accesibilidad y propuesta de ayudas técnicas.
- Valoración para acceso a dispositivos específicos cuando sea necesario, y en los casos y circunstancias que se determine.
- Otras valoraciones (detección riesgo de maltrato, cuidador....)

²⁶ Manual procedimiento EPAP 2011.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

3. CONTENIDO DE LA INTERVENCIÓN.

- Trabajo en Red y coordinación con otros sistemas de protección social, salud, educación...
- Entrenamiento en Habilidades de:
 - Carácter Social.
 - Atención y cuidado.
 - Organización doméstica.
 - Instrumentales.
 - Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD).
 - Solución de problemas.
 - Estimulación cognitiva.
 - Estimulación de la autonomía personal.
 - Autocuidado.
 - Autocontrol y manejo de estrés.
 - Hábitos saludables.
 - Estrategias de intervención en crisis.
 - Resolución de conflictos familiares.
 - Mediación.
 - Activación de los recursos de Apoyo Formal e Informal.
 - Orientación y asesoramiento.
 - Derivación, acompañamiento y conexión con recursos de otros sistemas (salud, educación, empleo, ocio, cultura, etc.), que favorezcan la continuidad en la atención.
 - Orientaciones básicas en cuestiones relacionadas con accesibilidad y prevención de accidentes, y conocimiento de cuestiones especializadas relativas a apoyos básicos para lo que recibirán formación en:
 - o Reeducción medioambiental.
 - o Estructuración medioambiental.
 - o Adaptación de la vivienda.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

o Determinación, adaptación y entrenamiento en manejo de férulas, prótesis, ortesis y ayudas técnicas.

o Educación y entrenamiento en ergonomía.

4. COORDINACIÓN EXTERNA DEL EPAP

En la coordinación se utilizarán las estructuras y mecanismos de coordinación creados para tal fin.

- Gerencias Territoriales de Servicios Sociales:

- Centros Base de atención a personas con discapacidad.
- Secciones de personas mayores, personas con discapacidad y dependencia.

- Con equipo mixto provincial de Salud mental a través del representante de la Entidad Local:

- Seguimiento de los casos derivados.
- Derivación de casos para que sean atendidos en la red integrada de centros.

- Con equipos de atención primaria, salud mental y equipos de coordinación de base

- Con otras entidades relacionadas con el sector:

- Asociaciones de afectados.
- Entidades tutelares.
- Equipos itinerantes de atención temprana.
- Programa Individualizado de Rehabilitación Integral (PIRI).
- Con otras Unidades Administrativas y departamentos: Educación, Empleo, Ocio, etc.

ANEXO 9: FASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL

El proceso de atención comprende **cinco** fases: **detección** de la persona con EMGP, **valoración** de sus necesidades, **resolución y notificación de recursos y servicios concedidos**, realización del **Plan de intervención y seguimiento**.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Todas deben completarse siempre para garantizar la calidad de la atención, independientemente del nivel asistencial donde se encuentre el enfermo o de los recursos que se vayan a utilizar.

1ª Fase: Detección.

En el domicilio

La detección de la persona con EMGP se realiza normalmente desde los niveles comunitarios de intervención, ya sean de la red sanitaria y/o social, los cuales, por proximidad con la persona afectada y su entorno, serán quienes primero observen la situación o reciban la demanda de ayuda.

La captación de la necesidad podrá realizarla cualquier profesional de atención directa de los dispositivos normalizados: CEAS, EAP y Equipo de Salud mental (ESM), o de forma conjunta en el Equipo de Coordinación de Base (ECB). **El ESM aglutinará la información sobre la persona con el fin de valorarla, completarla, y responsabilizarse del proceso de atención individual.**

Si de los primeros contactos entre los profesionales de las redes de atención, se deduce la necesidad de algún **recurso** es conveniente iniciar el trámite de **reconocimiento de dependencia** según el procedimiento administrativo regulado por la Orden FAM 824/2007 de 30 de abril. Así como no debe olvidarse, el **reconocimiento de discapacidad**, dado que este trámite es imprescindible para el acceso a otros recursos como pensiones no contributivas, beneficios fiscales, etc. Con carácter general, por otro lado, cuando el CEAS o el EAP realicen la detección de un caso contactarán con el ESM correspondiente para verificar la atención psiquiátrica y en su caso promover el inicio de la asistencia sanitaria normalizada.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Puede ocurrir que en esta fase ya se detecte que la persona tiene una escasa conciencia de enfermedad y existen dificultades para que reciba la atención psiquiátrica que necesita, por lo que es necesario un abordaje previo para su incorporación a la red sanitaria.

En este caso la intervención inicial podrá plantearse en el ámbito de trabajo del Equipo de Coordinación de Base y con la utilización de recursos sociales básicos, o por el contrario, si la atención sanitaria está normalizada, se iniciará el proceso de valoración e intervención, orientada desde el Equipo Salud Mental para la utilización de los recursos específicos.

No obstante pudiéramos encontrar casos en los que exista una escasa conciencia de la enfermedad y por tanto la persona no recibe la atención psiquiátrica que necesita lo que hace necesario un abordaje previo para su incorporación a la red sanitaria. En este caso quien realiza la captación, aportando la información inicial, contactará con el ESM que, a través de la EMP derivará al Equipo de Soporte Comunitario (ESC)²⁷, para iniciar una intervención que acerque al sujeto a la red de asistencia psiquiátrica.

Cuando la persona se encuentra en un centro sanitario

En este caso serán los profesionales responsables de la persona los que, en relación con el ESM correspondiente y previamente al alta, realizarán la valoración de las necesidades que se van a generar para iniciar los trámites de inserción en el proceso de atención, incluida la necesidad o no del apoyo del EPAP en la fase inicial de integración en el domicilio, enviando a la Comisión de Área Psiquiátrica, los informes complementarios necesarios.

Cuando la persona se encuentra en un recurso social

Como regla general la atención sanitaria de la persona que se encuentra en un recurso social de ámbito provincial se prestará a través de la red de salud del área. En aquellas situaciones en las que el recurso social contara con personal sanitario especializado,

²⁷ EPAP

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

éste deberá mantener un contacto periódico con el dispositivo de la red de salud pública que corresponda, con el fin de favorecer una labor de coordinación continua.

En caso de que la persona no mantuviera contacto con su ESM, es imprescindible incorporar al paciente a la red de asistencia psiquiátrica y normalizar la atención, por lo que los profesionales del centro previamente al alta, enviarán al ESM correspondiente la información necesaria sobre la situación socio-sanitaria de la persona, así como la valoración profesional y la propuesta de atención. El ESM podrá solicitar al centro la información necesaria para completar el historial mínimo del caso y en coordinación con éste citará al paciente a una consulta de valoración inicial.

2ª Fase: Valoración de necesidades y propuesta de acceso a servicios o recursos sociales.

1.)- la valoración de necesidades

a) SI LA PERSONA A VALORAR ESTÁ EN SU DOMICILIO, y la necesidad sociosanitaria requiere recursos comunitarios básicos, será suficiente la convocatoria del ECB, que garantizará la participación tanto del EAP y CEAS-EPAP como del ESM, e incluso otros actores que pudieran estar interviniendo con la persona, mediante la cumplimentación de la Guía de Gestión Compartida de Casos Sociosanitarios.

Cuando para la resolución de la situación, es necesario el concurso de recursos sociales específicos, especializados, o para personas mayores, los informes técnicos necesarios para la intervención se derivarán al **ESM que realizará la valoración integral del caso**, siempre manteniendo la relación de coordinación con los dispositivos comunitarios intervinientes. El ESM, a través de su responsable, expondrá la valoración y propuesta de intervención de cada caso en la Comisión de Área Psiquiátrica.

El ESM de distrito, como conductor del proceso, deberá valorar y completar el expediente y remitir toda la información sobre el caso a la Comisión de Área Psiquiátrica (Servicio de Psiquiatría del Área de Salud correspondiente).

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

b) CUANDO LA PERSONA SE ENCUENTRE INGRESADO EN UN DISPOSITIVO DE LA RED DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA de área el expediente lo realizará, como se ha dicho anteriormente, el equipo técnico de dicha unidad que elaborará la evaluación completa de las necesidades de la persona y emitirá los correspondientes informes, de común acuerdo con el ESM de referencia de la persona, remitiéndolos directamente a la Comisión de Área Psiquiátrica.

c) Si la persona se encuentra EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA REGIONAL DE LA RED DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA, la valoración y propuesta inicial así como el expediente será también realizado por el equipo de la unidad que lo trata, que previamente al alta lo remitirá al ESM de procedencia que corresponda al paciente, para que lo informe y, en su caso, lo tramite a través de la Comisión de Área Psiquiátrica.

d) Si la persona se encuentra EN UN DISPOSITIVO DE LA RED DE SERVICIOS SOCIALES. La propuesta de traslado a otro recurso social la realizará el equipo del centro en el que reside la persona, que lo remitirá al ESM responsable de su atención y seguimiento psiquiátrico y con quien necesariamente deberán tener contacto periódico y mantener una relación de coordinación. El ESM completará el expediente, llevando el caso a la Comisión de Área Psiquiátrica.

En cualquier caso, las propuestas de necesidad de recursos sociales de nivel específico o especializado, deberán responder a la inexistencia acreditada de recursos en el ámbito comunitario o a la insuficiencia de los mismos.

e) Cuando las personas con trastornos mentales por necesidades terapéuticas o sociales NECESITEN RECURSOS LOCALIZADOS FUERA DE LA PROVINCIA DE RESIDENCIA HABITUAL. La Comisión Mixta Provincial, o en su defecto la Comisión de Área Psiquiátrica, enviarán un informe completo de la situación sanitaria, psiquiátrica y social del enfermo, a la Comisión Mixta Regional, que evaluará la situación de la persona y la posibilidad de su integración en el recurso recomendado u otras alternativas posibles.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

EL EXPEDIENTE individual a cumplimentar en cada caso consta de una solicitud, el informe social y sanitario normalizados en la red de servicios sociales para la valoración de dependencia, y un informe psiquiátrico propio de la red de asistencia psiquiátrica, también normalizado. A este expediente se le podrá añadir otra documentación o informes que en cada caso se consideren necesarios para facilitar la valoración y resolución del caso.

Para aquellas **situaciones en las que se resuelva que la persona va a residir en otro área de salud** diferente, es necesario, además de realizar las actuaciones necesarias para normalizar la asistencia sanitaria, adjuntar un resumen del **historial de salud del paciente**, destinado al **ESM**, que a partir de ese momento será responsable de su tratamiento.

2.)-Puesta en común de los casos en la Comisión de Área Psiquiátrica

Realizada la valoración inicial, la propuesta asistencial sanitaria y las necesidades de recursos sociales por los profesionales del ESM, éstas serán elevadas a la Comisión de Área Psiquiátrica, que es el único cauce para centralizar todos los expedientes de solicitud de acceso a recursos de carácter social específico y especializado, que se le remitan desde los distintos dispositivos de la red de salud de su área.

Una vez tratados, y aprobadas las propuestas de solicitud del recurso social, en consonancia con la garantía de atención psiquiátrica necesaria para cada caso, se ordenaran y priorizarán los expedientes para la toma de decisión conjunta sobre la adjudicación del recurso solicitado en el Equipo Mixto Provincial.

Los casos derivados de otras áreas, previo estudio por la Comisión Mixta Regional se enviarán al Jefe de Servicio de Psiquiatría del Área al que se asignen, para que los incorpore a la Comisión de Área Psiquiátrica dentro del conjunto de los tratados.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

La Comisión de Área Psiquiátrica es el único cauce para derivar casos al Equipo Mixto Provincial, mediante el envío de la información completa de las personas con trastornos mentales que necesitan acceder a recursos sociales específicos o especializados, sin perjuicio de lo establecido en el apartado VII en relación con el funcionamiento de los Equipos Mixtos provinciales.

3ª Fase: Resolución y Notificación.

EL EQUIPO MIXTO DE VALORACIÓN PROVINCIAL: Salud Mental -Servicios Sociales (Gerencia Territorial de Servicios Sociales y Corporaciones Locales)

Reunido el Equipo Mixto Provincial y a la vista de las solicitudes planteadas hará una valoración global de los casos, teniendo en cuenta la prioridad de necesidades, los recursos de carácter social aplicables y los dispositivos y programas de salud mental vinculados a los mismos. Para ello aplicará los criterios definidos para cada recurso y aquellos otros que se pudieran establecer con carácter general por la Comisión Mixta Regional en la resolución de discrepancias y consultas que se le planteen.

Con el resultado definitivo el Equipo Mixto Provincial elaborará un **dictamen escrito** para cada caso que contendrá el recurso social asignado, la forma de acceso al mismo y la continuidad de cuidados sanitarios en caso de que deba cambiar de domicilio. Señalará también aquellos aspectos que deban tenerse en cuenta en el acceso a los recursos propuestos, como por ejemplo, el plazo más conveniente para hacer efectiva la incorporación o el carácter temporal de la misma, etc.

En los casos que la persona proceda de un recurso residencial, tanto del sistema de servicios sociales como del sistema de salud mental, y vuelva a un hogar familiar y se requiera una continuidad de cuidados en el sistema de servicios sociales, se considerará que la persona no está integrada en los servicios de la Corporación Local correspondiente, y por tanto, la asignación del recurso EPAP se realizará mediante Dictamen del Equipo Mixto Provincial en la que intervendrá la Corporación Local a la que pertenezca el EPAP.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

En caso de no disponer de recurso idóneo se optará por definir en el dictamen una propuesta de **plan de atención alternativo de carácter provisional** que será revisado de oficio por la propia comisión con la periodicidad que se establezca en cada caso.

De lo tratado en la reunión del Equipo Mixto se levantará acta.

El Equipo Mixto Provincial es el responsable de emitir el dictamen en el que se acuerde la asignación del recurso social y sanitario idóneo en cada caso o recurso alternativo en su defecto.

Elaborado el dictamen individual de cada caso por el Equipo Mixto Provincial, se procederá a notificar el acuerdo en un plazo máximo de 48 horas desde su adopción, al responsable del dispositivo que realizó la derivación, a fin de que informe a la persona interesada del contenido del mismo y recabe su acuerdo/aceptación, en relación con las medidas y recursos propuestos, mediante la firma de la solicitud, asimismo se le pedirá que formalice la solicitud de dependencia, en caso que no la tenga ya solicitada previamente. A la vez se indicará la documentación que el interesado tenga que aportar a la Gerencia Territorial de Servicios Sociales (GTSS), o a la Corporación Local para tramitar su incorporación al recurso en caso de que fuera preciso. Sólo se ofertarán aquellos servicios, centros residenciales y/o centros de día de las corporaciones locales que estén integrados en la red unificada de servicios sociales.

Aceptada la asignación de recursos realizada, GTSS y/o en su caso la Corporación Local correspondiente, se lo notificará al órgano directivo del recurso social propuesto y se le remitirá en el mismo plazo copia de los informes y documentación relativa al caso.

El responsable del recurso asignado comunicará a la GTSS el día de ingreso de la persona asignada, para que la GTSS o la CCLL puedan emitir resolución con esa fecha.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

Simultáneamente, el ESM o dispositivo de procedencia del enfermo se pondrá en contacto con el responsable del recurso asignado para planificar la forma de incorporación al nuevo recurso, el plan de acogida y seguimiento, así como la actuación en crisis, si fuera de su competencia por zona territorial.

4ª Fase: Plan de Intervención Individualizada

Personas con discapacidad por enfermedad mental que permanecen en su entorno

El plan de intervención será definido bien por el ESM en colaboración con el resto de dispositivos comunitarios de base a través del ECB, cuando los recursos sociales sean de la red de servicios sociales básicos, o bien, por el ESM y el equipo responsable del recurso social específico asignado.

Cuando el plan de intervención sea para una persona que el EPAP tenga como usuaria por intervenciones anteriores y continúe en su entorno habitual sin que precise un recurso específico adicional, la coordinación del ESM y EPAP será suficiente para garantizar la continuidad de cuidados, y no se precisará que estos casos se deriven al Equipo Mixto Provincial. No obstante, semestralmente la Corporación Local a la que pertenezca el EPAP pasará información del número de casos atendidos al Equipo Mixto Provincial.

Personas con discapacidad por enfermedad mental que deben abandonar su entorno domiciliario.

Si conforme al dictamen sobre el recurso asignado por la Equipo Mixto, la persona se debe trasladar fuera de su entorno habitual, el ESM deberá contactar con el recurso de la red de Asistencia Psiquiátrica de recepción para remitirle la información relativa al caso, junto con la propuesta de atención.

El ESM de recepción, será a partir de entonces responsable de la atención y seguimiento psiquiátrico de la persona y él que, en base a los informes y propuesta recibida, elaborará el plan de atención en coordinación con los responsables del recurso social al que ha sido derivada la persona.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

c) El programa individual de atención (PIA).

En todos los casos, deberá existir constancia escrita en la historia y/o expediente de cada persona del Programa Individual de Atención (P.I.A.) que será compartido entre los dispositivos sociales y sanitarios responsables de garantizar la continuidad de cuidados y la atención en crisis, debiéndose establecer con carácter periódico un sistema de comunicación y seguimiento conjunto de cada caso.

Igualmente es necesario que exista un profesional de referencia, entre los responsables de la intervención directa, que será quien tenga la iniciativa en la coordinación de recursos y quien sirva de interlocutor con la persona afectada, su familia y la red asistencial. Con carácter general este profesional de referencia será el gestor de caso del ESM del distrito, aunque podrá designarse a un profesional responsable del recurso social específico, si el caso conlleva una intervención primordialmente social.

5ª Fase: Seguimiento.

Si se produjera cualquier cambio en la situación, que motivara la modificación de los recursos o servicios aplicados, los profesionales implicados en el plan individual de atención, incluido el ESM a través de su Gestor de Caso, definirán la nueva propuesta para su revaloración en el Equipo Mixto Provincial.

La Gerencia Territorial de Servicios Sociales mantendrá reuniones de coordinación trimestrales con las entidades responsables de los centros colaboradores y de los programas de carácter social que formen parte de la red de servicios para el seguimiento de los programas, la evaluación de resultados y el planteamiento de propuestas de mejora.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

ANEXO 10: DISPOSITIVOS DE CARÁCTER SOCIAL PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL

1. Equipos De Apoyo Comunitario (EPAP)²⁸

2. Centro De Día

Centro de carácter social en el que mediante un equipo interdisciplinar se desarrollan en jornada diurna servicios y programas de rehabilitación ocupacional y psicosocial dirigidos a personas con discapacidad por enfermedad mental que presentan dificultades de integración social y un deterioro significativo en su funcionamiento.

Con carácter general los usuarios serán personas con discapacidad, diagnosticadas por EMGyP, mayores de 16 años, residentes en la Comunidad Autónoma de Castilla y León con dificultades en su funcionamiento psicosocial y en su integración social. También el entorno familiar de convivencia será objeto de intervención.

3. Centro Residencial

Centro de carácter social destinado a servir de vivienda habitual de las personas con discapacidad por Enfermedad mental dando cobertura a sus necesidades básicas y de soporte social con alto grado de supervisión (24 horas al día) para la recuperación y promoción del mayor grado posible de autonomía personal e integración social. Existirán las siguientes modalidades de estancia:

-Estancia residencial permanente. Se trata de alternativas estables de alojamiento y apoyo a personas con EMGyP en situación de riesgo de exclusión y marginalidad social. El tiempo de ocupación de larga estancia será superior a dos años.

- Estancia residencial temporal. Son estancias residenciales limitadas en el tiempo, para abordar aspectos relacionados con el aprendizaje y el entrenamiento dentro de un Plan Individualizado de Rehabilitación. El tiempo máximo de ocupación de la estancia de transición es de dos años.

²⁸ Véase punto III.3

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

4. Viviendas Supervisadas

Centro de carácter social y con capacidad máxima de 8 plazas que ubicado en viviendas normalizadas en el que se presta atención básica y cotidiana, con supervisión limitada y con servicios de atención orientados a promover hábitos de vida autónoma. Existen las siguientes modalidades de estancia en las viviendas:

- Estancia residencial temporal. Son estancias residenciales limitadas en el tiempo para completar aspectos relacionados con el aprendizaje y el entrenamiento dentro de un PIR. El tiempo máximo de ocupación de la estancia de transición es de dos años.
- Estancia residencial permanente. Se trata de alternativas estables de alojamiento y apoyo a personas con EMGyP en situación de riesgo de exclusión y marginalidad social. El tiempo de ocupación de larga estancia será superior a dos años.

Con carácter general los usuarios serán personas con discapacidad, en tratamiento por EMGyP, estabilizados psicopatológicamente, mayores de 16 años y menores de 60 al ingreso, residentes en la Comunidad Autónoma de Castilla y León y que presenten necesidad de alojamiento alternativo supervisado e intervención específica debido a sus dificultades en el funcionamiento psicosocial y a la ausencia, inadecuación o imposibilidad temporal o permanente de soporte socio-familiar.

Para la incorporación a este dispositivo las personas deberán mantener un nivel aceptable de autonomía personal y social que les permita una convivencia más normalizada.

ANEXO 11: FUNCIONAMIENTO Y ORGANIZACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS IMPLICADAS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ENFERMEDAD MENTAL:

1. Comisión de Área Psiquiátrica (CAP)

Es un Órgano de información, comunicación y coordinación de la red de Asistencia Psiquiátrica en cada Área de Salud.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- **Funciones:**

1. Facilitar la comunicación en el Servicio de Asistencia Psiquiátrica.
2. Informar sobre, la puesta en marcha de nuevos procedimientos, programas.
3. Coordinar el funcionamiento en red de los dispositivos de Área.
4. Coordinar la atención de pacientes complejos entre dispositivos de Área.
5. Elaborar plan de atención para las personas con EMGP que requieran atenciones combinadas en dispositivos de la GSS y otras instituciones.
6. Centralizar y canalizar al EMP Socio-sanitaria las propuestas de necesidades sociales a cubrir por los ESM.
7. Recibir las solicitudes formuladas por CAP de otras Áreas de Salud para atender pacientes en dispositivos del área.
8. Coordinar la atención a personas dadas de alta desde dispositivos psiquiátricos de referencia regional, hospitales psiquiátricos penitenciarios o remitidos desde dispositivos psiquiátricos de otras CCAA.
9. Conocer las necesidades de atención socio-sanitaria para pacientes psiquiátricos en el Área de Salud.

- **Componentes**

- ✓ El Jefe del **Servicio de Asistencia Psiquiátrica**.
- ✓ El Jefe de Sección o Responsable de cada uno de los dispositivos de la red de Asistencia Psiquiátrica existentes en el área.
- ✓ El Coordinador del Programa de Gestión de Caso.
- ✓ El Coordinador del Programa de Tratamiento Comunitario.

El Jefe del Servicio de Asistencia Psiquiátrica podrá convocar a otros profesionales de la red para su incorporación como miembros si se considera necesario.

- **Funcionamiento:**

- La Comisión se reunirá al menos una vez al mes.
- La convocatoria y gestión de la reunión será competencia del Jefe del Servicio de Asistencia Psiquiátrica.
- Existirá un secretario encargado de elaborar el acta-resumen de cada reunión.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

2. Equipo Mixto Provincial (EMP):

Es el órgano que reúne al Servicio de **Psiquiatría** del Área y al Sistema de **Servicios Sociales**, que de forma mancomunada forman la GTSS y las CC.LL. con competencias y recursos sociales. Su papel es evaluar las necesidades de recursos sociales y sanitarios presentadas por las partes, **asignar los recursos** más idóneos entre los disponibles y, en su caso, establecer planes alternativos temporales, con la idea de que todas las personas deben ser atendidas con la mejor calidad posible.

• Composición

Por el sistema de salud:

1. Un representante de la CAP, preferentemente el Jefe de Servicio o persona en quien delegue.
2. Cuando en una provincia exista más de un Área de Salud, la composición del EMP se ampliará con los representantes de las CAP existentes.

Por el sistema de Servicios Sociales:

1. Un representante de la GTSS, preferentemente el Jefe de Sección de atención a personas con discapacidad.
2. Un representante de cada una de las CCLL con competencias y recursos que pudieran ser asignados.

A petición de los componentes del EMP, podrá acudir algún técnico de cada parte como asesor, si fuera necesario, de la entidad que haya promovido la derivación o esté interviniendo en el caso o lo haya hecho con anterioridad.

• Funcionamiento

- La convocatoria y gestión del EMP será competencia de la GTSS.
- Las decisiones se tomarán por consenso de los representantes de los dos sistemas de atención, que serán los únicos con capacidad de voto.

En casos de discrepancia manifiesta, el asunto será puesto en conocimiento de la CMP para que resuelva.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

- Igualmente cuando en el EMP participe más de una CAP, el voto lo ostentará la que haya presentado el caso.
- El dictamen con los recursos asignados a cada persona dará origen a una resolución administrativa individualizada que se emitirá en las 48 horas posteriores a la reunión por la administración competente y se notificará al recurso solicitante.
- El Equipo se reunirá siempre que exista un número mínimo de solicitudes o revisiones de caso.
- En situaciones excepcionales, la GTSS y las CCLL podrán presentar casos de personas con Enfermedad mental atendidas en recursos sociales, con necesidad de intervención social urgente y en las que fuera necesario apoyo específico para completar la valoración, de cara a su incorporación al proceso establecido.

3. Comisión Mixta Regional (CMR):

Es el órgano que reúne a la Consejería de Sanidad, a través del Servicio que tenga encomendadas las funciones de coordinación socio-sanitaria la **Gerencia de Servicios Sociales** y el **Servicio de Asistencia Psiquiátrica** de la Gerencia Regional de Salud. Su papel es resolver los asuntos que los EMP no han podido solucionar, por falta del recurso adecuado en su área, por disparidad de criterios o por dificultad en la coordinación de procedimientos. Así mismo entran también entre sus competencias impulsar y coordinar a los EMP, evaluar los procesos y las prestaciones coordinadas, asesorar y elaborar propuestas de mejora para la creación y orientación de recursos y prestaciones destinados a personas con Enfermedad mental, proponer acciones formativas conjuntas, definir procedimientos conjuntos, etc.

La CMR, podrá crear subcomisiones técnicas temporales o permanentes para la ejecución de sus funciones o para la realización de trabajos de su interés y con diferentes objetivos.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

ANEXO 12: RESUMEN RESULTADOS ENTREVISTAS

Compilación resultados entrevistas en profundidad realizadas para el trabajo [tabla].

1) ¿Piensas que la coordinación sociosanitaria es una oportunidad para la construcción de la identidad del Trabajo Social y la legitimación del Sistema de Servicios Sociales?		
	TRABAJO SOCIAL	SERVICIOS SOCIALES
EXPERT@1	ayudar a “contar positivamente” con nuestro perfil profesional	favorecer la vertebración de los dos sistemas (Sanitario y Social)
EXPERT@2	Mejora estatus profesión	Mejora estatus sistema
EXPERT@3	Sí, porque el Trabajo Social adquiere un papel importante en intervenciones.	Sí. Provisión red básica ámbito socio-comunitario.
EXPERT@4	Normativamente no se reforzó al TS.	Visibilización del trabajo desde Servicios Sociales.
EXPERT@5	Sí, porque la coordinación en la intervención, es algo muy propio nuestro.	

2) ¿Cómo valoras el funcionamiento del Proceso Integrado y de la metodología de Gestión de casos, en el tiempo que llevan implantados?			
EXPERT@1	Se ha avanzado bastante.	Reducir los tiempos de espera	Suplir falta de recursos
EXPERT@2	No conoce mucho el proceso ni la metodología.	Quizá más lenta que el sistema anterior, por la coordinación de los dos servicios.	
EXPERT@3	Valoración positiva, paso importante en la atención a personas con EMG.		
EXPERT@4	Insuficiente	Disolución del trabajo coordinado de manera formal.	Regreso a las prácticas originales de coordinación informal.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

EXPERT@5	En general los sistemas siguen estando parcelados, se sigue funcionando como se funcionaba antes.	Depende mucho de la motivación de los profesionales. A veces es más fácil coordinarse de forma informal que siguiendo el proceso.	Importante concienciar al sector sanitario acerca de la necesidad de la coordinación.
¿Piensas que facilitan la adecuación de la atención a la persona con enfermedad Mental grave y Prolongada (EMG yP)?			
EXPERT@1	En general sí.	Hay que estructurar el proceso (en sentido de obligatoriedad y nº reuniones =>dificulta la rapidez en la toma de soluciones).	
EXPERT@2	Teóricamente sí, en sentido de más eficacia y eficiencia por atención integral.		
EXPERT@3	Sí, más eficacia y éxito en intervenciones.		
EXPERT@4	Dependiente de la voluntad de coordinación de los profesionales implicados o de la gravedad de caso.	Carácter anecdótico de casos tratados por ECB.	Salud Mental no participa directamente en las reuniones de los ECB. Coordinación lesionada desde el despido de la T.S. de Salud Mental.
EXPERT@5	Si la coordinación fluye, sí, totalmente.	Donde funciona, funciona muy bien, y cuando funciona la intervención es mucho más completa y más fácil la consecución de objetivos.	

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

3) ¿Qué papel tienes como profesional / Equipo /Centro en el proceso?		
EXPERT@1	Miembro y Equipo Mixto Provincial y de la Comisión Socio-sanitaria provincial, siendo profesional tutor de los Equipos de Coordinación de Base de cuatro zonas de salud.	
EXPERT@2	Informador Equipos Comisión Mixta, Salud Mental, Gerencia... sobre los pacientes de su unidad y en su ámbito.	
EXPERT@3	Mi papel en el Proceso Integrado entra en el momento en el que los profesionales del equipo de coordinación deciden la necesidad de algún recurso o bien ya son usuarios de alguno de ellos y se inicia el trámite de reconocimiento de la situación de Dependencia.	
EXPERT@4	Gestora de casos.	
EXPERT@5	De equipo de apoyo, un equipo multidisciplinar de segundo nivel. Trabajamos con personas con discapacidad/dependencia con problemáticas sociales añadidas, entonces uno de los colectivos con los que trabajamos son las personas con TMGyP.	
¿Qué puntos fuertes y dificultades ves en la coordinación entre los distintos dispositivos en la gestión de casos?		
	PUNTOS FUERTES	DEBILIDADES
EXPERT@1	-----	
EXPERT@2	Todo lo que sea para mejorar o para tomar una decisión más colegiada o más amplia del nuevo destino del paciente o de qué podemos hacer con una persona, pues a priori siempre es mejor.	Bastante lentos. (Desde fuera) creo que aún falta integración en los equipos, en general.
EXPERT@3	Todos los profesionales de estos ámbitos estamos muy concienciados de la importancia de un buen trabajo en equipo y por lo general no encuentro dificultades para la coordinación.	-----
EXPERT@4	Que es la única forma eficaz de gestión de casos.	La falta de sentimiento por parte de los profesionales sanitarios de la necesidad e importancia de la atención integral e integrada. (mayor dificultad profesionales sanitarios de especializada)

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

EXPERT@5	Facilita mucho el trabajo, las intervenciones, aporta un conocimiento completo de casos y evita duplicidades en las intervenciones.	Hay muchos profesionales que no están concienciados de la necesidad, o que no creen en ello.
4) ¿Cómo aprecias la coordinación con estructuras de otros niveles - P.e. con la Comisión de área y ECB/ESM? (disposición, cauces de comunicación - información, asesoramiento, recepción de propuestas y devolución de decisiones-, iniciativas de formación, articulación/creación recursos...).		
EXPERT@1	Poco a poco se van facilitando los cauces y flexibilizando las estructuras. Bastante lento el proceso, ya que los mismos recursos humanos están siendo utilizados por varios procesos lo que supone un “aumento” de carga de trabajo.	
5) ¿Cómo aprecias la coordinación con estructuras de niveles superiores -Equipo Mixto Provincial, Comisión socio-sanitaria Provincial? (disposición, cauces de comunicación -información, asesoramiento, recepción de propuestas y devolución de decisiones-, iniciativas de formación, articulación/creación recursos...)		
EXPERT@4	Cada vez menor.	

6) Cuáles son las principales Dificultades de la atención a personas con enfermedad mental grave (entre otras derivadas de la no conciencia de enfermedad).				
EXPERT@5	La no conciencia de enfermedad no se ve como una dificultad, sino como característica de la enfermedad. No tanta importancia a que la persona asuma que esté enferma como a que siga el tratamiento.	La falta de recursos, tanto para las personas con TMGyP como de recursos de apoyo a familiares y la estigmatización (impide la integración).	Modelo de atención a demanda, frente a la necesidad de un <i>acompañamiento terapéutico</i> . (Necesidad de adherencia al tratamiento, por BS y seguridad del usuario y terceras personas)	Implicación del médico y alcance de la falta de implicación, derivado de una mayor influencia en el tratamiento.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

7) Durante la estancia de la persona en vuestro recurso, ¿Quién ejerce la función de coordinador / gestor de caso?			
EXPERT@2	Desconoce, oficialmente no existe figura en el centro, pero de ser alguien, el coordinador, que hace seguimiento de las intervenciones de todos los profesionales.	Cada profesional se encarga de informar al sistema/equipo que le corresponde o que pregunta por contenidos que le atañen.	La intervención en el centro se basa en el trabajo en equipo.

8) ¿Cómo valoras, desde tu experiencia, el Baremo de valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves? ¿qué dificultades ves en su aplicación?		
	VALORACIÓN	DIFICULTADES
EXPERT@3	Positiva	-No abarca todos los problemas que se le pueden presentar a una persona con EMG en su vida diaria. -Buena movilidad física para realizar AVD. -Entornos controlados: puede parecer que el criterio básico de “valorar a las personas en su entorno habitual”, puede ser un precedente para “perjudicar” a los “pacientes” que viven en instituciones.
EXPERT@5 (respuesta indirecta)	No favorece a los enfermos mentales.	-Buena movilidad física, dificultad alcanzar grado alto dependencia.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

9) ¿Qué supone, en cuestión de derechos, la valoración de dependencia en personas con TMG? ¿Existen dificultades a la hora de valorar cuestiones derivadas de la no conciencia de enfermedad?		
	DERECHOS INCLUSIÓN LEY DEPENDENCIA	DIFICULTADES VALORACIÓN por no conciencia enfermedad
EXPERT@3	Abre a este colectivo interesantes oportunidades de atención.	-No comprensión presencia profesionales y preguntas "impertinentes". -Creencia de mayor autonomía de la que tienen. -Expresión quejas durante la entrevista

10) En relación con el Mapa de Recursos, ¿cuáles crees que son los puntos fuertes y debilidades de nuestro mapa de recursos de atención a personas con Enfermedad Mental?		
	PUNTOS FUERTES	DEBILIDADES
EXPERT@1	Actualmente tanto dentro del Sistema Sanitario como de Servicios Sociales ha mejorado y aumentado el número y diversidad de recursos (unidades de media estancia, mini-residencias, programas de intermediación laboral, Servicios de Prevención de la Autonomía...).	Todavía hay que trabajar más en la línea de la concienciación de la enfermedad mental de cara a su plena participación en la sociedad.
EXPERT@4	Como potencialidad la implantación de los EPAP	Falta de estructuras comunitarias/ambulatorias y de trabajo Grupal.
EXPERT@5	El EPAP, como avance. También los recursos de media estancia (Rehabilitación). El Centro de Intervención Comunitaria, pionero en CyL (o eso creo), que se ha puesto en marcha en el Hospital Río Hortega.	Faltan recursos para todas las personas que hay, por ejemplo mini-residencias, Falta de coherencia en los requisitos para el acceso a plazas. Lentitud en el proceso de asignación de recursos.

El Trabajo Social en la atención a la Enfermedad Mental Grave y Prolongada en Castilla y León. El Proceso de atención socio-sanitaria a personas con discapacidad por enfermedad mental.

	<p>El movimiento de la <i>Revolución Delirante</i>²⁹, que sigue el modelo de Trieste de Intervención Comunitaria a través del acompañamiento terapéutico.</p> <p>También otras actuaciones de entidades del tercer sector, como por ejemplo Intras o El Puente.</p>	
<p>¿Se podría hacer más desde el ámbito comunitario en cuestión de prevención, detección y promoción de la salud mental?</p>		
EXPERT@4	<p>A nivel comunitario estas funciones siguen dependiendo del Tercer Sector, a veces, muy desconectado de Salud Mental.</p>	
EXPERT@5	<p>La prevención y promoción de la E.M. empezaría por una concienciación y normalización en la sociedad de la enfermedad mental, y también dejar de ser un “paria” dentro del sistema sanitario y también del uso de los Servicios Sociales.</p>	

<p>11) En relación con el Mapa de recursos, ¿A qué recursos soléis derivar en el momento del alta?/ ¿Se dan situaciones de dificultad de derivación por no existencia de recursos adecuados?/ ¿Se dan situaciones de dificultad de derivación por no existencia de recursos adecuados?</p>		
EXPERT@2	<p>Dependiendo del caso, muchos se proponen para una larga estancia. Otros, a los que se propone a mini-residencias, o a pisos protegidos. Mucha otra gente que se recupera, o que tiene apoyo familiar suficiente y al alta se va a su casa (con su familia o el solo) y tienen el apoyo de un CRPS, o de un EPAP./ Constantemente, aparte de que no existen recursos adecuados, que no llegan a tiempo./</p> <p>Sí, por falta de decisión, por falta de plazas esperando a que queden libres, por falta de acuerdo en diagnósticos por Comisión Mixta... Hay dificultad en la derivación habitualmente, y casi nunca llega a tiempo.</p> <p>A veces la falta de recursos en la provincia (ejemplo de las mini-residencias en Palencia) afecta a la desvinculación de la persona a su entorno.</p>	

²⁹ <http://revoluciondelirante.com/>

<p>12) Si lo conoces, ¿Qué potencial le ves a la implementación de la Estrategia de Atención al enfermo crónico en atención sociosanitaria? ¿Crees que podría ser un camino de respuesta a las personas con EMGyP que no presenten un mínimo de discapacidad o dependencia?</p>		
EXPERT@1	<p>Hay que tener en cuenta que antes de modificar pautas y recursos, se debe tener claro que se responde a las necesidades del usuario y no sólo al beneficio del sistema (abaratar costes a cualquier precio).</p>	
EXPERT@2	<p>Aún está echando a rodar, por el momento con dificultades.</p>	<p>Si funcionan bien los equipos y se aplica, beneficiará a las personas mejorando su atención.</p>
EXPERT@3	<p>Para mí este tema es desconocido, no puedo contestar a esto.</p>	
EXPERT@4	<p>La normativa en Cyl a veces, es demasiado proclamativa y poco efectiva, por una falta de desarrollo y de implantación territorial. No se crean recursos novedosos, y los existentes suelen demostrarse insuficientes .</p>	
EXPERT@5	<p>No la conozco.</p>	<p>Si es EMGy P, siempre va a suponer discapacidad, o, si no siempre, existe mucha susceptibilidad de serlo, aunque no exista reconocimiento.</p>