

Guía de orientación
en la práctica profesional de la valoración
reglamentaria de la situación de dependencia
en personas
con trastornos mentales graves



Autores

Profesionales de la Salud Mental integrados en la Federación Española de Rehabilitación Psicosocial (FEARP):

Eva Aguado Santiago (Trabajadora Social)	Pedro Pibernat Deulofeu (Técnico Inserción Laboral)
Begoña Ariño Jackson (Maestra)	José María Porto Payán (Psicólogo)
Fátima Blanco Bejarano (Terapeuta Ocupacional)	Leticia Quevedo Serena (Psicóloga)
Juan Carlos Casal (Trabajador Social)	Margarita Rullas Trincado (Psicóloga)
Jaime A. Fernández Fdez. (Psicólogo Clínico)	María del Carmen Sánchez Vicente (Trabajadora Social)
Manuel A. Franco Martín (Psiquiatra)	María José Sánchez Tera (Trabajadora Social)
Ana García Nieto (Psicóloga Clínico)	Sergio Siurana López (Trabajador Social)
Ricardo Guinea Roca (Médico. Psicoterapeuta)	M ^a Encarnación Soto Fernández (Enfermera Especialista en Salud Mental)
Margarita M ^a Hernanz Manrique (Psiquiatra)	Felipe Soto Pérez (Psicólogo Clínico)
Clara López Sanguinetti (Trabajadora Social)	Rafael Touriño González (Psiquiatra)
Mercedes López Abellán (Trabajadora Social)	José J. Uriarte Uriarte (Psiquiatra)
Miguel Martínez Roig (Psiquiatra)	Tina Ureña Hidalgo (Trabajadora Social)
Paloma Martínez Heras (Psicóloga)	Ana Vallespí Cantabrana (Psicóloga Clínico)
Marta Medina Prieto (Terapeuta Ocupacional)	Martín L. Vargas Aragón (Psiquiatra)
Carolina Mogollón Rodríguez (Trabajadora Social)	Francisco Villegas Miranda (Psicólogo Clínico)
Teresa Orihuela Villameriel (Psicóloga Clínico)	Begoña Vitalla Porcel (Trabajadora Social)
Lluis Pérez Pérez (Trabajador Social)	

Revisión

Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Feafes)

Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la aplicación del baremo de Valoración de la situación de Dependencia (CTVD)

Área de Valoración de la Dependencia del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero).

Fundación Instituto Catalán del Envejecimiento (FICE) de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

Sociedad Española de Psiquiatría.

Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental.

En colaboración con

FEARP.- Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial

Objeto de la guía

La presente guía tiene el objetivo de ser un instrumento útil en la práctica profesional de la valoración oficial de la situación de dependencia en las personas con **trastorno mental grave** (TMG) y servir de apoyo a la formación de los profesionales de los órganos de valoración.

Con esta finalidad se realiza una revisión de las condiciones de salud de este colectivo que pueden dar lugar a situación de dependencia, en aplicación del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), aprobado por Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero.

Trata de transmitir conocimientos útiles para la comprensión de su condición de salud en el proceso de evaluación de la situación de dependencia. Y desarrolla orientaciones para facilitar la aplicación de dicho baremo de forma homogénea y eficiente en todas las Comunidades Autónomas conforme a lo acordado por el Consejo Territorial del SAAD el 1 de junio de 2010, en Acuerdo sobre la modificación del baremo establecido en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril.

Los enunciados de la guía están supeditados al valor jurídico de lo establecido por la normativa vigente y orientan y ayudan en la aplicación de los criterios de valoración reglamentarios.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales
(Imserso)

Índice

1. INTRODUCCIÓN	1
2. CONCEPTO DE TRASTORNO MENTAL GRAVE.	2
2.1. Diagnóstico Clínico	3
2.1.1. Esquizofrenia	3
2.1.2. Trastorno Esquizotípico	4
2.1.3. Trastornos Delirantes	4
2.1.4. Trastornos Esquizoafectivos	4
2.1.5. Trastorno Bipolar	4
2.1.6. Episodio Depresivo Grave con síntomas psicóticos	4
2.1.7. Trastornos Depresivos Graves recurrentes	4
2.1.8. Trastorno Obsesivo-Compulsivo	5
2.1.9. Otros	5
2.1.10. Trastorno Límite de la Personalidad	5
2.2. Duración de la enfermedad	5
2.3. Presencia de discapacidad y dependencia	6
3. ASPECTOS FUNCIONALES EN EL BAREMO DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA (BVD)	7
3.1. Aprendizaje y aplicación de conocimientos	8
3.2. Tareas y demandas generales	9
3.3. Comunicación	10
3.4. Autocuidado	10
3.5. Movilidad	11
3.6. Vida doméstica	12
3.7. Interacciones y relaciones interpersonales	12
3.8. Educación, trabajo y empleo, vida económica, transacciones económicas	13
3.9. Vida comunitaria cívica y social	13
4. IMPACTO DE LOS PROBLEMAS DE SALUD FÍSICA EN LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE	14
5. RECURSOS Y DISPOSITIVOS ASISTENCIALES	15
5.1. Camas Hospitalarias	15
5.2. Recursos Intermedios. Dispositivos Específicos Extrahospitalarios de Atención a la Población con Trastorno Mental Grave	15
5.3. Recursos Sociales y Sociosanitarios	16
6. ABORDAJE DE LA VALORACION	17
6.1. El informe de salud	17
6.2. Objetivos del informe específico de salud y del entorno	17
6.3. Las áreas del informe específico de salud mental	18
6.3.1 Área clínica	18
6.3.2 Evaluación funcional	18

6.3.3 Evaluación del entorno -----	18
6.4. La entrevista de valoración -----	19
6.5. Evaluación del entorno -----	21
6.5.1 Factores personales con incidencia en la relación con el entorno -----	22
6.5.2 Vivienda -----	22
6.5.3 Recursos económicos -----	22
6.5.4 Soportes sociales básicos -----	22
6.5.5 Acceso a servicios -----	24
6.5.6 Factores del entorno para la protección y participación -----	24
6.5.7 Estigma social -----	24
6.5.8 Protección legal -----	24
6.5.9 Valoración de factores facilitadores o barreras para la situación general de la persona -----	25
7. POSIBLES REPERCUSIONES EN EL DESEMPEÑO DE LAS TAREAS DEL BVD -	26
7.1 Valoración “en comer y beber” -----	26
7.2 Valoración en “Higiene personal relacionada con la micción y defecación” -----	27
7.3 Valoración en “lavarse” -----	28
7.4 Valoración en “otros cuidados corporales” -----	29
7.5 Valoración en “vestirse” -----	30
7.6 Valoración en “mantenimiento de la salud” -----	30
7.7 Valoración de “cambiar y mantener posición del cuerpo” -----	31
7.8 Valoración de “desplazarse dentro del hogar” -----	31
7.9 Valoración de “desplazarse fuera del hogar” -----	32
7.10 Valoración de “tareas domésticas” -----	33
7.11 Valoración de “tomar decisiones” -----	33
8. CUIDADOS ESPECIFICOS -----	36
9. ANEXO - -----	37
10. BIBLIOGRAFIA -----	40

Introducción

El reconocimiento de los derechos de las personas con dependencia en la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, supone una oportunidad excepcional para dar respuesta a las necesidades sociales de las personas con **trastorno mental grave** (TMG).

En este nuevo contexto, estas personas adquieren la condición real de ciudadanos con necesidades derivadas de su situación de vulnerabilidad, al reconocer que precisan apoyos para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, para incrementar su autonomía personal y en definitiva para ser ciudadanos de pleno derecho. La Ley configura un derecho fundamentado en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad que no debe desatender las necesidades de las personas con TMG.

Este hecho hace necesario considerar las condiciones específicas de esta población, difíciles con frecuencia de conceptualizar y valorar. La dependencia relacionada con el TMG tiene algunas características especiales que pueden dificultar su evaluación. La repercusión funcional a menudo no es estable y depende de circunstancias externas; la sintomatología negativa: apatía, abulia y restricción de intereses, y los aspectos cognitivos son difíciles de valorar, y debe tenerse en cuenta para su correcta apreciación la necesidad de ayuda y supervisión.

La falta de una adecuada conciencia de su discapacidad es otra característica de ésta población. Así como las personas con discapacidad física tienen dificultades para desempeñar tareas en el ambiente físico, las personas con discapacidad por un trastorno mental tienen dificultades para el desempeño de roles en el entorno social. No basta con tener las habilidades necesarias para desempeñar una tarea, también hay que tener motivación, confianza en uno mismo, y un entorno que facilite el realizarla. La evaluación del entorno y la aportación de los informes de los equipos especializados que le atienden, serán de crucial importancia para una correcta aplicación del baremo.

Cada caso es diferente, la misma patología en diferentes individuos puede dar lugar a grados diferentes de dependencia según el grado de afectación, y una misma patología con el mismo grado de afectación, también puede tener manifestaciones clínicas diferentes que, dependiendo del individuo y del contexto, den lugar a grados diferentes de dependencia.

2. Concepto de trastorno mental grave (tmg)

La definición de **trastorno mental grave** (TMG) con mayor consenso es la que formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, que define a este colectivo como **“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”**.

Características definitorias del **trastorno mental grave** (TMG):

- Presenta una sintomatología que:

- Genera problemas de captación y comprensión de la realidad.
- Distorsiona la relación con los otros.
- Supone o puede suponer riesgo para su vida.
- Tiene repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales).

- Necesita un abordaje complejo, incluyendo:

- Atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.
- Intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia.
- Atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial.

- Presenta una evolución prolongada en el tiempo, con importantes necesidades de continuidad de atención sociosanitaria.

La población de personas con trastorno mental grave de curso crónico, más allá de los síntomas, tienen en común limitaciones en su capacidad para intervenir con competencia social y para funcionar autónomamente ante las exigencias de la vida cotidiana.

Aunque existen muchas condiciones psiquiátricas que pueden dar lugar a dichas limitaciones, la mayoría de las personas que pueden entrar en esta categoría padecen trastornos esquizofrénicos de curso crónico o psicosis afectivas (como el trastorno bipolar) de especial mala evolución. Existen otros trastornos que a menudo cumplen criterios desde el punto de vista de la afectación funcional y las necesidades persistentes de soporte: trastornos de la personalidad (especialmente el trastorno límite), trastornos obsesivo compulsivos o agorafobias severas, depresiones cronificadas, etc.

No se incluyen en este grupo los diagnósticos atribuidos a un trastorno o enfermedad orgánico o sistémico diagnosticable en sí mismo (demencias, daño cerebral, ACV,...).

En algunas ocasiones en el mismo individuo puede darse la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, cuando uno de ellos se deriva del consumo problemático de sustancias se conoce como **“Patología dual”**.

Cada trastorno tiene su propio curso natural y características únicas, y el grado de las limitaciones puede variar considerablemente con el mismo diagnóstico. Por tanto, dado que tanto el curso clínico como las limitaciones pueden variar considerablemente, es importante tener en cuenta las variaciones en el nivel de actividad de la persona a lo largo del tiempo.

En conclusión, la definición de TMG se establece en función del **diagnóstico clínico**, la **duración del trastorno** (cronicidad) y el **nivel de discapacidad** social, familiar y laboral que la enfermedad provoca en la persona afectada.

2.1. Diagnóstico clínico.

Todas las categorías diagnósticas incluidas en el concepto de Trastorno Mental Grave pueden tener tanto síntomas psicóticos: positivos (delirios, alucinaciones...) y negativos (apatía, aplanamiento afectivo...), como un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad.

Incluye las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992):

ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS

- 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)

TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO. TRASTORNOS DEPRESIVOS

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

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

Otros trastornos: existe controversia en cómo considerar otros grupos de diagnósticos, especialmente algunos **Trastornos de la Personalidad**, como el **“Trastorno Límite”** (F60.31), que en algunas personas puede resultar muy discapacitante y compartir necesidades y recursos con otros diagnósticos de TMG.

2.1.1. Esquizofrenia.

Enfermedad mental caracterizada por la presencia de síntomas positivos (ideas delirantes, alucinaciones, conducta extravagante) y síntomas deficitarios o negativos (problemas cognitivos, aislamiento social, apatía y desinterés, aplanamiento afectivo...). De inicio generalmente en la edad joven de la vida, a menudo sigue un curso crónico, bien de forma continuada, bien en sucesivos brotes o episodios de recaída con un grado de recuperación variable entre las crisis.

En general se conserva tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos importantes. La evolución clínica es variable, pero un porcentaje significativo de las personas afectadas sufre una repercusión relevante en su funcionamiento vital.

2.1.2 Trastorno esquizotípico.

Se trata de un trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y la afectividad que se asemejan a la de la esquizofrenia. Tiene un curso crónico con fluctuaciones de intensidad y ocasionalmente puede evolucionar hacia una esquizofrenia clara.

2.1.3. Trastornos Delirantes.

Presencia de ideas delirantes, generalmente crónicas (ideas de perjuicio y persecución, místicas y religiosas, etc.). Las personas afectadas pueden mantener un buen funcionamiento en los aspectos de la vida no relacionados con la temática delirante, aunque a menudo la extensión de la misma y su repercusión conductual ocasionan interferencias en el funcionamiento psicosocial de entidad.

2.1.4. Trastornos esquizoafectivos.

Trastornos episódicos en los cuales tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, de forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros.

2.1.5. Trastorno Bipolar.

Se caracteriza por episodios recurrentes de manía (euforia, desinhibición, conductas de riesgo) y depresión grave. Son frecuentes los síntomas psicóticos (pérdida del sentido de la realidad), especialmente durante las fases maniacas. La frecuencia y duración de las fases es muy variable en cada persona afectada.

Algunas personas alcanzan periodos de estabilización y funcionamiento normal entre los episodios. En otros casos la frecuencia de las recaídas o la presencia de síntomas persistentes pueden interferir de forma importante con el funcionamiento vital.

2.1.6. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

Se suele presentar una considerable angustia o agitación, o bien un estado de inhibición importante. Suele darse pérdida de estimación de si mismo, sentimientos de inutilidad o de culpa; existiendo riesgo de suicidio en los casos particularmente graves. Están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

2.1.7. Trastornos depresivos graves recurrentes.

Se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo. La edad de comienzo y la gravedad, duración y frecuencia de los episodios depresivos puede ser muy variable. En general el primer episodio se presenta más tarde que en el trastorno bipolar, situándose la edad media de comienzo en la quinta década de vida. Los episodios suelen tener una duración media de seis meses. Después del episodio depresivo la recuperación suele ser completa, sólo un pequeño número de enfermos queda crónicamente deprimido.

2.1.8. Trastorno obsesivo compulsivo.

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes. Los actos o rituales compulsivos son formas de conductas estereotipadas que se repiten una y otra vez, sin que sean placenteros por sí mismo ni den lugar a actividades útiles. Estas personas a menudo tienen síntomas depresivos. Su comienzo se sitúa habitualmente en la infancia o al principio de vida adulta.

2.1.9. Otros.

Otras enfermedades psiquiátricas aparentemente de menor entidad pueden dar lugar a graves problemas de funcionamiento a situaciones de importante limitación. Entre ellas, los trastornos de la personalidad, la depresión crónica, la agorafobia son los más significativos. Algunas personas con problemas de dependencia del alcohol y/o otras sustancias adictivas pueden sufrir graves problemas en su funcionamiento.

2.1.10. Trastorno Límite de la Personalidad.

Según el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), la característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto-imagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta (adolescencia) y se da en diversos contextos.

Las personas con este trastorno pueden llegar a realizar frenéticos esfuerzos para evitar un abandono real o imaginario. Son muy sensibles a las circunstancias ambientales. Con frecuencia se sienten dependientes y hostiles, de ahí sus relaciones tumultuosas. Pueden depender mucho de las personas cercanas y demostrar tremendos enfados o rabia hacia estas en momentos de frustración. Tienen un bajo nivel de tolerancia a la frustración y gran dificultad para canalizarla de forma adecuada.

2.2. Duración de la enfermedad como pauta de diagnóstico.

Se establece como criterio una evolución de 2 años o 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.

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.

Los criterios del National Institute of Mental Health (NIMH) definen como alternativa al referido criterio los siguientes:

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

Se considera relevante también el siguiente criterio: No haber desarrollado relaciones sociales en un medio diferente al entorno familiar o instituciones en las que el individuo desarrolla su vida diaria: Centro de día, Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS), Centro de Rehabilitación Laboral (CRL), etc.

2.3. Presencia de discapacidad y dependencia.

El grado de discapacidad o de dependencia generado por un trastorno mental no siempre tiene una correlación directa con el diagnóstico aplicado. A menudo las personas con enfermedad mental tardan tiempo en recibir un diagnóstico certero, tanto por la complejidad del proceso diagnóstico como por el estigma asociado a la enfermedad.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas 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”.

El grado de afectación de moderado a grave del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, que da lugar a limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida, incluye al menos dos de las siguientes situaciones 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.

Tales esfuerzos de delimitación de la población que subyace bajo la denominación de “**trastorno mental grave**” no evitan una enorme heterogeneidad subyacente, que abarca desde personas con largos años de institucionalización, graves limitaciones funcionales, falta de soporte sociofamiliar y necesidades de cuidados centrados en aspectos básicos de autocuidados, protección y organización de la vida diaria, a los llamados nuevos crónicos, personas jóvenes, con problemas de abuso de tóxicos asociados, síntomas positivos persistentes, alteraciones de conducta, baja adherencia al tratamiento y múltiples reingresos. Entre ambos extremos, un amplio abanico con necesidades asistenciales muy diversas y cambiantes a lo largo del curso vital de la persona.

3. Aspectos funcionales de las personas con tmg.

En el caso de las personas con TMG el deterioro o déficit que originan los síntomas se expresa en limitaciones de su actividad que afectan al autocuidado, las relaciones sociales y familiares, la organización de las actividades de la vida diaria, la actividad laboral, ocupacional y de ocio, etc., y que desembocan en discapacidad en la medida en que sitúan a la persona en desventaja.

Las personas afectadas, especialmente las que carecen de soporte sociofamiliar, terminan por desubicarse, por vivir de hospitalización en hospitalización, en situaciones de grave precariedad económica y en la marginalidad, no tanto como consecuencia de sus síntomas o diagnóstico, sino de los déficit en el desempeño social, en la pérdida de habilidades de roles socialmente valiosos, y que son necesarios para desenvolverse de forma exitosa en la vida en la comunidad. Estas circunstancias, en muchos casos, pueden reconducirse con apoyos.

Como características de la repercusión funcional más significativas cabe señalar:

- 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.
- 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 autocuidados, 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.

Desde la experiencia en la valoración se deben tener en cuenta una serie de aspectos que se resumen a continuación:

- Los problemas de desempeño suelen deberse a dificultades en la comprensión y la iniciativa. Se ha constatado que tres cuartas partes de los problemas de desempeño se relacionan con la iniciativa o comprensión, siendo de menor relevancia los problemas de dependencia relacionados con problemas físicos
- Las personas con TMG tienen peor salud que la población general.
- La mayor parte de los problemas de desempeño en las personas con TMG

requieren supervisión

- Las actividades con mayores dificultades para ser valoradas suelen ser: lavarse, vestirse, mantenimiento de la salud, y tomar decisiones.
- Las actividades con mayor frecuencia de problemas de desempeño suelen ser: lavarse, otros cuidados corporales, mantenimiento de la salud, desplazamientos fuera del domicilio, tareas domésticas, y tomar decisiones.
- Las actividades con menor frecuencia de problemas de desempeño suelen ser: higiene personal relacionada con la micción y defecación y cambiar y mantener la posición del cuerpo
- Las dificultades que impone la escasa conciencia de estar enfermo que caracteriza a las personas con TMG. Este aspecto se traduce en respuestas teñidas de fabulación, aquiescencia y producción de respuestas socialmente aceptadas.

A continuación se abordan estas cuestiones en los dominios descritos en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (OMS, 2001)

3.1 Aprendizaje y aplicación de conocimientos

En personas con TMG está afectada la capacidad de atención, memoria, la cognición social y la resolución de problemas.

Desde la experiencia de la valoración, se constata que tareas como centrar la atención; razonar; resolver problemas; tomar decisiones; aplicar conocimientos; aprender; calcular o la adquisición de habilidades se ven alteradas y disminuidas.

Se citan algunos ejemplos:

- Preguntas: ¿Sabes comprar el pan todos los días?
- Respuesta: “SI”
- Comentario de la personas de referencia: Todos los días se da la indicación de donde está la panadería, pero no se produce aprendizaje. La acción se realiza cuando hay instrucciones antes de la realización de la actividad.

En todas aquellas tareas que implican realización de tareas semi-complejas y complejas; aquellas que requieren iniciativa y energía y/o que requieran rehabilitación debido a un deterioro. Estas limitaciones se asocian en las siguientes actividades incluidas en la BVD teniendo en cuenta que influyen más en el aspecto de la aplicación que en el aprendizaje:

- *Lavarse, otros cuidados corporales, mantenimiento de la salud, desplazamientos fuera del hogar, tareas domésticas y toma de decisiones.*

Las personas con TMG tienen dificultades con la iniciativa en la realización de tareas, ya que esto implica evaluar una situación, decidir sobre ella y planificar su ejecución. Esta situación puede producirse en cualquier de las tareas del BVD y no sólo en aquellas que engloba la actividad de “tomar decisiones”. Además hay que prestar especial atención a que el problema de iniciativa se produzca sólo al inicio de la actividad, lo cual puede implicar sólo una tarea, o bien producirse en más tareas a lo largo de la realización de la actividad completa.

Un elemento a tener en cuenta de la afectación del aprendizaje son las repercusiones que esta deficiencia provoca en la tarea de rehabilitación y recuperación.

Algunos ejemplos significativos:

-. La iniciativa para lavarse, reconocer la necesidad de lavarse. La observación del aseo del entrevistado mediante los sentidos (vista y olfato) puede orientar la valoración. Es necesario siempre precisar con el informante si debe recordársele el aseo.

-. Las dificultades con el cumplimiento del tratamiento se ven afectadas, ya que, se deben aprender pautas de medicación, controlar horarios y tomar decisiones; todo ello sin tener mucha conciencia de que están enfermos.

-. Si en la valoración no es frecuente que se observen problemas de la ejecución física de los desplazamientos, la iniciativa para realizar un desplazamiento así como su planificación puede verse afectada en estos trastornos.

3.2. Tareas y demandas generales.

Dentro de las características del TMG se encuentra la falta de iniciativa, anhedonia, disminución de las capacidades para afrontar el estrés y planificar las alternativas para la búsqueda de ayuda.

Se citan algunos ejemplos:

- Preguntas: ¿Acudes regularmente al centro de día?
- Respuesta: “No”, normalmente estoy cansado y en la cama
- Comentario de la personas de referencia: Necesita que alguien le ayude a despertar y motivar para que acuda.

En esta área se presenta la abulia, la falta de iniciativa y las dificultades de planificación, por lo tanto las actividades afectadas son:

Todo tipo de actividades básicas de la vida diaria, mantenimiento de la salud, desplazamiento fuera del hogar, tareas domésticas y toma de decisiones

El principal eje a rehabilitar es la organización y planificación diaria para mantener una rutina.

La repercusión se observa en el día a día por ejemplo:

- Dificultades en el mantenimiento de la higiene de forma constante llegando al abandono.

- Problemas para seguir el tratamiento psiquiátrico, ya que, deben adecuarse a una rutina con una limitada capacidad cognitiva.

- La toma de decisiones requiere energía e iniciativa, funciones que se ven afectadas en las personas con TMG.

- Las tareas domésticas se ven afectadas por la poca energía, problemas en su planificación y las dificultades en la resolución de problemas

- La iniciativa para activar un desplazamiento así como la planificación es otra actividad que suele depender de otra persona.

Por eso la carencia de estas habilidades conlleva la necesidad de supervisión en este aspecto. En algunas actividades del BVD, como por ejemplo el comer o desplazarse fuera del hogar, la tarea de planificación general se valora en tomar decisiones.

3.3. Comunicación.

Las habilidades de comunicación y las habilidades sociales se ven afectadas en el TMG, estas dificultades se relacionan con la poca expresividad y las dificultades para emitir mensajes a un interlocutor; así como la comunicación interna o consigo mismo.

Se pueden observar en un aplanamiento afectivo, abulia interpersonal y falta de iniciativa, disminuida capacidad de abstracción y una velocidad de procesamiento de la información reducida.

La comunicación afecta las relaciones con el entorno, por lo tanto las actividades afectadas en el TMG pueden ser todas aquellas tareas que tiene elementos tanto familiares como sociales.

Las relaciones sociales se ven muy afectadas; todo lo que es vida social, inclusive el contacto social para una compra o para requerir un servicio es complicado por esta carencia.

Uno de los elementos necesarios para el mantenimiento de la salud es la capacidad de identificar las propias necesidades y poder comunicarlas para recibir apoyo, sin el cual una persona con TMG no podría desarrollarlas.

El apoyo social se ve considerablemente reducido o incluso anulado pues si la persona no trasmite al círculo social éste se va cerrando hasta llegar a no existir, pasando a un aislamiento y posible reclusión en el hogar. En estos casos se puede identificar problemas de desempeño por dependencia en los desplazamientos dentro y fuera del hogar, mantenimiento de la salud, en comprar (de la actividad realizar tareas domésticas) y en tomar decisiones

3.4. Autocuidado.

Una de las mayores deficiencias en el TMG es la referente a las actividades básicas de la vida diaria. Por ejemplo el lavarse y todos los componentes de la higiene; la vestimenta y sobretodo el cuidado de la salud son las áreas con deficiencias más frecuentes, normalmente por consideraciones como que la persona no entiende que se ha de lavar todos los días, o no le apetece hacerlo.

Esta dimensión genera una alta deseabilidad social, siendo lo habitual que estas personas no reconozcan dificultades ni mejoras en su autocuidado que las personas a su alrededor identifican con claridad.

No es habitual que una persona reconozca que es sucio, que no le gusta bañarse y que le parece adecuado oler mal.

En esta área pueden encontrarse situaciones tan particulares como el que una persona sea capaz de bañarse, y aún tomando la iniciativa (cosa que no siempre sucede) tenga dificultades en el tiempo que utiliza para ducharse o en la cantidad de jabón empleado. También se encuentran dificultades relacionadas con el estilo de vida saludable. Las personas con TMG suelen llevar dietas inadecuadas, ya que, la

exigencia que les plantea el llevar un menú puede agobiarles; asimismo se observa un consumo de cigarrillos claramente excesivo.

Un ejemplo:

-. Una persona con esquizofrenia tardaba más de media hora en la ducha y utilizaba 1 litro de gel en cada baño; tenía una sensación de estar muy sucio y por lo mismo intentaba utilizar todo el jabón y el agua posible. Otra situación que puede ocurrir es que el aseo sea rechazado o inadecuado, y requiera supervisión por personal de apoyo para realizar la actividad.

Se deben distinguir las situaciones en que la falta de iniciativa repercute en toda la actividad o sólo en alguna de las tareas. Una actividad de especial atención es comer, ya que la definición de la actividad en la CIF, plantea su realización toda vez la comida está servida. No se incluye ni el ir a comer, ni la planificación de comidas. El hecho de que la persona se encuentre delante de la comida servida puede ser, en ocasiones, un estímulo suficiente para que coma por sí mismo. En otros casos, puede no ser suficiente.

3.5. Movilidad.

La movilidad de una persona con TMG no suele suponer un problema en sí mismo, sino que es la toma de decisiones, la iniciativa, lo que supone el problema en lo que a la movilidad se refiere.

A través de la experiencia se constata que las personas con TMG presentan dificultades para asistir por ejemplo a sus tratamientos debido a los problemas asociados en la planificación de traslados; en la planificación del tiempo requerido; problemas en las habilidades sociales necesarias e inclusive por la presencia de delirios y alucinaciones que se potencian con el contacto con la comunidad.

Las dificultades en la toma de decisiones e iniciativa son las que pueden afectar a la movilidad y suelen dificultar el cumplimiento de las diferentes tareas como por ejemplo una cita médica.

Basándonos en valoraciones anteriores ante la pregunta de si existe algún problema de movilidad la respuesta sería "No", porque se basan en que una persona con TMG puede desplazarse. Sin llegar a darse cuenta de la dificultad en la planificación de trayectos llegando acudir muy tarde a los tratamientos que requieren o en la realización de compras diarias, o en la utilización de espacios públicos.

En cuanto a los desplazamientos se debe considerar la presencia de alguna estereotipia de lugar o de repetición constante y obsesiva de permanecer en algún lugar, repercutiendo esta actuación en la comunidad que le rodea. Las tareas afectadas podrían ser cualquiera del BVD que requiera movilidad para su desempeño, ya sea parcial (en reconocer y alcanzar la ropa y el calzado) o totalmente (acudir a un lugar adecuado- para la higiene personal relacionada con la micción y defecación-). En ciertos casos de extrema gravedad la afectación puede afectar incluso el desempeño de las tareas de cambiar y mantener las posiciones del cuerpo.

Un claro ejemplo:

-. Una persona se pasaba el día mirando por la ventana abandonando esta actividad para desayunar, comer y cenar.

3.6. Vida doméstica.

La vida doméstica es una de las facetas más afectadas en el TMG ya que repercute en la unidad de convivencia.

Además normalmente la persona con TMG ha de realizar actividades dentro del hogar complejas para él, que requieren una serie de tareas periódicas que precisan planificación; también necesita iniciativa y energía, y si la persona convive con familiares hay que ayudar tanto al usuario como a la familia, para que sepan apoyarle y reeducarle en el ámbito doméstico.

La limpieza, las compras para poder vivir; la adquisición de bienes y servicios; las tareas del hogar en general; preparación de comidas, el cuidado del hogar y los objetos e incluso de la ayuda a los demás.

Las personas con TMG se ven con múltiples dificultades para llevar un hogar; suelen tener problemas para el manejo de dinero, planificar compras, cuidar objetos, limpieza de hogar, pago de facturas, tramites domésticos en general, lo más habitual es que necesiten de apoyos para la realización de todas las tareas, en este sentido pueden señalarse ejemplos de personas con síndrome de Diógenes cuya repercusión mediática llega a ser estigmatizante para el colectivo.

Así mismo son frecuentes los problemas por malnutrición, por mantenimiento de una dieta inadecuada, lo que se valora en la tarea correspondiente en tomar decisiones.

3.7 Interacciones y relaciones interpersonales.

Como se ha mencionado anteriormente, las habilidades sociales y de comunicación se ven seriamente afectadas en el TMG; así suelen vivir en situaciones de aislamiento social o marginación.

Las interacciones complejas y en ocasiones hasta las básicas suelen presentar dificultades; esto se traduce en contactos sociales muy superficiales. Asimismo se presentan dificultades al relacionarse con extraños; en las relaciones formales, informales e íntimas, e incluso en las relaciones familiares.

Las repercusiones de los problemas asociados a las interacciones y relaciones interpersonales se refieren al aislamiento social y a la integración en la comunidad.

También existen interacciones comunitarias inadecuadas que alteran el orden público, que en algunos casos son denunciados y tratados por las autoridades públicas.

Las consecuencias más habituales son el aislamiento social, la pérdida de amigos, las relaciones interpersonales se ven dificultadas. Este comportamiento puede repercutir en desempeño negativo por dependencia en actividades o tareas relativas al desplazamiento fuera del hogar, el pedir ayuda ante una urgencia, el comprar y el tomar decisiones.

3.8 Educación, trabajo y empleo, vida económica, transacciones económicas.

Como ya se ha mencionado anteriormente son la capacidad de atención, memoria, la cognición social y la resolución de problemas algunas de las funciones cognitivas más afectadas en el TMG.

Debido a ello, es común que no logren desarrollar una actividad vital adecuada.

El descontrol de gastos es muy habitual en personas con TMG lo que les conlleva un mayor desajuste y mayores necesidades de apoyo para rehabilitarse.

Debido a las afectaciones cognitivas es común que las personas de este colectivo tengan dificultades en todas las actividades que contengan elementos sociales como por ejemplo el trabajo; la capacidad de aprendizaje se encuentra disminuida por la existencia de barreras para lograr la participación en la educación normalizada. Del mismo modo la capacidad de planificación dificulta el desarrollo de la vida económica, ya que, se hace complejo manejar elementos financieros autónomamente. Como ya se ha subrayado: controlar sus gastos.

Debido a los problemas señalados las personas con TMG suelen tener una educación incompleta, carecer de trabajo o mantenerse en trabajos o actividades con apoyos. Requiriendo apoyos para la actividad formativa, laboral, manejo económico y/o doméstico. Su repercusión puede afectar básicamente a tareas englobadas dentro de Tomar decisiones.

3.9. Vida comunitaria, cívica y social.

Se encuentran dos extremos, o no existe vida en comunidad debido al asilamiento y/o la marginación social, o su interacción en la comunidad no es apropiada y por tanto es rechazado.

Son situaciones que suelen caracterizar la vida de las personas con TMG (vida social que transcurre enmarcada en contexto de cuidados y apoyos socio-sanitarios)

Debido a la falta de iniciativa y la pérdida de capacidad de disfrute no se desarrollan actividades de ocio y tiempo libre, y sólo algunos satisfacen adecuadamente necesidades de alto nivel como las relacionadas con la espiritualidad o la participación social.

Muchas veces algunos de los derechos humanos se ven afectados, teniendo serias dificultades en la autonomía y la posibilidad de controlar el propio destino.

Las personas con TMG para participar en la vida comunitaria y cívica, se suelen encontrar con situaciones de marginación y aislamiento. Por ejemplo acceden a recursos de la comunidad o de ocio gracias al apoyo de instancias de rehabilitación.

Las dificultades en la toma de decisiones lleva a que se desenvuelvan en la vida con una autonomía reducida y con mínimas posibilidades de controlar el propio destino; muchas decisiones son tomadas por otros. Su repercusión puede afectar básicamente a tareas englobadas dentro de tomar decisiones.

4. Impacto de los problemas de salud física en las personas con trastorno mental grave

Las personas con TMG tienen peor salud física que la población general, lo que se traduce en una mayor prevalencia de algunas enfermedades que limitan la salud y reducen su expectativa de vida y la calidad de la misma. Son especialmente prevalentes los problemas relacionados con el llamado síndrome metabólico, obesidad, diabetes, dislipemias y enfermedades cardiovasculares y respiratorias.

La evaluación de las limitaciones y de las necesidades de apoyo de las personas con enfermedad mental grave debe incluir de forma sistemática la detección de dichos problemas de salud, y del impacto de los mismos en cada caso individual.

Las personas con TMG requieren a menudo apoyo y supervisión para:

- Cuidados básicos de salud: control de peso, seguimiento de dietas, control de tabaquismo, ejercicio físico, revisiones médicas periódicas, cuidados odontostomatológicos. En ausencia de dicha supervisión, muchas personas afectadas pueden abandonar los cuidados más elementales y sufrir un importante deterioro de su salud física.
- Adecuada administración de medicación y otras medidas para el seguimiento y tratamiento de sus problemas de salud física: antidiabéticos, administración de insulina y controles personales de glucemia, anticoagulación, medicación antiretroviral, etc.
- Asistencia a consultas médicas: reconocimientos periódicos de rutina, consultas con atención primaria y especializada, citas para exploraciones, etc.
- Cuidados de salud para personas con TMG y enfermedad física aguda o crónica que requieran cuidados especiales (cirugía, tratamiento del cáncer, enfermedades complejas y de afectación sistémica, etc.).

5 Recursos y dispositivos asistenciales

La atención a personas con TMG en un modelo asistencial comunitario requiere de una red equilibrada de recursos hospitalarios y extrahospitalarios, sanitarios y sociales, incluyendo:

5.1. Camas hospitalarias-

- Camas Hospitalarias de Agudos: habitualmente ubicadas en Hospitales Generales, dirigidas a tratar las descompensaciones agudas y situaciones de riesgo, con estancias medias reducidas (entre 10 y 20 días)
- Camas Hospitalarias de Media Estancia y Subagudos: con estancias medias de entre dos y seis meses, ofrecen cobertura hospitalaria a personas con síntomas persistentes graves y problemas de conducta que requieren hospitalización prolongada.
- Camas Hospitalarias de Rehabilitación: dirigidas especialmente al tratamiento, en régimen de hospitalización, de personas con evolución crónica y graves déficits funcionales que precisan programas de rehabilitación intensiva y elevado soporte psicosocial.
- Camas Hospitalarias de Larga Estancia: dispositivo asistencial en extinción, a menudo de características más residenciales que terapéuticas. Su existencia ha sido y es muy dependiente de la existencia de recursos comunitarios suficientes. En algunas comunidades autónomas (CCAA) no existen camas de estas características.

5.2. Recursos intermedios. Dispositivos específicos extrahospitalarios de atención a la población con trastorno mental grave.

Para un número significativo de personas con TMG la atención estándar procurada por los servicios extrahospitalarios de salud mental (Centros de Salud Mental) puede resultar insuficiente dada la amplia y compleja gama de sus necesidades sanitarias y sociales.

Los recursos intermedios son dispositivos y actuaciones para personas que ya no requieren de la hospitalización pero transitoria o permanentemente necesitan otros apoyos mientras desarrollan su autonomía para vivir y relacionarse en la comunidad de modo que eviten su desarraigo.

No son sólo un espacio o un dispositivo sino que requieren específicas formas de organización relacionada con la mediación y con la atención continuada para favorecer la integración social, la organización de la vida diaria, los autocuidados, la rehabilitación, y para evitar las hospitalizaciones.

Hacen referencia a un conjunto de dispositivos asistenciales comunitarios que procuran atención continuada, de elevada intensidad, de rehabilitación e integración social, dirigidos de forma preferente a la atención comunitaria de personas con TMG.

En muchos casos suponen la alternativa a la hospitalización prolongada. Incluye a centros y hospitales de día, centros de rehabilitación psicosocial, centros de rehabilitación e integración laboral y programas de seguimiento intensivo comunitario como los de “Tratamiento Aserivo Comunitario”, constituido por equipos de salud mental que atienden a las personas afectadas directamente en la comunidad, y especialmente en su domicilio, con el objetivo prioritario de mantener la adherencia al tratamiento, evitar recaídas y mejorar el funcionamiento psicosocial.

5.3. Recursos sociales y sociosanitarios.

Incluyen programas de inserción laboral, alojamiento (pisos tutelados, minirresidencias), protección de derechos y tutela, respaldo económico, etc.

Las características de algunos de los dispositivos descritos pueden variar de forma importante entre las diferentes CC. AA., tanto en su estructura, recursos, perfil de pacientes y modelo de funcionamiento como en financiación (sanitaria, social o mixta).

6. Abordaje de la valoración.

6.1 Análisis del informe de salud

Es una de las fuentes principales de información sobre la persona con TMG porque nos proporciona datos objetivos de la enfermedad (diagnóstico, evolución), del tratamiento y sus resultados, así como de las dificultades y limitaciones que se traducen en la vida diaria de la persona y del entorno en el que se desenvuelve.

Las personas con TMG requieren una atención especializada. Por ello, los informes de condiciones de salud emitidos únicamente desde los Equipos de Atención Primaria de Salud pueden ser insuficientes para conocer la situación actualizada de la persona desde un punto de vista clínico, de su funcionamiento social, familiar y del uso y acceso a los recursos del entorno, que nos proporcione una visión adecuada de sus necesidades de atención. Por ello, se hace recomendable disponer, por parte del equipo de valoración de la dependencia, de un INFORME ESPECÍFICO DE SALUD MENTAL realizado por los profesionales especialistas que atienden a la persona y que aborde aspectos relativos a las condiciones de salud y condiciones de entorno. En anexo se propone protocolo.

6.2 Objetivos del informe específico de salud mental.

1. Proporcionar los datos diagnósticos que han dado lugar a la consideración de trastorno mental grave de la persona solicitante. Además deberá reportar o añadir un informe complementario de atención primaria que apunte la existencia de otras condiciones de salud afectadas, no exclusivas de salud mental.
2. Recoger la evaluación individualizada de las necesidades y limitaciones detectadas en la evaluación y tratamiento de la persona en el CSM y, en su caso, en los servicios y recursos de rehabilitación psicosocial que participan en su tratamiento.
3. Reflejar la realidad clínica, incluida la salud física, social y de su entorno a través de la especificación de las limitaciones y dificultades que determinan su situación de autonomía personal para afrontar la vida cotidiana y su relación y adaptación al entorno en el que se desenvuelve.
4. Identificar cómo han de ser atendidas esas necesidades, orientando la toma de decisiones de los recursos terapéuticos (servicios sanitarios especializados y sociales) que den cobertura a las necesidades de apoyo y supervisión que mejoren la calidad de vida de la persona. Necesidades que han de ser atendidas en recursos, dispositivos, programas y por profesionales especializados.

5. Indicar el nivel de acceso de la persona tanto a recursos comunitarios normalizados como a recursos de rehabilitación (servicios, dispositivos, programas) sanitarios y sociales, incluidos en el tratamiento integral, necesario y exigible en la atención a las personas con TMG.

6. Proporcionar una guía de apoyo para el desarrollo de la entrevista por parte de las personas valoradoras de la dependencia.

7. Establecer el grado de apoyo con que cuentan la persona con TMG, sus cuidadores/as, la familia, etc.

6.3 Las áreas del informe específico de salud mental.

Los aspectos esenciales que van a aparecer en el informe específico de salud mental y que van a determinar la posible situación oficial de dependencia de la persona con TMG se pueden agrupar en cuatro áreas básicas: área clínica, área de la evaluación funcional, área de evaluación del entorno y propuestas terapéuticas de soporte y apoyo. Presentamos unas tablas (ver anexo más adelante) para facilitar la recogida y presentación de datos.

ÁREA CLÍNICA

Se trata de recoger aspectos de gravedad clínica (psicodiagnóstico actualizado, sintomatología, curso y evolución de la enfermedad, tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico, adherencia al mismo (incluyendo si necesita supervisión o no para la toma de la medicación), nivel de conciencia de enfermedad, vinculación al CSM, presencia o no de alteraciones conductuales, si hay consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), evaluación de funciones cognitivas superiores (atención, memoria, comprensión, orientación, percepción social), antecedentes personales y familiares, personalidad premórbida, rasgos de personalidad.

También hay que recoger la presencia de patologías físicas que pueden sumar limitaciones a las capacidades y habilidades de la persona con TMG en el desarrollo de su autonomía personal. Las enfermedades físicas van a influir, en mayor o menor medida, en el desempeño de la actividad, en la planificación y organización de la actividad diaria, en su funcionamiento social y en el manejo y uso de recursos comunitarios.

ÁREA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL

La evaluación de la capacidad funcional en personas con TMG incluye aspectos como las habilidades para el desempeño de actividades de la vida diaria, ocupación (trabajo /estudios), funcionamiento social y autocuidado. La afectación en estas áreas está relacionada directamente con los aspectos que se recojan en el área clínica.

Es aconsejable indicar el nivel de autonomía/dependencia en la realización de las actividades para la vida independiente, precisando si necesita apoyo y en qué tareas, actividades o cuidados.

El funcionamiento cotidiano de la persona se observa en las limitaciones en la actividad relacionadas con la toma de decisiones, iniciativa y planificación de objetivos, más que en una restricción de tipo físico o intelectual. Para ello, es necesario tener en cuenta que para el desempeño en una actividad determinada, son necesarias:

- Tener la habilidad instrumental (saber hacerlo)
- Tener la habilidad cognitiva. Motivación (querer hacerlo).
- Autoestima (creer que puedes hacerlo)
- Tener la ocasión de hacerlo (poder hacerlo).

ÁREA DE EVALUACIÓN DEL ENTORNO

Uno de los factores determinantes de la discapacidad es el nivel de apoyo necesitado y el recibido. Por ello es importante aquí identificar y concretar los apoyos afectivos y materiales del paciente, la utilización de recursos o las consecuencias derivadas de la imposibilidad de utilizarlos.

Las características del entorno físico (rural vs urbano, situaciones de marginalidad o exclusión, disponibilidad y condiciones de la vivienda) y la accesibilidad a los recursos necesarios para la persona, así como el entorno familiar (soporte afectivo, convivencia y relaciones familiares,) y social que dispone, influyen de manera definitiva en su situación de dependencia. Por tanto, la presencia o no de un apoyo familiar y afectivo favorable, la existencia de una red de apoyo social que suponga un adecuado soporte a la persona, la accesibilidad a los recursos asistenciales, sociales y comunitarios, la disponibilidad de una vivienda digna, de recursos económicos suficientes, las barreras físicas y psicológicas para el desarrollo y organización diaria de su actividad, las características facilitadoras o no de su entorno habitual, etc. condicionan las posibilidades de su autonomía personal y su proceso de recuperación.

La identificación de Barreras / Facilitadores ha de realizarse teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: accesibilidad, desempeño y supervisión.

Los equipos de valoración de la situación oficial de la dependencia han de tratar de determinar de manera objetiva, si los problemas detectados en el desempeño de actividades de la vida diaria, recogidos en cada caso en las áreas del referido informe, corresponden a situaciones de desempeño negativo por dependencia o por otras causas en las actividades y tareas del BVD que correspondan, de acuerdo con la normativa en vigor.

6.4 La entrevista de valoración.

En general se recomienda iniciarla con un saludo y una conversación social breve. Se debe identificar a la persona a valorar, así como tercera persona que deberá obligatoriamente, según la normativa reguladora, actuar como informante complementario (esta puede presenciar la entrevista o bien ser entrevistada de forma independiente). A continuación se puede pedir permiso para el tuteo, presentación de la persona valoradora y centrar la entrevista explicando el motivo de la misma, basándose en el informe de solicitud de la valoración. Limitar el contacto físico a estrecharle la mano, algunos pacientes rechazan otros contactos como una palmada, un roce, etc.

Para la entrevista con una persona con TMG: Se recomienda iniciar con un saludo y una conversación social breve. Pedir permiso para el tuteo, presentación del

entrevistador y centrar la entrevista explicando el motivo de la misma, basándose en el informe de solicitud de la valoración.

Limitar el contacto físico a estrecharle la mano, algunos pacientes rechazan otros contactos como una palmada, un roce, etc.

Situarse cara a cara o de forma lateral y en el lugar que nos indiquen, procurando que el entorno sea tranquilo, seguro y que mantenga la intimidad y privacidad necesarias para que favorezcan la expresión de la persona y su cuidador.

Empatizar con la otra persona, no se trata de sentir lo mismo que el entrevistado sino comprender su experiencia. Informar que se va a mantener la confidencialidad de lo comentado y si se toman notas explicar su finalidad.

Mantener la distancia adecuada, ya que la distancia física crea distancia emocional y la excesiva cercanía puede provocar rechazo por parte del entrevistado.

Utilizar un lenguaje cercano, claro y comprensible, con actitud de escucha, estimular a hablar con gestos de asentimiento o preguntas clarificadoras, cortar con otras preguntas si es repetitivo o incorrecto en respuestas y actitudes. Mantener el contacto visual.

Si se aprecia tensión o ansiedad en el paciente, volver a una conversación banal o hacer un descanso. No manifestar rechazo ante pacientes con aspecto poco adecuado o con alteraciones de conducta.

Estar atentos a la comunicación no-verbal. El lenguaje corporal es involuntario y puede aportar información adicional: expresión facial, postura del cuerpo o de las manos.

Atender a la apariencia de la persona solicitante. Esta aporta información adicional sobre alguna de las actividades de la vida diaria, tales como: Aseo, cuidado personal, adecuación en el vestido a la época del año o a la situación de la entrevista.

Vigilar los aspectos de la conducta y el comportamiento tales como hostilidad, excesiva jovialidad, irritabilidad, tristeza, somnolencia, etc. Asimismo las posibles alteraciones motoras como inquietud, posturas inadecuadas, movimientos o tics no usuales.

Por último debemos mencionar el problema que, en algunas pocas ocasiones, se debe afrontar en la valoración de la situación de dependencia, especialmente cuando se trata de la objetivación de conductas. En este sentido, las personas simuladoras pueden informar problemas que sugieran un trastorno mental y de la conducta, un trastorno físico o ambos.

En el acto de valoración se debe ser consciente de esta posibilidad cuando se evalúen las limitaciones. La posibilidad de obtener compensaciones económicas incrementa la probabilidad de exageración y/o simulación de las dificultades.

Se puede sospechar engaño cuando los síntomas son vagos, mal definidos, teatralizados, inconsistentes o no conformes con los signos y síntomas ya conocidos. Frente al problema de la simulación la historia clínica, los informes previos, la comprobación mental y otras informaciones colaterales disponibles pueden demostrar la presencia de inconsistencias en la naturaleza e intensidad de los problemas de la persona.

A la hora de valorar una posible simulación, también es conveniente considerar la posibilidad de que la simulación se lleve a cabo para evitar una calificación de dependencia, es decir, que la persona con enfermedad mental trate de dar informaciones inexactas, exagere sus capacidades, para ocultar sus propios aspectos discapacitantes, como consecuencia de su nula o inadecuada conciencia de enfermedad.

Características sugestivas de simulación, basadas en el trabajo de Resnick:

- A menudo las personas simuladoras **sobreactúan**.
- Las descripciones de los síntomas y problemas de los simuladores no son claras y **carecen de detalles**.
- Los síntomas de las personas simuladoras son más **repetitivos**. Los síntomas reales son variaciones sobre un tema (p.ej., los sueños recurrentes en el Trastorno de estrés postraumático son variaciones sobre un tema, no repeticiones absolutas del suceso).
- Las personas simuladoras tratan de no contestar cuando se les pregunta acerca de las **estrategias** que utilizan **para hacer frente** a su deficiencia. Los psicóticos o gravemente deprimidos tienen estrategias para afrontar su situación (dar un paseo, hablar con alguien) que les vienen rápidamente a la mente cuando se les pregunta como luchan contra las alucinaciones o la confusión.
- Los síntomas simulados son más **extraños** que los síntomas reales (por ej., en una alucinación visual ven gigantes en lugar de gente de tamaño normal).
- Las personas simuladoras son más propensas a hablar de **aparición súbita**, mientras que las alucinaciones y los delirios suelen aparecer de forma gradual.
- Las personas simuladoras son más propensas a referir síntomas **constantes** (incluso alucinaciones, delirios e deficiencias, que generalmente suelen ser intermitentes).
- Las personas simuladoras parecen pensar que si alguien está “loco” tiene alucinaciones y delirios y que debe presentar necesariamente **deficiencias cognitivas** (trastornos de la memoria y de la concentración). Pueden no saber qué decir sobre cuestiones de memoria, cuando un psicótico sería capaz de responder sin problemas, a no ser que estuviesen gravemente preocupados por fenómenos psicóticos y no fuesen capaces de comunicarse de otra forma más evidente.

(Rogers R, ed. *Clinical Assessment of Malingering and Deception*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Publications; 1997)

Entrevista al cuidador principal: Al aplicar el BVD a una persona con TMG esta puede minimizar sus déficits de funcionamiento, bien porque no los percibe, por la presencia de alteraciones perceptivo-cognitivas, o ser potencialmente capaz pero no serlo funcionalmente, por apatía, falta de interés o conciencia de enfermedad, para realizar las AVD. Por ello es necesario realizar la misma entrevista al cuidador principal para ratificar los datos obtenidos del usuario.

6.5 Evaluación del entorno.

Independientemente de que se haya aportado una evaluación del entorno de la persona a valorar, bien sea en el informe de salud, especialmente si hay un informe específico de salud mental, bien sea en un informe de entorno realizado por los equipos de trabajo social, el equipo de valoración debe considerar como las barreras o

los facilitadores afectan el desempeño de las tareas del BVD. Para ello se apuntan las siguientes consideraciones generales.

Por definición, la dependencia se manifiesta en el entorno de la persona. Las condiciones del entorno son muy importantes para las personas con TMG porque condicionan su **situación presente**, pero también su **evolución**.

Un entorno socialmente acogedor y estimulante, que tenga en cuenta las dificultades funcionales de la persona se comporta como un factor positivo de evolución hacia formas de vida más adaptativas, independientes y satisfactorias. A la inversa, un entorno pobre, hostil y sin expectativas es un factor de cronicidad y deterioro progresivo.

De los 10 factores principales que en la literatura se considera empíricamente que condicionan la evolución futura de la persona, la mitad tienen que ver con factores de la interacción con el entorno:

- Entorno (familiar) favorable y con expectativas realistas de *recuperación*.
- Instauración temprana de tratamiento.
- Adherencia a la medicación y tratamientos psicosociales.
- Buena alianza terapéutica con los dispositivos de tratamiento.
- Buen ajuste premórbido.
- Acceso a tratamiento adecuado, coordinado y continuo.

Para analizar la relación de la persona con el entorno se deben tener en cuenta los factores facilitadores o barreras asociados, entre los que destacan:

Determinar la relación de la persona con el entorno desde la perspectiva de la Rehabilitación Psicosocial (factores personales, vivienda, recursos económicos, servicios, red social, y participación) y los factores facilitadores o barreras asociados.

6.5.1. Factores personales con incidencia en la relación con el entorno.

○**Factores actitudinales:** actitud personal (responsabilidad, conciencia de enfermedad, proyecto vital, expectativa de mejorar, relación con los profesionales). ¿Condiciona el uso de recursos, acceso a servicios o a formas de participación social?

○**Factores asociados a la enfermedad:** ¿los posibles síntomas de la enfermedad (alucinaciones, delirios, deterioro neuro-cognitivo) o efectos secundarios del tratamiento (sedación, obesidad, discinesia), son barreras para relacionarse y colaborar con los cuidadores, profesionales, redes de apoyo, etc.?

○**Hábitos saludables y estilo de vida:** ¿existen hábitos protectores (cuidado personal, buena adherencia a servicios, conciencia de enfermedad)?, ¿existen hábitos problemáticos (adicciones, ludopatía), conductas de riesgo, valores o ideas antisociales?

6.5.2. Vivienda.

•Acceso a la vivienda (propia, familiar, institucional): ¿recibe apoyo para disponer de vivienda? ¿De manera estable? ¿Puede perderla?

- Ubicación: Desde su vivienda (urbana, rural) –puede acceder a los servicios o redes sociales que necesita? ¿Puede acceder a medios de transporte? ¿Existe historia de conflictos vecinales, suele intervenir la policía? ¿Es un barrio o vecindario seguro, se respeta a la persona...?
- Equipamiento: ¿Es salubre (humedad, luz, ventilación)?, ¿dispone de agua electricidad, calefacción? ¿De cocina, nevera, lavadora...? ¿Dispone de teléfono...?
- Limpieza y mantenimiento: ¿mantiene condiciones de habitabilidad – limpieza, animales domésticos...? ¿Existen conductas acumulativas? ¿Dispone de útiles y suministros de limpieza...?

6.5.3. Recursos económicos:

- Disponibilidad: ¿dispone de recursos propios?, ¿son suficientes para las necesidades básicas (alimentación, suministros, transporte, participación social...)?
- Administración: ¿Usa adecuadamente sus recursos? En caso de necesitar supervisión, ¿es esta adecuada (protectora, no arbitraria, respetuosa)?.

6.5.4. Soportes sociales básicos.

La exploración de este área se refiere a la red de soporte social, donde la persona habita y resuelve sus necesidades cotidianas (de alojamiento, alimentación, convivencia...) Usualmente es su familia, pero puede ser institucional o completamente informal (en el caso de personas con TMG sin hogar). Debe explorarse en particular en relación con persona “cuidador principal” o persona que asume la mayor responsabilidad de cuidado.

- Factores relacionados con la carga del cuidado:
 - La persona cuidadora, ¿está sobrecargada – ha tenido que dejar su trabajo, mediatiza su vida, no puede abandonar su rol ni descansar?
 - ¿Aparecen fenómenos asociados con la sobrecarga de la persona cuidadora?: (hostilidad, comentarios críticos, sobre-implicación, toma decisiones que podría tomar la persona con TMG,...)
 - No aceptación de la situación (situación de “rol cautivo” o rechazado)
- Factores socio-demográficos relacionados con las personas cuidadoras:
 - Edad: temprana o avanzada (es un hijo adolescente, o la red básica se va a debilitar o va a desaparecer a corto plazo), no relación de parentesco...
 - Factores culturales: adecuada o no comprensión de la enfermedad (no identificar los síntomas y discapacidades asociadas – “es un holgazán”, “está así porque quiere”...), interpretación sesgada por factores culturales, étnicos... (“esta hechizado”, “esta poseído”...)
 - Factores protectores de la comunidad; puede haber otros apoyos informales significativos. (“dispone de planes de contingencia, ¿con quién puede usted contar si le sucede algo en ausencia de...? (cuidador principal). Estas figuras pueden ser miembros de comunidades religiosas, familiares, vecinos, voluntarios, conserje de la vivienda..., etc.

6.5.5. Acceso a servicios.

Se trata aquí de explorar los factores (barreras, facilitadores) relevantes de los servicios y prestaciones necesarios para que la persona pueda tener una evolución positiva hacia la recuperación y/o evitar el deterioro.

- Servicios sanitarios (médico de familia, acceso a medicamentos, a atención especializada, posibilidad de hospitalización media estancia, u otros recursos de tercer nivel en caso necesario)
- Servicios especializados en Rehabilitación Psicosocial: ¿dispone? ¿son accesibles?
- Servicios sociales (información, acceso a derechos, prestaciones, programas de formación, acceso al empleo –protegido, apoyado...) beneficios derivados de la valoración de discapacidad)
- Deportes, ocio y actividades culturales

La existencia de barreras o factores facilitadores se deducirán de considerar:

- Actividades formativas y educativas
- Accesibilidad (existencia, distancia al domicilio, lista de espera, disponibilidad de plazas...)
- Calidad (servicios adecuados a la situación, coordinación...).

6.5.6. Factores del entorno para la protección y participación.

La participación social de la persona es modulada por factores del entorno que, de nuevo, pueden operar como facilitadores o barreras:

- Participación social espontánea: su red de soporte básico (familia, institución), ¿apoya su participación social (planificar salidas, tener amigos, disponer de su ocio)?, ¿lo facilita (acceso a dinero, transporte, teléfono...)?
- Participación social organizada: ¿accede, participa, recibe apoyo de asociaciones de personas con similares problemas. EJ. Asociaciones de la red FEAFES.

6.5.7. Estigma social.

Su entorno ¿pone barreras a su participación debido a la atribución social injustificada de estereotipos? (es “peligroso”, “agresivo”, “incapaz”, o “impredecible”).

6.5.8. Protección legal.

En el caso en que haya medidas judiciales de protección que restrinjan su capacidad de obrar (incapacitación legal, curatela), ¿está esta medida operando adecuadamente?; las personas o instituciones responsables (tutores, agencias de tutela), ¿son accesibles, idóneos, actúan con la debida diligencia? ¿existen garantías para el respeto de los derechos del usuario (protección legal y respeto al derecho de contradicción y oposición en caso de propuesta de medidas que limiten los derechos de la persona...), de protección y defensa jurídica adecuada en situaciones de litigio?

6.5.9. Valoración de factores facilitadores o barreras relevantes para la situación general de la persona.

AREA	FACILITADORES	BARRERA
FACTORES PERSONALES Actitud, tratamiento, factores asociados a la enfermedad, hábitos.		
VIVIENDA Accesibilidad, ubicación, seguridad, equipamiento, mantenimiento.		
RECURSOS ECONOMICOS Acceso a dinero, necesidad de supervisión.		
SOPORTES SOCIALES Carga, actitud, idoneidad de los cuidadores.		
ACCESO A SERVICIOS Sanitarios, sociales, especializados en RPS.		
PARTICIPACION Y PROTECCION Espontánea, organizada, estigma, garantía de protección legal.		

7. Posibles repercusiones en el desempeño de las tareas del bvd

Debemos recordar que cuando nos referimos al colectivo de personas con Trastorno Mental Grave (TMG) nos estamos refiriendo a un conjunto de personas muy heterogéneo, pero que presentan tres elementos comunes:

- *En primer lugar se ha llevado a cabo un diagnóstico clínico de patologías que entran en el grupo de las psicosis (fundamentalmente Trastorno Esquizofrénico y Trastorno Bipolar), pero también otros diagnósticos relacionados –tal como se ha visto al inicio de la guía-.*
- *En segundo lugar, dicho diagnóstico presenta una persistencia en el tiempo de 2 o más años.*
- *Y, en tercer lugar, deben presentar graves dificultades en el funcionamiento personal, laboral y social debidas a estos diagnósticos.*

De este modo se puede afirmar que no todas las personas que han sido diagnosticadas de una enfermedad mental entran por ello en el grupo del TMG. En este apartado nos hemos centrado en el abordaje de las posibles consecuencias funcionales de las primeras. En los otros casos, los equipos profesionales deberán acudir a otras guías específicas.

Se incluyen en cada actividad posibles preguntas orientativas que aportan un enfoque positivo de la entrevista que va asociada al baremo pero no debe olvidarse que la aplicación del baremo no es solo una entrevista requiere comprobación y evaluación en cada tarea de la necesidad de apoyos de otra persona en su realización y desarrollo, y la determinación de la frecuencia de los mismos.

Por último se recuerda que las personas con TMG pueden presentar otros problemas de salud graves que comporten necesidades de apoyo personal en actividades incluidas en el BVD.

7.1. Valoración “en comer y beber”

La mayoría de las personas con enfermedad mental pueden realizar las actividades de forma autónoma, sin embargo, en muchas ocasiones requieren de apoyo.

Los profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental han detectado que habitualmente estas personas apenas se alimentan, comen en exceso o tienen malos hábitos alimenticios.

Suelen presentar las siguientes dificultades:

- 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

- No interacción con el resto de familiares a la hora de la comida (no sentarse a la mesa, comer en su habitación...)

No obstante, de acuerdo con las instrucciones de aplicación del baremo, en esta actividad solo se valora si come y bebe de forma adecuada los alimentos servidos; el tipo y cantidad de comida que toma a lo largo del día si no fuera adecuado se valorará en “mantenimiento de la salud”.

La iniciativa para ir a comer y beber, la organización o planificación personal de los horarios, la frecuencia y el tipo de alimentación se considera en tomar decisiones: “decidir sobre la alimentación cotidiana”

Preguntas orientativas:

¿Rechaza los alimentos aunque se los sirvan?

¿Hay algún alimento que no coma habitualmente o por el contrario toma mucho de otros como chocolate, café o coca-cola, dulces, etc.?

¿Suele cortar los alimentos con el cuchillo? ¿Le dicen que los trocee más pequeños?

¿Suele abrir las latas de conserva o botes o pide ayuda para que se los abran?

7.2. Valoración en “higiene personal relacionada con la micción y defecación”.

Tener en cuenta el aspecto de la persona entrevistada. Puede hacer sus necesidades en lugares inadecuados, no limpiarse o no volverse a vestir correctamente por la apatía y desinterés provocado por su enfermedad.

Se ha detectado que suelen presentar las siguientes dificultades:

- Problemas de incontinencia.
- Necesidad de utilizar métodos de contención (como compresas, empapadores, pañales...)
- Con determinados tratamientos farmacológicos tienen la necesidad de ir frecuentemente al baño
- Dejar el baño en unas buenas condiciones y limpiarse correctamente (uso de papel, agua,...)
- Somatizar la ansiedad
- Problemas de estreñimiento
- Problemas en control de esfínteres

Preguntas orientativas:

¿Le cuesta moverse para ir hasta el baño cuándo tiene ganas? ¿En alguna ocasión se le escapa la orina por esperar demasiado tiempo?

¿Alguna vez orina en la calle, en un jardín, etc.? ¿No le da tiempo a llegar al servicio o es por otro motivo?

¿Le llaman la atención por llevar la ropa interior manchada?

¿Se le olvida con frecuencia subirse la cremallera o abrocharse la bragueta?

¿Tira de la cadena, usa papel higiénico, cierra la tapa del inodoro, etc.?

¿Busca la adecuada intimidad a la hora de realizar los actos de micción y defecación?

7.3. Valoración en “lavarse”.

Algunas personas con TMG tienden a sobrevalorar sus necesidades higiénicas. Puede ser importante investigar cuánto tiempo permanece en la ducha, ya que ciertos rituales dificultan el aseo. Preguntar si tiene problemas de piel o de hongos porque puedan estar relacionados con mal secado. Verificar si realiza todas las fases del proceso. En otros casos el problema puede ser que la persona no se lava por sí misma.

Puede ejecutar físicamente las tareas sin ayuda; el problema radica en la falta de iniciativa para mantener una higiene adecuada (bien por exceso o defecto).

Se ha detectado que suelen presentar las siguientes dificultades:

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

Preguntas orientativas:

¿Cuánto tiempo le cuesta ducharse o bañarse? ¿con que frecuencia lo hace?

¿Se acuerda de coger el gel, el champú, la esponja y la toalla?

¿Cierra bien los grifos y los envases al terminar?

¿Tiene problemas de piel en el cuerpo o en los pies?

¿Conoce para qué parte del cuerpo se usa cada producto?

¿Le da mucha importancia a la forma en que se lava? ¿tiene que hacerlo siempre de la misma manera?

7.4 Valoración en “otros cuidados corporales”.

Es frecuente el abandono en todo lo relacionado con cortarse las uñas, lavarse los dientes, el cabello con la frecuencia adecuada.

Se ha detectado que suelen presentar las siguientes dificultades:

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

Preguntas orientativas:

¿Va a la peluquería o se corta y peina el pelo en casa?, ¿Se peina varias veces al día?

¿Cada cuanto se lava la cabeza?, ¿Utiliza algún producto o solo agua?

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes o la prótesis?, ¿Cómo lo hace? ¿Recoge el cepillo, cierra el tubo de pasta, etc.?

¿Necesita ayuda para cortarse las uñas, con qué frecuencia los hace?

¿Alguien tiene que recordárselo o ayudarlo?

¿Es capaz de reconocerlo cuando se le indican deficiencias en el aseo o higiene?

7.5. Valoración en “vestirse”.

En este aspecto debemos tener en cuenta si se hace o no de forma adecuada, en el orden correcto y de acuerdo a las condiciones climáticas y sociales adecuadas. Algunas personas con TMG suelen vestirse con varias prendas superpuestas, colores, adornos o cosméticos inadecuados y no cambian su indumentaria según la temperatura. Consecuentemente, tienden a necesitar apoyo y supervisión para vestirse con ropa limpia y adecuada al contexto.

Se ha detectado que suelen presentar las siguientes dificultades:

- Apatía y desgana generalizada
- Falta de uso de ropa adecuada al tiempo o a la actividad a realizar
- Necesidad de cambiarse diariamente de ropa interior y exterior
- Problemas para detectar si su vestimenta presenta mal estado (suciedad, remiendos, agujeros).
- No adecuación a las condiciones climáticas (abrigarse en exceso)...
- Dormir con la ropa puesta
- Estar en pijama todo el día

7.6. Valoración en “mantenimiento de la salud”.

Debido a la no conciencia de enfermedad suelen incumplir el tratamiento farmacológico, no sentir la necesidad de autocuidado y de prevención de otras alteraciones físicas o de situaciones de riesgo.

Si no toma la medicación saber si es por olvido, porque piensa que no la necesita, le hace daño, por efectos secundarios que le molestan, o por lo contrario tiende a abusar de la medicación.

El autocuidado de la salud física, la prevención y el seguimiento de pautas sanitarias suelen ser deficitarios. Los hábitos perjudiciales para la salud pueden influir en la evolución de su enfermedad mental: beber alcohol, fumar cannabis, consumir otros tóxicos o conductas sexuales de riesgo.

Es proclive a sufrir accidentes caseros, de tráfico por cruzar sin mirar o por zonas no debidas, a caídas por subirse a alturas o por conductas inapropiadas, etc.

Descartar que llame con excesiva frecuencia a emergencias o policía por ideas delirantes de daño (que le roban, que le vigilan o le quieren hacer algún daño).

En este sentido, es importante señalar el apoyo que se les brinda en actividades como: supervisión de la toma de medicación, solicitud de recetas, asistencia a las consultas médicas...

Se ha detectado que suelen presentar las siguientes dificultades:

- 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 (tabaco, hachís...)
- Supervisión en la toma de medicación y administración de los mismos

Preguntas orientativas:

- ¿Sabe qué enfermedad/es tiene y qué tratamiento precisan?
- ¿Toma la medicación bien, se olvida de alguna dosis o necesita tomar más de lo indicado?
- ¿Cuál es la causa de que se le olvide o por qué le molesta tomarla?
- ¿Ha ingresado con frecuencia? ¿Le han tenido que ingresar por intoxicación con medicamentos?
- ¿Sabe cuándo tiene que pedir recetas? ¿Quién pide las recetas? ¿Quién las compra en la farmacia?
- ¿Pide cita a su médico de Atención Primaria? ¿Cuándo fue la última vez?
- ¿Suele ir a su Médico de Atención Primaria en otra ocasión, además de cuando está muy enfermo?
- ¿Cuándo fue la última vez que se hizo análisis o se vacunó?
- ¿Le han indicado alguna dieta, suele seguirla? ¿Sabe lo que puede comer o tiene que evitar?
- ¿Fuma, bebe, toma mucho café, sabe que es un riesgo añadido para su enfermedad?
- ¿Suele tener pequeños accidentes caseros, como quemaduras con cigarrillos, por fumar en la cama, incendios, o en la cocina, caídas, etc.?
- ¿Dónde llamaría si tuviera que pedir ayuda urgente? ¿Ha llamado alguna vez?

7.7. Valoración de “cambiar y mantener la posición del cuerpo”

Generalmente, la persona con TMG no tiene dificultades físicas para cambiar y mantener posiciones. Aunque en casos severos puede presentar pérdida del control físico o situaciones de inactividad total o movimientos anormales involuntarios...

La permanencia en la posición tumbada o acostada es algo bastante frecuente, pero no significa necesariamente una alteración en esta transferencia, podría expresar falta de decisión en “disponer de su tiempo y sus actividades cotidianas.

7.8. Valoración de “desplazarse dentro del hogar”.

Incluye los desplazamientos para vestirse, lavarse, comer, acudir al aseo, acostarse y moverse dentro de la casa, así como la falta de iniciativa o la evidencia de aislamiento social por la inactividad.

Consecuentemente, en este punto debe valorarse si la persona presenta aislamiento social, desorientación y/o pérdida de contacto con la realidad. Físicamente no tienen ningún impedimento para desplazarse dentro del hogar pero si falta de iniciativa e interacción.

Se ha detectado que suelen presentar las siguientes dificultades:

- Aislamiento, pérdida de contacto con la realidad (Este aislamiento con pérdida de contacto con la realidad, provocará la necesidad de apoyo en más de una actividad)
- No interacción con otros miembros
- Dependencia física o emocional del cuidador
- Deambulación: nerviosismo/ hiperactividad
- Necesidad de acompañamiento.

Es importante, también, determinar si reconoce las habitaciones para el uso adecuado, si está orientado/a en espacio y si la movilidad es adecuada, orientada y con iniciativa.

Preguntas orientativas:

- ¿Si tiene hambre o sed pide o exige que se lo traigan o va a por ello a la cocina?
- ¿Suele contestar al teléfono o abrir la puerta cuando llaman?
- ¿Permanece solo en su cuarto o sale a otras habitaciones a ver a su familia?

7.9. Valoración de “desplazarse fuera del hogar”.

Las personas con TMG tienden a afirmar que realizan actos que hacían antes de enfermar como si los estuviera haciendo en estos momentos. Por ello es importante insistir en la frecuencia con que se efectúan, aclarar si la conducta está presente en la actualidad y contrastar la información con la aportada por el cuidador principal. En este sentido, sería conveniente valorar si la persona presenta aislamiento social, desorientación y/o pérdida de contacto con la realidad. Asimismo, hacer hincapié en la necesidad de apoyo que precisa y grado del mismo.

Se ha detectado que suelen presentar las siguientes dificultades:

- 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 (miedos, delirios,...)
- Deambular

Preguntas orientativas:

- ¿Sale de casa solo o acompañado todos los días?
- ¿Pasea solo por los alrededores o va más lejos?, ¿Cuál es el motivo para no ir más lejos?
- ¿Sabría ir solo al parque, o a la plaza, (lejano a su entorno).....?
- ¿Coge el autobús, metro, tranvía, taxi, etc. si va solo?
- ¿Va a la consulta de su médico, de su enfermera o a realizarse análisis u otras exploraciones para cuidar su salud?
- A la hora de desplazarse de un lugar a otro ¿utiliza la ruta adecuada?
- A la hora de desplazarse de un lugar a otro ¿emplea un tiempo desmedido para realizar el recorrido?

7.10. Valoración de “tareas domésticas”.

Si la persona con TMG vive sola, observar el estado de limpieza general de la casa, utensilios de cocina, aspecto de la nevera, así como de la higiene de su ropa personal. Si reside en un alojamiento supervisado no realiza estas tareas por su falta de capacidad y necesita de ayuda para las mismas.

Preguntas orientativas:

- ¿Suele elaborar el menú y decidir lo que hay que comer y comprar?
- ¿Compra alimentos, productos de aseo y limpieza o de eso se encargan su familia o cuidadores?
- ¿Cada cuántos días va a la compra? ¿Qué cosas suele comprar?
- ¿Le mandan a los recados sus familiares?
- ¿Cada cuántos días pone la lavadora?, ¿Suele planchar la ropa?
- ¿Quién ordena los armarios?
- ¿Suele limpiar la casa, tiene ayuda para hacerlo?, ¿Cuánto le duran los productos de limpieza?
- ¿Cuánto dinero dedica a comprar alimentos y productos de limpieza al mes?
- ¿Sabe distinguir el uso adecuado de la utilización de los diferentes productos de limpieza?

7.11. Valoración de “tomar decisiones”.

Recordamos que la persona con TMG, por las características de su enfermedad, suele tener problemas con la toma de decisiones en muchas áreas de su vida. Estar tutelado implica que legalmente se ha reconocido que no puede tomar por sí mismo decisiones importantes sobre el gobierno de su propia vida y precisa la ayuda y supervisión del tutor.

Estar tutelado o tener una incapacidad parcial, por su parte, implica que no es capaz de manejar su economía y sus bienes, o cualquier otra área que señale la incapacidad, precisando ayuda para ello.

No obstante en la valoración deberá determinarse en que tareas de tomar decisiones concurre una necesidad de apoyo personal vinculado a la situación de dependencia tal como está establecido en la normativa del BVD. Las personas con TMG pueden ejecutar físicamente la acción pero pueden necesitar apoyo de otra persona para comprender y conocer los hechos, circunstancias, así como para evaluar los efectos de sus decisiones.

Señalar si se considera que le falta iniciativa o coherencia para realizar las actividades de la vida cotidiana, o tareas ocupaciones, laborales o lúdicas.

Prestar atención a como maneja su economía, si hace compras innecesarias, gasta el dinero compulsivamente o solamente se le asigna una pequeña cantidad diaria para sus gastos.

Explorar si en las relaciones con familia, amigos y conocidos se comunica correctamente o tiene conductas agresivas o de mal control de emociones e impulsos o inadecuadas a las normas sociales. Averiguar si realiza alguna tarea ocupacional, laboral, lúdica o recreativa participando en la planificación o diseño de la misma.

A pesar de que las tareas que se valoran se refieren exclusivamente al hecho de tomar la decisión y no a la posterior ejecución física de las mismas, esta información puede ayudar a comprender la toma de decisiones correspondiente.

Se ha detectado que suelen presentar las siguientes dificultades:

- Apatía y desgana generalizada.
- Falta de uso de ropa adecuada al tiempo o a la actividad a realizar.
- Necesidad de cambiarse diariamente de ropa interior y exterior.
- Problemas para detectar si su vestimenta presenta mal estado (suciedad, remiendos, agujeros).
- No adecuación a las condiciones climáticas (abrigarse en exceso).
- Dormir con la ropa puesta.
- Estar en pijama todo el día.

No obstante en la valoración deberá determinarse en que tareas de tomar decisiones concurre una necesidad de apoyo personal vinculado a la situación de dependencia tal como está establecido en la normativa del BVD.

Preguntas orientativas:

¿La persona con TMG es capaz de realizar las tareas domésticas, de autocuidado, movilidad etc. por iniciativa propia, tienen que recordárselo, sugerírselo o ayudarle?

¿Diría que ha comido al menos dos veces al día durante el último mes?

¿Ha hecho algo que sus familiares o amigos hayan considerado inadecuado?

¿Se irrita con facilidad o ha tenido alguna discusión o pelea?

¿Está tutelado o curatelado? ¿Quién es su tutor o curador?

¿En qué gasta su dinero principalmente? o ¿Nunca compra nada?

¿Le dan asignación diaria, semanal, etc. para sus gastos?

¿Le llega el dinero para varios días o se lo gasta rápidamente?

¿Ahorra algo para otros caprichos?

¿Necesita ayuda para comprar las cosas cotidianas?

¿Pide prestado o tiene deudas?

¿Trabaja, estudia, o acude a un Centro de Rehabilitación, Centro de Día, Programa de Empleo?

¿Realiza alguna actividad de ocio y tiempo libre por su cuenta?

¿Hay algún alimento que no coma habitualmente o por el contrario toma mucho de otros como chocolate, café o coca-cola, dulces, etc.?

8. Cuidados específicos

Se debe tratar de identificar que recursos y apoyos serían necesarios para favorecer la autonomía personal y promover la calidad de vida de las personas con TMG. Para ello, es importante indicar las dificultades que la persona presenta, tanto en la accesibilidad a los recursos asistenciales (servicios, dispositivos, programas) debidas a las características del entorno que le rodea, a sus propias dificultades personales consecuencia de su trastorno mental, como por la falta de supervisión adecuada para desempeñarlas.

Se deben concretar en programas incluidos en servicios y dispositivos de rehabilitación psicosocial (residenciales, laborales, de tiempo libre, de atención domiciliaria, sociales) sin que ello suponga la pérdida de su vinculación con los servicios sanitarios responsables de su tratamiento integral, ni del recorrido individual de la persona a través de su Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR).

Asimismo, cabe destacar todos los servicios que se ofrecen desde el movimiento asociativo de personas con enfermedad mental y familiares, tanto de parte de las asociaciones como de las federaciones o de la Confederación Estatal FEAFES (www.feafes.org): ej. Servicios de información, asesoramiento jurídico, psicoeducación, rehabilitación laboral, actividades de ocio, atención a familias... La participación en el movimiento asociativo genera además sentimientos de pertenencia, facilita la participación social y el acceso a diferentes recursos y servicios. Todos estos servicios suponen un complemento de extraordinario valor a para la adecuada promoción de la autonomía y atención integral a las personas en situación de dependencia como consecuencia de una enfermedad mental.

9. Anexo: modelo de informe específico de salud mental

ÁREA CLÍNICA			
DATOS CLÍNICOS	DESCRIPCIÓN	DIFICULTADES	NECESIDADES
DIAGNOSTICO (CIE-10, OMS)			
Sintomatología			
Inicio, curso y evolución de la enfermedad			
Nº de recaídas/ hospitalizaciones en el último año.			
Estabilidad clínica. Factores de riesgo ante recaídas			
Conciencia de enfermedad			
Alteraciones conductuales			
Consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, tabaco)			
Evaluación del funcionamiento cognitivo (habilidades conservadas vs deficitarias: memoria, atención, comprensión, coord. psicomotora, orientación, planificación)			
Tratamiento psicofarmacológico, adherencia y administración de la medicación (autónomo, supervisado, lo rechaza)			
Tratamiento psicológico/psicoterapéutico			
Auto-concepto (visión de uno mismo, valoración), expectativas personales presentes y futuras			
SALUD FÍSICA: patología, tratamiento médico, seguimiento, atención y cuidados que requiere			
Vinculación al CSM (acude a citas programadas), uso de recursos de rehabilitación.			
ESPECIFICAR qué atención supervisada necesita y cómo puede proporcionarse (recursos asistenciales)			

AREA DE EVALUACIÓN FUNCIONAL		
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, TAREAS, MANTENIMIENTO DE LA SALUD	PROBLEMAS EN EL DESEMPEÑO (Físico /Cognitivo/ Iniciativa)	NECESIDAD DE APOYO PERSONAL (Intensidad: Parcial /completa; Frecuencia: Algunas veces/ bastantes veces/ mayoría de las veces/ siempre)
Hábitos de autocuidado (aseo e higiene personal; imagen y aspecto personal)		
Uso y cuidado adecuado de ropa y enseres personales (limpieza, conservación, orden)		
Autonomía para vivir solo (uso y conservación de la vivienda, voluntad sobre el tipo de convivencia)		
Hábitos relacionados con la alimentación (dieta, tipo y frecuencia de la ingesta, preparación de comida, control de peso)		
Cumplimiento de cuidados especiales (por problemas de salud física u otras discapacidades físicas) y de su estado de salud física general (vacunas, etc.)		
Manejo en el hogar: habilidades en la realización y participación de tareas domésticas (limpieza, orden, frecuencia). Otras discapacidades o dificultades de adaptación al medio doméstico		
Funcionamiento social (inhibición, aislamiento, percepción de necesidades sociales)		
Red social de apoyo (tipo y frecuencia de contactos, existencia de amigos, implicación emocional en las relaciones)		
Manejo y uso del dinero, transporte público, recursos del barrio, recursos comunitarios comunes		
Iniciativa, toma de decisiones y planificación de actividades relacionadas con su núcleo de convivencia, su esfera personal, sus relaciones interpersonales y el entorno		
Nivel de ocupación (laboral, estudios, ocio y tiempo libre)		
ESPECIFICAR qué atención supervisada necesita y cómo puede proporcionarse (recursos asistenciales y sociales)		

EVALUACIÓN DEL ENTORNO			
CARACTERÍSTICAS	DESCRIPCIÓN	DIFICULTADES	NECESIDADES DE APOYO
Entorno físico (rural, urbano, barrio, comunicaciones, distancias)			
Lugar de residencia (vivienda, tipo, pertenencia)			
Prestaciones de la vivienda (condiciones de habitabilidad, adecuación de barreras, etc.)			
Disponibilidad de supervisión de la persona y de su vivienda			
Medios y soporte económico			
Situación legal (tutela, curatela, incapacidad)			
Accesibilidad a recursos del barrio (tiendas, centro de salud, lugares de ocio, recursos comunitarios comunes, etc.)			
Accesibilidad a los recursos sanitarios y sociales de prestación de servicios			
Núcleo de convivencia (solo, con familia de origen, compartida)			
Relación y dinámica con personas de convivencia y/o familiares			
Otros apoyos afectivos y sociales			
Sobrecarga familiar de la persona enferma (incluir también otras circunstancias familiares)			
Apoyos del cuidador principal			
Identificación de otras barreras / facilitadores de: -Accesibilidad -Desempeño -Supervisión			
ESPECIFICAR qué atención supervisada necesita y cómo puede proporcionarse (recursos asistenciales)			

10. Bibliografía

- CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: versión multiaxial para adultos. Organización Mundial de la Salud.
- CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud. Madrid, Meditor. 1992
- Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006). New York. Organización de las Naciones Unidas (ONU).
- <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
- Cuaderno Técnico Nº 6. Rehabilitación Psicosocial del enfermo mental severo. Situación actual y recomendaciones. AEN, 2002. http://www.aen.es/biblioteca-y-documentacion/publicaciones-de-la-aen/doc_download/127-06-rehabilitacion-psicosocial-del-enfermo-mental-severo-situacion-actual-y-recomendaciones
- Documento Técnico Modelo de Atención a las Personas con Enfermedad Mental Grave. IMSERSO 2006. <http://www.seg-social.es/imserso/documentacion/atenerfermental.pdf>
- DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson; 2008.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006). Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, Centro de Publicaciones.
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Gisbert Aguilar, C. (Coord.) (2003): Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento Integral del Trastorno Mental Severo. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios.
- Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Guías de Práctica Clínica del SNS. 2009. <http://www.guiasalud.es/egpc/esquizofrenia/resumida/index.html>
- Guía de Práctica Clínica sobre Intervenciones Psicosociales en las Personas con Enfermedad Mental Grave. Guías de Práctica Clínica del SNS. 2009. http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_453_TMG_ICS_compl.pdf
- Hales, RE; Yudofsky, SC; Talbott, JA (1996) Tratado de Psiquiatría. American Psychiatric Press, Washington DC
- LEY 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

- Maj M. Physical health care in persons with severe mental illness: a public health and ethical priority. *World Psychiatry* 8:1-2 2009
- Quemada Ubis, JL, Eguiluz, I (1994) *Manual de Entrevista Psiquiátrica*, Aran Ediciones SL, Bilbao
- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- <http://www.boe.es/boe/dias/2011/02/18/pdfs/BOE-A-2011-3174.pdf>
- Shea, SC (2002) *La entrevista psiquiátrica: el arte de comprender. Una guía práctica para psiquiatras, psicólogos, orientadores, trabajadores sociales, ayudantes técnicos sanitarios y otros profesionales de Salud Mental*, Ed. Harcout Saunders y Elsevier Science, Madrid
- Vallejo Ruiloba, J; Leal Cercós, C (2005): *Tratado de Psiquiatría vol I*, Ars Médica, Barcelona.