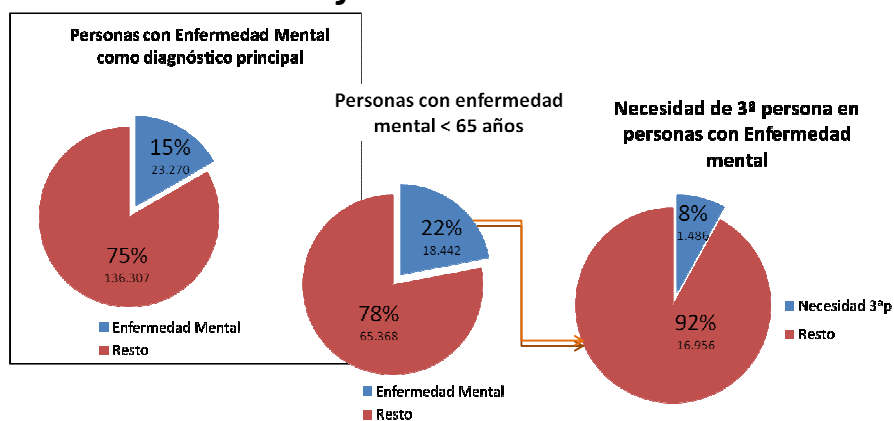


ENFERMEDAD MENTAL

Discapacidad y reconocimiento de la situación de Dependencia en Castilla y León

Valoración de Discapacidad y personas con Enfermedad Mental

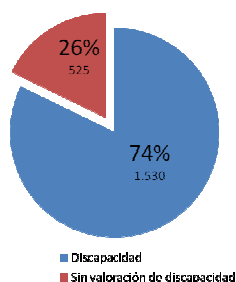


- El 22% de las personas menores de 65 años con discapacidad tiene enfermedad mental
- El 8% de esas personas tiene reconocida necesidad de 3ª persona

Personas con enfermedad mental, discapacidad y dependencia < 65 años

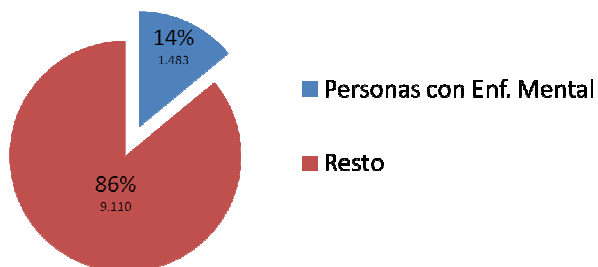
2.055 personas con enfermedad mental han solicitado valoración de dependencia

Personas con solicitud de dependencia con Enf. Mental y Valoración de discapacidad



Personas Dependientes en CyL con Enfermedad Mental

Dependientes < 65 años con derecho a prestaciones

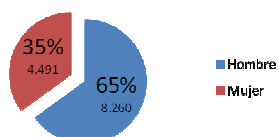


- Del conjunto de Dependientes < de 65 años, el 14% son personas con Enfermedad Mental.
- La proporción es semejante al número de personas con enfermedad mental en discapacidad.

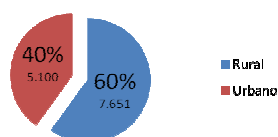
Perfil de las personas con Enfermedad Mental Solicitantes de Dependencia < 65 años

Total de solicitantes de valoración de dependencia CyL

Sexo

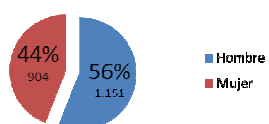


Hábitat (Pob. total)

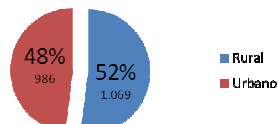


Solicitantes de valoración de dependencia CyL con Enfermedad Mental

Sexo

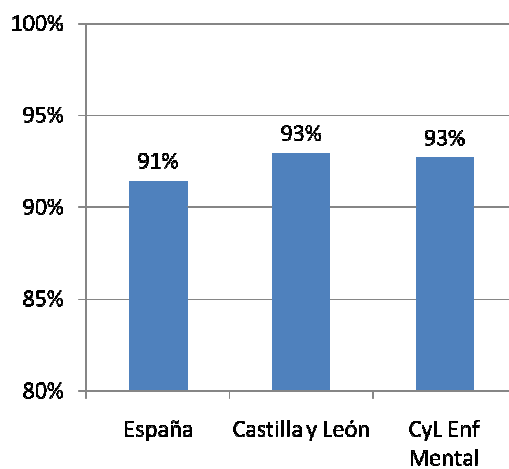


Hábitat



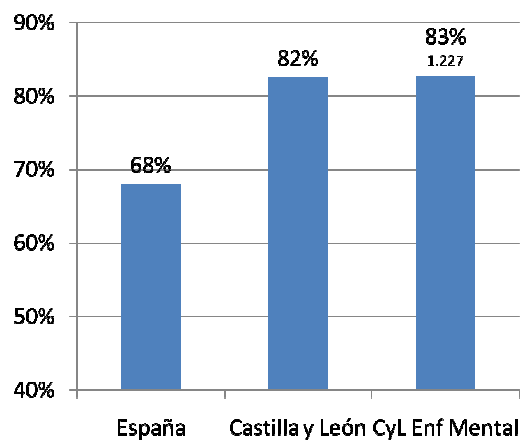
Tramitación de Dependencia de las Personas con Enfermedad Mental

% personas valoradas sobre solicitantes

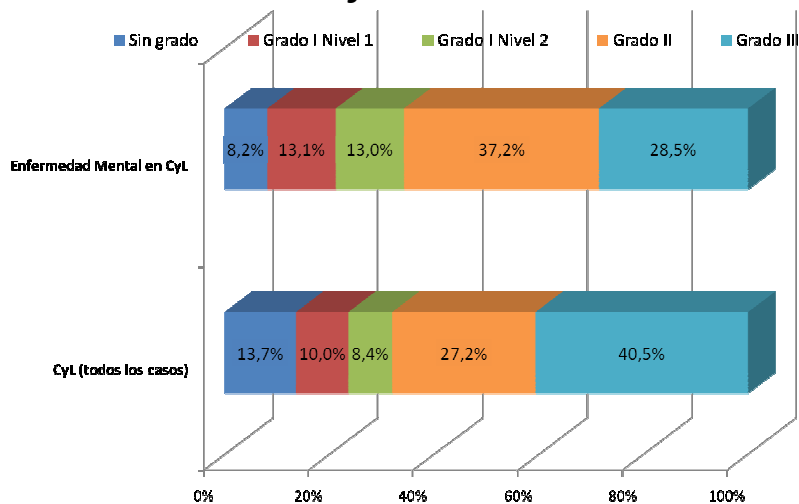


Tramitación de Dependencia de las Personas con Enfermedad Mental

% personas con prestación sobre personas derechos reconocidos

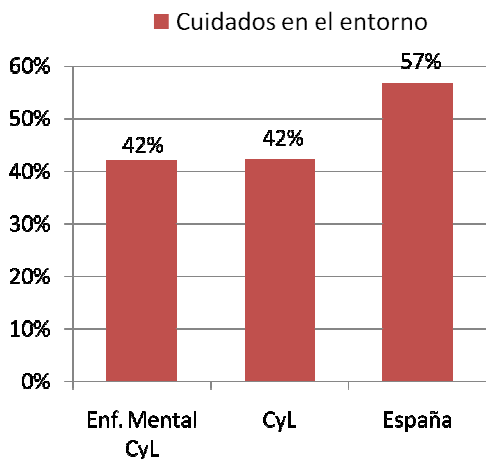


Grado y Nivel de Dependencia de las personas con Enfermedad Mental



- El 92% de las personas valoradas con Enfermedad Mental es dependiente, un % mayor que para el conjunto de personas valoradas.
- La dependencia de las personas con enfermedad mental es menos grave que la del conjunto de las personas valoradas con reconocimiento de la situación de dependencia.

Prestaciones reconocidas en el marco de la atención a las personas en situación de dependencia



Distribución de la atención por servicio	Personas con Enf. Mental CyL	Total Castilla y León
Ayuda a domicilio	17%	25%
Centros Día/Noche	16%	16%
Atención Residencial*	67%	59%

* Incluye viviendas tuteladas y supervisadas

El 8% de las personas con EM con solicitud (103), recibe servicios y no tiene derecho a prestación (50% en atención residencial, 19% en Centro de Día y 31% en SAD)
(35% sin grado, 65% con GIN1)

CONCLUSIONES GENERALES

- En Castilla y León existe una amplia presencia de personas con enfermedad mental entre aquellas que reciben prestaciones del sistema de dependencia.
- Reciben prestaciones con una frecuencia y con modalidades semejantes a la del conjunto de personas en situación de dependencia.
- Existe un alto porcentaje de personas con enfermedad mental atendidas en el sistema de servicios sociales que no solicitan dependencia.
- Deben unificarse los procedimientos de valoración de la discapacidad y de la dependencia ya que toda persona en situación de dependencia es una persona con discapacidad.
- Dado el perfil de las personas en situación de dependencia con enfermedad mental, los servicios de promoción de la autonomía personal son una prestación especialmente adecuados para ellos.
- No obstante, no debe identificarse discapacidad con dependencia. Muchas personas con discapacidad pero sin dependencia tienen necesidad de servicios de P.A.P.
- El sistema de atención a la dependencia no cubre ni cubrirá, cuando esté totalmente implantado, todas las necesidades de P.A.P. de las personas con discapacidad.

DEPENDENCIA Y PROMOCION DE LA AUTONOMIA PERSONAL

- La ley y su normativa da un tratamiento confuso e incompleto de la P.A.P.:
 - La considera sólo para discapacidad intelectual y mental.
 - Vincula la autonomía personal sólo a la integración en la comunidad.
 - Se olvida de la prestación en la definición de las prestaciones del catálogo.
 - El instrumento de valoración no distingue en su resultado entre necesidades de apoyo para las A.B.V.D o para P.A.P.
 - Reconoce sólo el asistente personal para Grado III.
 - Sólo se desarrolla para el Grado I

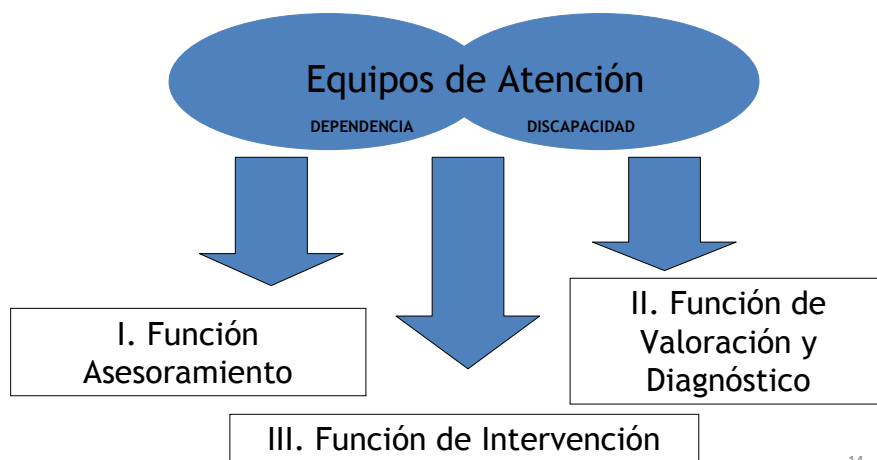
CRITERIOS DE USO DE LA PRESTACION DE P.A.P.

- La prestación de P.A.P debe formar parte intrínseca de todos servicios y en todos los grados y niveles de atención a la dependencia, indistintamente del origen de ésta. Y debe estar claramente identificada en su contenido e intensidad.
- Los servicios de P.A.P previstos deben permitir articular y ordenar las actividades actuales que se realizan en diversos programas y servicios.
- No obstante, deben proporcionarse individualizadamente y de una manera flexible.
- Hay que buscar fórmulas para que las personas que reciban la prestación económica de cuidados en el entorno familiar también reciban apoyo en su autonomía personal, especialmente en el mundo rural.

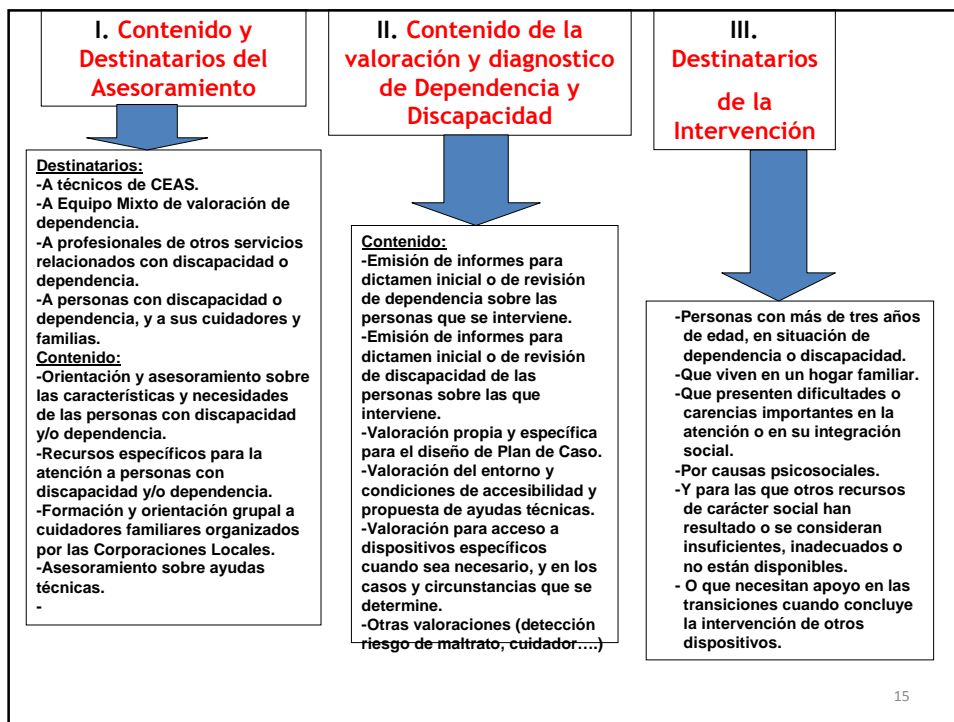
Equipos para la Promoción de la Autonomía Personal E.P.A.P.

13

A) FUNCIONES



14



15

DESTINATARIOS DEL PROGRAMA

• Por causas personales y/o sociales:

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

Causas personales y/o sociales más relevantes:

- Aislamiento.
- Riesgo de desprotección.
- Conflictividad familiar o con el entorno.
- Situaciones de desamparo.
- Situaciones de crisis.
- Nula o baja adherencia al tratamiento.
- Rechazo a la ayuda social.
- Reunificación familiar después de un periodo de atención residencial.
- Desorganización en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
- Riesgo de exclusión social por necesidad de apoyo emocional e inestabilidad psicopatológica.
- Presencia de cuidadores con baja competencia, por carencias de tipo personal o con sobrecarga.

16

DESTINATARIOS DEL PROGRAMA

- **Y para las que otros recursos han resultado o se consideran insuficientes, inadecuados o no están disponibles:**

Para que estos equipos intervengan deben haberse puesto previamente en funcionamiento los recursos habituales disponibles en el sistema de servicios sociales, y deben haberse demostrado como inadecuados o insuficientes, dentro de una estrategia de coordinación en el nivel comunitario con otros sistemas (ej. coordinación sociosanitaria de base).

La intervención de los equipos puede darse simultáneamente con la aplicación de otros servicios y prestaciones que se consideren adecuados aunque insuficientes (ayuda a domicilio, centro de día, prestación económica de cuidados en el entorno familiar ...)

17

PRIORIDADES

Cuando el equipo no pueda atender a todos los casos derivados que cumplan requisitos, éste configurará una lista de espera ordenando los casos en función de la prioridad con la que tienen que ser atendidos, por lo cual se tendrán en cuenta los siguientes

Criterios de preferencia:

- **Gravedad de la problemática psicosocial:**
La atención a situaciones de desamparo y desprotección será prioritaria, así como la atención a las situaciones de conflictividad con el entorno.
- **Gravedad de las carencias de atención:**
La falta de atención a las necesidades básicas (de subsistencia, salud, de carácter social, de desarrollo personal, de autonomía ...) será prioritario para determinar la intervención.
- **Situaciones de Crisis:**
Se priorizará la intervención en crisis.
- **Grado de dependencia:**
Será prioritaria la atención a los grandes dependientes, cuando se combine con otros criterios.
- **Nº de personas dependientes por unidad familiar:**
Cuando se combine con otros criterios.

18

NIVELES DE INTERVENCIÓN

LA PERSONA DESTINATARIA

SUS CUIDADORES NO PROFESIONALES

EL SISTEMA FAMILIAR Y DE APOYO INFORMAL

OTROS PROFESIONALES (auxiliar de ayuda a domicilio, centro de día, etc ...)

LA COMUNIDAD

19

TEMPORALIZACIÓN Y FASES

- Fase de observación: Valoración y establecimiento del Plan de Intervención.
 - **HASTA 2 MESES.**
 - Fase de Intervención.
 - **HASTA 18 MESES(*).**
 - Fase de seguimiento.
 - Desvinculación y conexión con otros recursos.
 - Seguimiento propiamente dicho.
 - **HASTA 6 MESES (*).**
- (*) Considerar los casos con recaídas y alta cronicidad.

20

DERIVACIÓN AL EQUIPO

LA INTERVENCIÓN SIEMPRE REQUERIRÁ UNA DERIVACIÓN PREVIA DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ESTRUCTURAS:

☐ CEAS:

- Cuando considere que su intervención no es suficiente.
- El CEAS valorará si cumple requisitos de intervención y el EPAP determinará la prioridad de la intervención.
- El equipo valora si el caso cumple requisitos de intervención y determina la prioridad y programa de intervención.

☐ EQUIPO MIXTO PROVINCIAL DE SALUD MENTAL:

- En el equipo mixto, la Corporación local determina si cumple requisitos de intervención.
- El equipo de intervención asumirá los casos derivados y determinará la prioridad y programa de intervención en el marco del programa establecido por el equipo mixto y aplicará los criterios de prioridad e intensidad.

☐ GERENCIA TERRITORIAL (determinar situaciones y establecer el circuito):

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

21

CONTENIDOS DE LA INTERVENCIÓN

- Trabajo en Red y coordinación con otros sistemas de protección social, salud, educación...
- Entrenamiento en Habilidades de:
 - Carácter Social.
 - Atención y cuidado.
 - Organización doméstica.
 - Instrumentales.
 - Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD).
 - Solución de problemas.
 - Estimulación cognitiva.
 - Estimulación de la autonomía personal.
 - Autocuidado.
 - Autocontrol y manejo de estrés.
 - Hábitos saludables.
- Estrategias de intervención en crisis.
- Resolución de conflictos familiares.
- Mediación.
- Activación de los recursos de Apoyo Formal e Informal.
- Orientación y asesoramiento.
- Derivación, acompañamiento y conexión con recursos de otros sistemas (salud, educación, empleo, ocio, cultura, etc.), que favorezcan la continuidad en la atención.
- Orientaciones básicas en cuestiones relacionadas con accesibilidad y prevención de accidentes, y conocimiento de cuestiones especializadas relativas a apoyos básicos para lo que recibirán formación en:
- Atención y apoyo al cuidador /familia en cuestiones relacionadas con: hábitos saludables(sueño, alimentación, medicación, ejercicio físico, ocio y tiempo libre..), asesoramiento (problemas conductuales, cuidados del enfermo, cuidado del cuidador, recursos sociosanitarios..), detección e intervenciones en posible situaciones de maltrato

22

COMPOSICIÓN DE LOS EQUIPOS

- **CADA EQUIPO ESTARÁ COMPUESTO POR:**
 - 1 PSICÓLOGO.
 - 2 TITULADOS MEDIOS (preferentemente Terapeuta Ocupacional, Educador Social o Trabajador Social).
 - 86 profesionales en 32 equipos
 - Dependientes de 24 CC.LL. (9 diputaciones y 15 ayuntamientos de más de 20.000 habitantes).
 - Financiados por la Junta de Castilla y León
 - Operativos ya los equipos de 16 de las CC.LL.

23

La Junta proporciona

- **Financiación**
- **Formación**
- **Supervisión**
- **Soporte informático, para gestión, control, seguimiento y evaluación del programa.**
- **Coordinación para garantizar consenso:**
 - En el modelo de trabajo
 - Criterios de funcionamiento
 - Un manual de procedimiento
 - Instrumentos de evaluación y protocolos unificados

24

- **Coordinación con equipos de la Corporación Local:**

- **Con equipos de Intervención Familiar:** Siempre que haya una situación de riesgo de desprotección infantil actuará sólo este equipo que podrá ser asesorado por el Equipo de promoción de la autonomía personal (EPAP).
- **Con equipos de Orientación Sociolaboral:** Éste podrá intervenir directamente con las personas del entorno familiar en la tarea de integración laboral, o asesorará en esta materia al Equipo de Atención a situaciones de discapacidad y dependencia.
- **Con otros Servicios, Centros o Programas de la Entidad Local.**

25

- **Coordinación externa**

- **Gerencias Territoriales de Servicios Sociales:**
 - Centros Base de atención a personas con discapacidad.
 - Secciones de personas mayores, personas con discapacidad y dependencia.
- **Con equipo mixto provincial de salud mental a través del representante de la Entidad Local:**
 - Seguimiento de los casos derivados.
 - Derivación de casos para que sean atendidos en la red integrada de centros.
- **Con equipos de atención primaria, salud mental y equipos de coordinación de base:**
- **Con otras entidades relacionadas con el sector:**
 - Asociaciones de afectados y sus familias.
 - Entidades tutelares.
 - Equipos itinerantes de atención temprana.
 - Programa Individualizado de Rehabilitación Integral (PIRI).
 - Con otras Unidades Administrativas y departamentos: Educación, Empleo, Ocio, etc.

26

ORGANIZACIÓN TERRITORIAL

- Cada **Equipo completo** actuará sobre dos áreas, coincidentes con las áreas de intervención familiar.
- Adscripción de equipos completos a Áreas de Acción Social completas.
- **Medio Equipo** actuará sobre un área.
- Cada **área** estará formada entre **3 y 5 zonas de acción social**. Excepto cuando el número de zonas de una corporación local sea inferior a tres, en cuyo caso las zonas existentes configurarán un área a efectos de este programa.