

¿CLÍNICOS O LEY DE DEPENDENCIA?

CLÍNICIANS OR DEPENDENCE LAW?

Palabras Clave: Ley Dependencia, trastorno mental, valoración.

Keywords: Dependence Law, mental disorder, evaluation.

DECS: trastorno mental, evaluación.

MESH: mental disorder, evaluation.



Autores:

Dña. Soraya Masa Moreno.

Licenciada en Psicología.

Terapeuta Ocupacional en el Centro Socio-sanitario de Mérida, (Badajoz). España.

sorayamasa@gmail.com

Dña. Ángela Domínguez Clemente.

Licenciada en Psicología.

Terapeuta Ocupacional en el Centro Socio-sanitario de Mérida, (Badajoz). España.

angelicadominquezclemente@gmail.com

Como citar este documento:

Masa Moreno S, Domínguez Clemente A. ¿Clínicos o ley de dependencia?. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2013 [fecha de la consulta]; 10(17): [23 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num17/pdfs/original9.pdf>

Texto recibido: 26/09/2012

Texto aceptado: 12/05/2013

Introducción

La entrada en vigor de la Ley 39/2006 ⁽¹⁾, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, ha supuesto la regulación de las condiciones que garantizan el ejercicio del derecho subjetivo de la ciudadanía a optar a prestaciones que promuevan la autonomía personal y atiendan a las situaciones de dependencia. Uno de los colectivos objeto de dicha Ley son las personas con trastornos mentales graves.

El Servicio Extremeño de Salud en 2007 ⁽²⁾, define el Trastorno Mental Grave (TMG) como aquel trastorno mental de duración prolongada y que conlleva un grado variable de discapacidad y disfunción social.

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza una comparación entre el grado y nivel de dependencia reconocido por la Ley, con las valoraciones realizadas por los clínicos que trabajan con doce personas con trastorno mental grave de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria (URH) de Mérida. Posteriormente se estudia el grado de concordancia entre las prestaciones residenciales a las que la persona tiene derecho según la Ley, y aquellas consideradas como más adecuadas por los clínicos. Los resultados muestran necesidad de aunar criterios entre unos profesionales y otros para mejorar la atención a los usuarios según sus circunstancias.

SUMMARY

In this paper a comparison between the degree and level of dependency recognized by the Act with the assessments made by clinicians working with twelve people with severe mental disorder in the Hospital Rehabilitation Unit (HRU) of Merida. Then we study the degree of agreement on the residential benefits to which the person is entitled under the Act, and those considered most appropriate by clinicians. The results show need to build consensus among some professionals and others to improve the service to users on its merits

Esta definición general se puede operativizar sobre los siguientes factores:

1. Diagnóstico. - Según criterios CIE-10⁽³⁾ o DSM-IV-TR⁽⁴⁾ son categorías diagnósticas habitualmente incluidas dentro de la definición de TMG: esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos bipolares,

trastornos depresivos mayores graves recurrentes, trastorno obsesivo-compulsivo grave y trastornos de la personalidad severos.

Quedarían excluidos aquellos casos cuyo diagnóstico principal sea: demencia y otros trastornos mentales orgánicos, retraso mental moderado o severo, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos relacionados con sustancias.

2. Duración Prolongada, en función de uno o ambos de los siguientes criterios:

Tiempo mínimo de evolución desde el diagnóstico de 12 meses y/o

Tiempo mínimo de evolución desde inicio de enfermedad de 24 meses.

3. Con importante grado de disfunción, medida según los siguientes criterios

a. Actividad global funcional evaluada por la EEAG < 60 y

b. Discapacidad funcional evaluada por OMS/DAS > 8

4. De gravedad clínica global apreciable

a. Evaluada mediante ICG > 5.

Desde que ha comenzado la aplicación de la Ley de Dependencia, es un discurso general por parte de los profesionales que trabajamos en salud mental, el decir que las valoraciones de dependencia⁽⁵⁾ no son adecuadas para

las personas con trastorno mental grave, o que el baremo no mide de forma correcta su situación.

Con el fin de arrojar un poco de luz a esta situación, surge la idea de este trabajo, que compara las valoraciones de la Ley con las valoraciones de los profesionales de atención directa, en 12 sujetos ingresados en la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria de Mérida⁽⁶⁾. Dicha Unidad se caracteriza por ser un dispositivo residencial hospitalario destinado a usuarios que necesitan una hospitalización prolongada con el fin de participar en programas de rehabilitación (psicoeducación, afrontamiento de estrés, ocio, actividades de la vida diaria, habilidades sociales) que permitan la recuperación de las habilidades necesarias para la integración en la comunidad. Los sujetos ingresados en esta Unidad participan en programas de rehabilitación con el objetivo de poder acceder a un recurso residencial comunitario de los existentes.

Finalmente, se cotejan las prestaciones residenciales comunitarias a las cuales las personas tendrían derecho según la Ley, y las ayudas de este tipo que las personas necesitarían según el criterio de los profesionales de atención directa.

A este respecto, cabe señalar que en Extremadura existen principalmente dos tipos de recursos residenciales comunitarios para personas con trastorno mental grave; pisos supervisados y centro residenciales de rehabilitación.

Los pisos supervisados son dispositivos adecuados para personas que presentan niveles de discapacidad medio-bajo y requieren supervisión moderada. Por su parte, los centros residenciales de rehabilitación son recursos adecuados para personas que tienen niveles de discapacidad medio-alto y requieren supervisión intensa. Ambos recursos favorecen la independencia de la persona y la vida normalizada en la comunidad.

METODOLOGÍA

El **diseño** utilizado ha sido el estudio de casos de tipo descriptivo. Para ello, se eligió una **muestra** de 12 sujetos ingresados en la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria del Centro socio-sanitario de Mérida (Badajoz) y diagnosticados con alguna patología de las que se consideran dentro de los trastornos mentales graves, y que fueron descritas anteriormente.

Todos los sujetos de la muestra tienen realizada su valoración por la Ley de Dependencia, sin embargo como veremos no todos tienen grado y nivel reconocido. A este respecto es necesario saber que los grados de dependencia más altos, esto es el grado 3 y el grado 2-II son los que tienen más fácil el acceso a centro residencial de rehabilitación, mientras que los grados 2-I y 1-II suelen tener más fácil el acceso a piso supervisado.

Ninguna persona de la muestra padece discapacidad intelectual o demencia.

Los **instrumentos** que se aplicaron a los sujetos fueron la escala HONOS⁽⁷⁾ (Health of the Nation Outcome Scales, 1998) y la Escala BELS⁽⁸⁾ (Original Basic Everyday Living Schedule, 2000)

Ambas son instrumentos de valoración específicos para personas con trastorno mental grave, muy utilizadas en el campo de la rehabilitación psicosocial, y que se centran en valorar autonomía personal y social, y aspectos clínicos esenciales en el manejo de la enfermedad mental. Además, son instrumentos adecuados para medir el funcionamiento de las personas en su vida diaria, aspecto importante de cara a comparar los resultados obtenidos por lo clínicos con los resultados obtenidos por los valoradores de Dependencia, ya que el baremo que se utiliza para determinar el grado y nivel se centra en las actividades de la vida diaria.

La Escala HONOS es una escala de Evolución, cuyas puntuaciones oscilan entre 0-48, siendo las puntuaciones cercanas a 48 indicativas de mayor dependencia. Consta de 12 ítems que hay que valorar de 0 a 4, según la gravedad del problema sea menor o mayor. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la gravedad del problema. Los ítems están diseñados para medir todo el rango de problemas físicos, personales, ocupacionales y sociales asociados a la enfermedad mental, y que se concretan en las siguientes categorías: Problemas conductuales (0-12), deterioro (0-8), problemas clínicos (0-12) y problemas sociales (0-16).

Por su parte la Escala BELS, es una escala de habilidades básicas de la vida diaria que cuenta con 26 ítems puntuables de 0 a 4, según sea la independencia de la persona menor o mayor, cuanto mayor es la puntuación de los sujetos, mayor es su independencia. Los ítems se agrupan alrededor de cuatro categorías a saber: autocuidado (max 40 puntos), habilidades domésticas (max 28), habilidades comunitarias (max 16) y actividad y relaciones sociales (max 20). Es una escala muy adecuada para medios institucionales, ya que en cada ítem se valora también la oportunidad que tiene la persona en la realización de las determinadas actividades de la vida diaria.

El *procedimiento* seguido consistió en aplicar los instrumentos antes detallados a cada una de las personas de la muestra. Los resultados obtenidos se pusieron en contraste con los datos arrojados por la valoración de dependencia. De esta comparación se realizó un análisis caso por caso de la situación, de las prestaciones residenciales a las que la persona tiene derecho según la Ley, y de las necesidades que habría que satisfacer según los clínicos.

RESULTADOS

A continuación analizamos los resultados de las valoraciones caso por caso.

CASO 1

En la figura 1 vemos las puntuaciones en la escala BELS que obtuvo el sujeto 1. En autocuidados la persona sacó una puntuación de 19 del máximo de 40, en Habilidades domésticas la persona obtuvo una puntuación de 10 de un máximo de 28, en habilidades comunitarias obtuvo 6 de 16 posible y en actividad-relaciones sociales un 13 del máximo de 20. Es destacable que en autocuidados, habilidades domésticas y habilidades comunitarias la persona obtiene una puntuación por debajo de la mitad de los puntos posibles, lo que indica bastante dependencia en estas áreas.

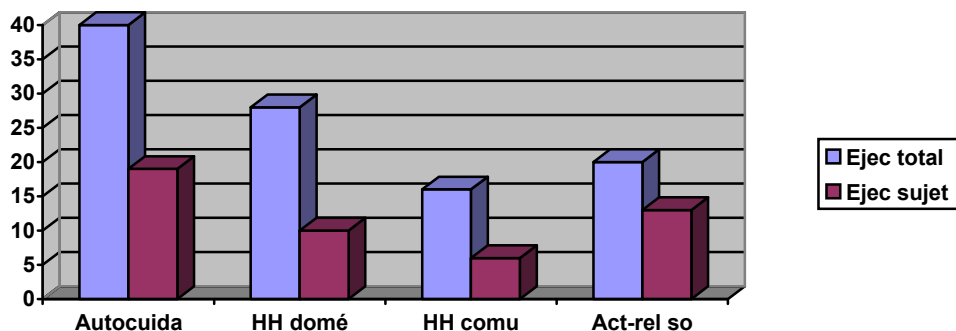


Figura 1- Resultados BELS caso 1

De otro lado, en la figura 2, podemos ver los resultados que la persona obtiene en la escala HONOS. Vemos que en problemas conductuales la persona obtiene una puntuación 4 del máximo de 12, en deterioro un 4 del máximo de 8, en problemas clínicos un 8 de 12 y en problemas sociales un 8 de 16. En este caso vemos que los problemas conductuales son los menos relevantes, si bien la persona tiene más dependencia debida a deterioro, problemas clínicos y problemas sociales.

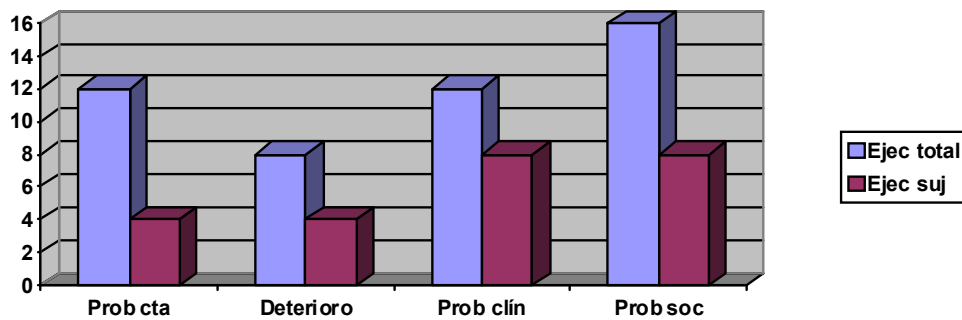


Figura 2- Resultados HONOS caso 1

De otro lado, esta persona tiene reconocido **un Grado 2 nivel I por la Ley de Dependencia**, lo que le daría derecho en Extremadura a un recurso residencial de baja supervisión (piso supervisado). Sin embargo, las evaluaciones de los profesionales (gráficas) nos muestran que esta persona tiene grandes dificultades para vivir de forma autónoma, así como para controlar su patología. Según los clínicos este usuario necesitaría un centro residencial de mayor supervisión, dónde se trabajen los aspectos deficitarios y se le ofrezca mayor control externo.

Por lo tanto, los clínicos y Ley son sensibles a las necesidades residenciales de la persona, si bien la Ley estima un nivel de supervisión inferior al de los clínicos.

CASO 2 En la figura 3 vemos las puntuaciones en la escala BELS que obtuvo el sujeto 2, donde apreciamos que en habilidades domésticas, en habilidades comunitarias y en actividad-relación social la persona muestra déficits importante, tan solo en autocuidado consigue la mitad de las puntuaciones posibles.

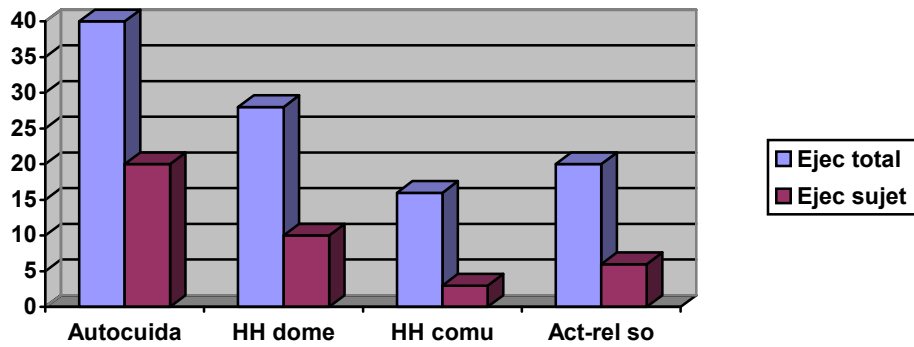


Figura 3- Resultados BELS caso 2

Por otro lado en la Figura 4, tenemos las puntuaciones obtenida por la persona en la escala HONOS, donde destaca la problemática social de la persona.

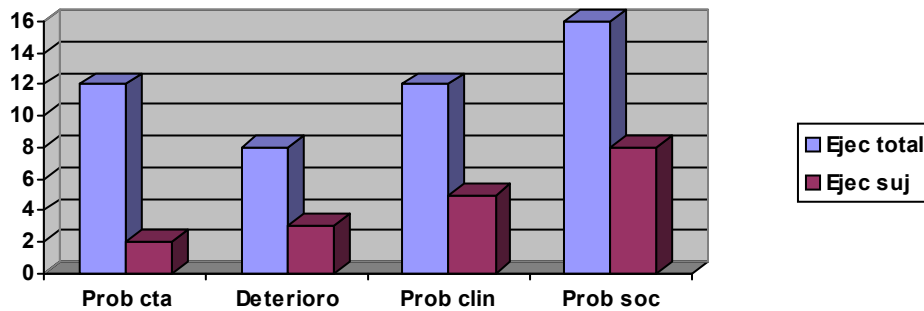


Figura 4- Resultados HONOS caso 2

Esta persona según los valores de la Ley **NO TIENE GRADO de DEPENDENCIA**, resolución con la que los clínicos están en desacuerdo como muestran sus evaluaciones. Sería necesario apoyo y supervisión para que esta persona pudiera vivir de forma autónoma, necesidad que la Ley no reconoce. Esta persona no podrá optar a ninguna prestación residencial de la Ley de dependencia ya que no consigue grado para ello. Sin embargo, actualmente esta persona vive en una Unidad de Rehabilitación Hospitalaria donde se trabajan todas las limitaciones existentes y dónde se encuentran bastantes dificultades relacionadas con el apoyo social que faciliten el paso de esta persona a un recurso comunitario y más normalizado.

Por ello, podemos concluir en este caso que la Ley de Dependencia no es sensible a las necesidades de la persona identificadas por los clínicos, y que son el objeto de sus intervenciones.

CASO 3

La figura 3 nos muestra como esta persona tiene un buen funcionamiento en autocuidados y en actividad-relación social, si bien sus principales problemas se localizan en las habilidades domésticas y comunitarias, aspectos importantes a trabajar desde rehabilitación.

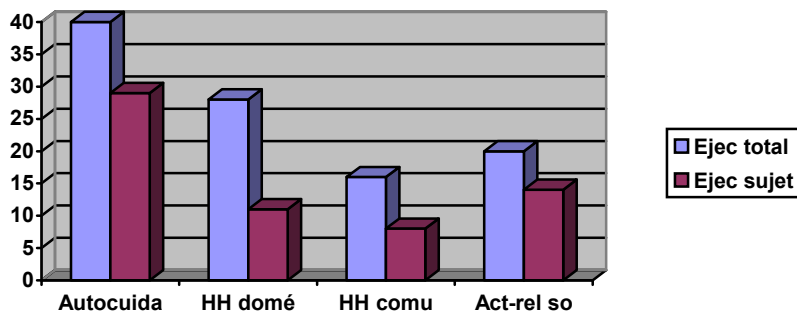


Figura 5- Resultados BELS caso 3

Por su parte la escala HONOS nos permite observar que este sujeto tiene déficits principalmente a nivel clínico a nivel social.

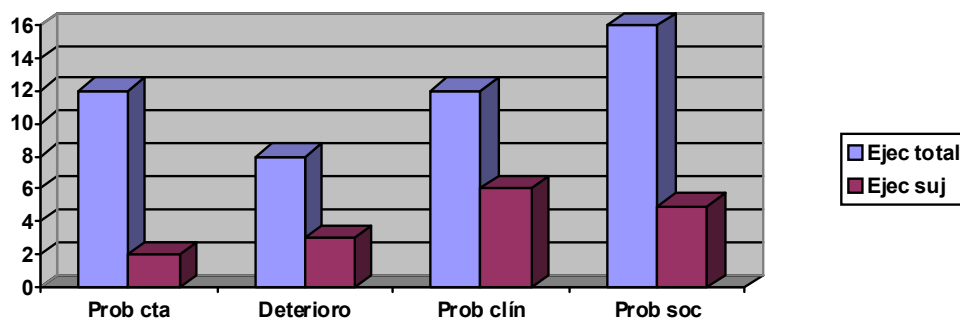


Figura 6- Resultados HONOS caso 3

Por su parte, la Ley de Dependencia **reconoce un Grado 1 nivel II** a este individuo, lo que le daría derecho a un recurso residencial de baja supervisión, a saber piso supervisado. Sin embargo, los clínicos y a la luz de nuestras

evaluaciones pensamos que esta persona necesitaría un recurso residencial con un nivel de supervisión alto, ya que sus problemas clínicos y sociales requieren apoyo y rehabilitación de cara a mejorar su autonomía.

Por tanto, podemos decir que clínicos y Ley detectan la necesidad residencial, si bien los clínicos piensan que es necesario un nivel de supervisión superior al reconocido por aquella.

CASO 4

El sujeto 4, como vemos en la gráfica de debajo, tiene déficits en habilidades comunitarias, si bien el funcionamiento en el resto de áreas de BELS es bastante bueno.

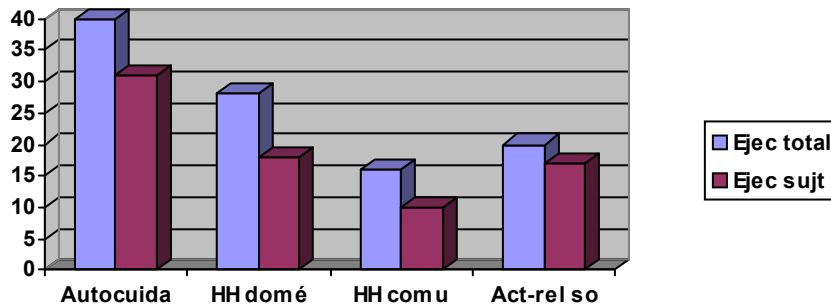


Figura 7- Resultados BELS caso 4

Por otra parte la Prueba HONOS nos arroja que la persona presenta un deterioro reseñable y que las dificultades más importantes son de tipo social.

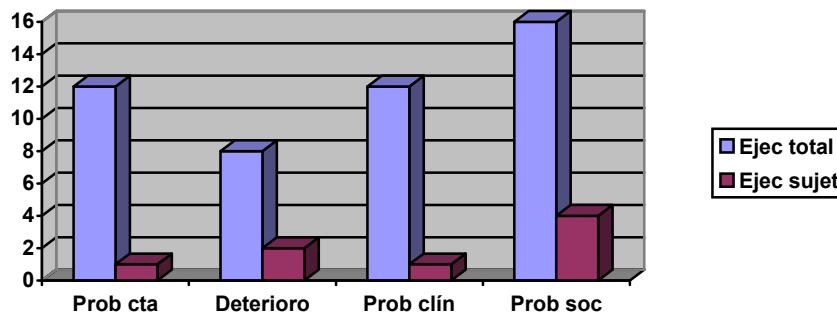


Figura 8- Resultados HONOS caso 4

Finalmente la Ley de **Dependencia dicta que esta persona NO TIENE GRADO DE DEPENDENCIA**, lo que no le da derecho a optar a ninguna ayuda. Esta resolución no coincide con la opinión de los clínicos que destacan los problemas sociales y comunitarios del individuo. Estos déficits hacen muy difícil que esta persona pueda vivir de forma autónoma e independiente en un medio normalizado, sería necesario apoyo y supervisión, necesidad que la Ley no ha detectado.

Por ello, podemos decir que clínicos y Ley están totalmente en desacuerdo en cuanto a la valoración de este caso.

CASO 5

Este sujeto presenta los déficits más importantes en las habilidades comunitarias tal y como nos muestra la figura 9.

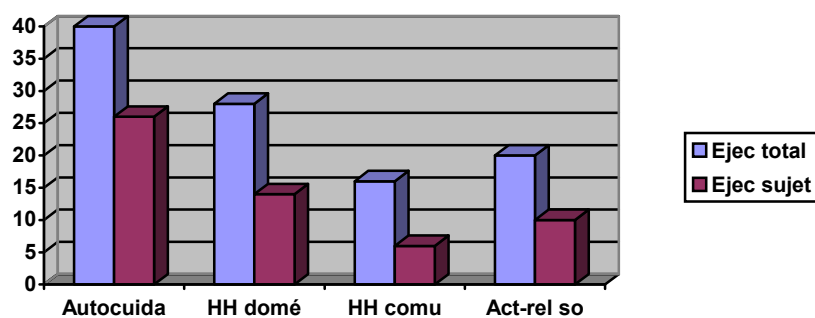


Figura 9- Resultados BELS caso 5

De otro lado la prueba HONOS nos muestra que las dificultades más importantes de la persona se localizan en los aspectos clínicos y sociales.

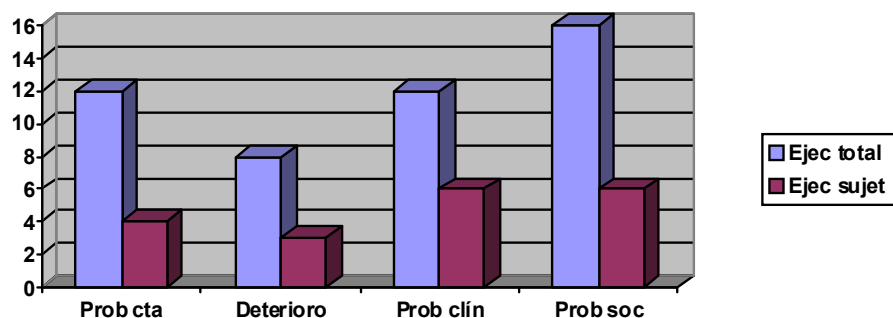


Figura 10- Resultados HONOS caso 5

Esta persona **tiene reconocido un grado 1 nivel II según la Ley**. Como hemos visto, tiene dificultades clínicas y sociales que afectan a sus habilidades comunitarias. Por ello, este sujeto necesitaría un recurso residencial comunitario (tipo piso supervisado) que compensase estas carencias y ayudase en su proceso rehabilitador. La ley contempla también esta situación.

Por tanto, podemos decir que clínicos y Ley coinciden en la valoración de este caso. **CASO 6**

En este caso, vemos que los déficits más importantes de la persona, según la escala BELS, se localizan en habilidades comunitarias y domésticas (fig.11).

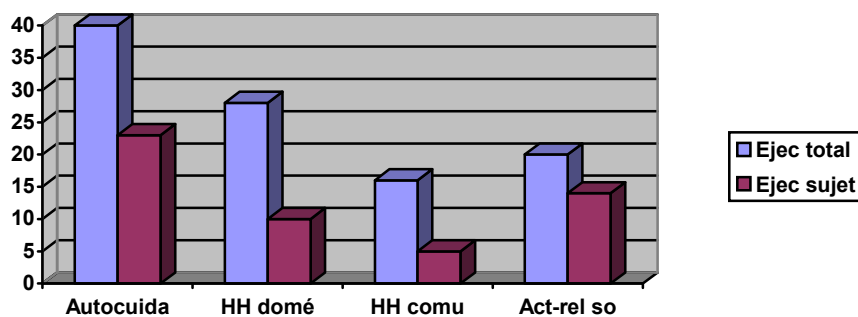


Figura 11- Resultados BELS caso 6

De otro lado, la escala HONOS nos muestra que esta persona presenta problemas sociales y deterioro.

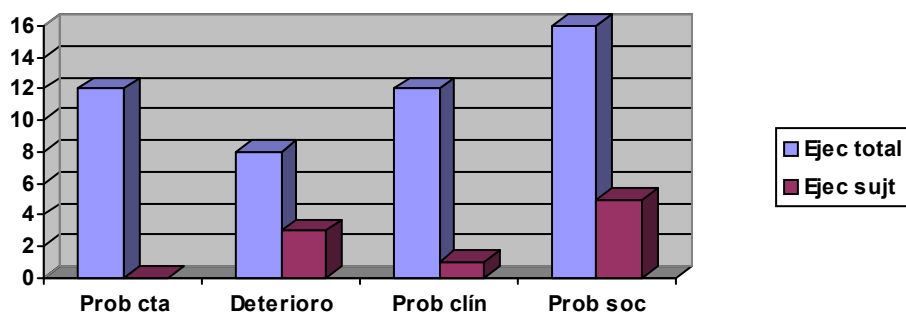


Figura 12- Resultados HONOS caso 6

Finalmente, esta persona tiene reconocido por la Ley de Dependencia **un grado 1 nivel II**. A la vista de los resultados de las valoraciones de los

clínicos, se puede interpretar que parte de las dificultades de este usuario son rehabilitables, y necesitaría un recurso comunitario que facilite la recuperación de habilidades que no posee y compense las que no sea posible rehabilitar (tipo vivienda supervisada). La ley contempla también esta situación y le permite acceder a esta prestación.

Por todo, podemos decir que en este caso Ley y clínicos coinciden en sus valoraciones.

CASO 7

Los resultados en BELS para esta persona nos muestran que las dificultades más importantes para esta persona se localizan en las habilidades domésticas y en las habilidades comunitarias, si bien la persona muestra un buen nivel de funcionamiento en autocuidados y en actividad-relación social.

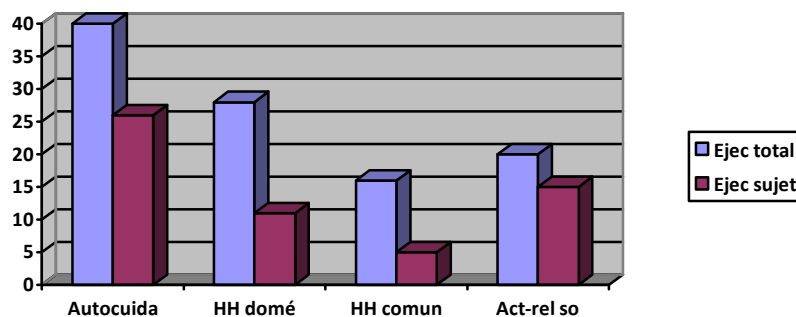


Figura 13- Resultados BELS caso 7

Por otra parte, los resultados en HONOS nos muestra que está persona presenta problemas clínicos de importancia, y también sociales.

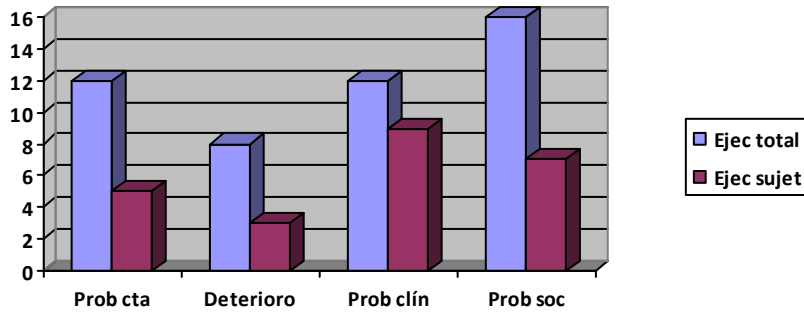


Figura 14- Resultados HONOS caso 7

Por último, esta persona tiene **reconocido un grado 2 nivel I según la Ley**. Este grado daría derecho a la persona a optar a un recurso residencial tipo piso supervisado, sin embargo, las valoraciones de los clínicos arrojan datos que indican que la persona tiene problemas clínicos y déficits en habilidades que dificultarían mucho el manejo autónomo de su enfermedad necesitando supervisión continua. Según los profesionales sería susceptible de un centro residencial de rehabilitación comunitario. La ley por tanto, contempla la necesidad de un recurso residencial, pero de no tanta supervisión. Por ello, en este caso Ley y clínicos coinciden en la necesidad de un recurso residencial, pero no en el grado de supervisión del mismo.

CASO 8

La figura 15 nos muestra que esta persona presenta problemas importantes en las habilidades comunitarias y en actividad relación social, déficits que han impedido hasta ahora su vida autónoma en la comunidad.

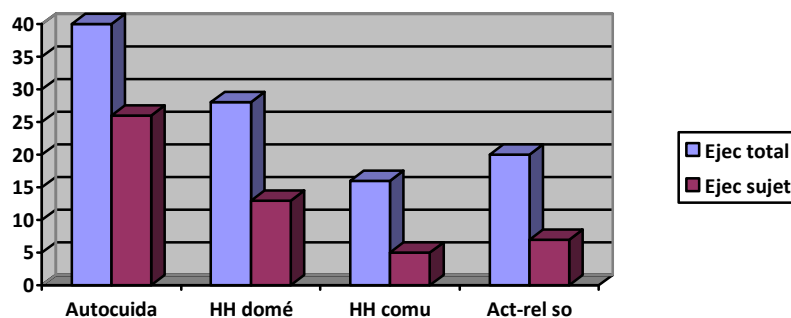


Figura 15- Resultados BELS caso 8

Por otro lado, la escala HONOS nos presenta nuevamente como los déficits de la persona se centran sobre todo en el área social, aunque también presenta problemática clínica y conductual.

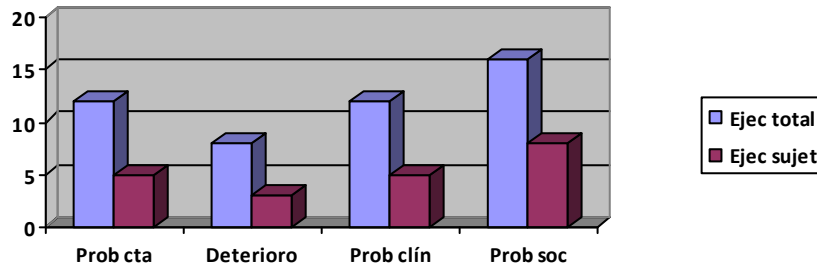


Figura 16- Resultados HONOS caso 8

Esta persona tiene reconocido **un grado 1 nivel 2 según la Ley**. Las evaluaciones de los clínicos han mostrado que este usuario necesitaría bastante supervisión para poder manejarse de forma autónoma en la comunidad, sería susceptible de un recurso comunitario tipo centro residencial.

Podemos concluir que la Ley contempla la necesidad de un recurso residencial, si bien de menor supervisión que la estimada por los clínicos.

CASO 9

Esta persona muestra dificultades importantes en habilidades domésticas y sociales, como nos muestran los resultados de la escala BELS en la siguiente gráfica.

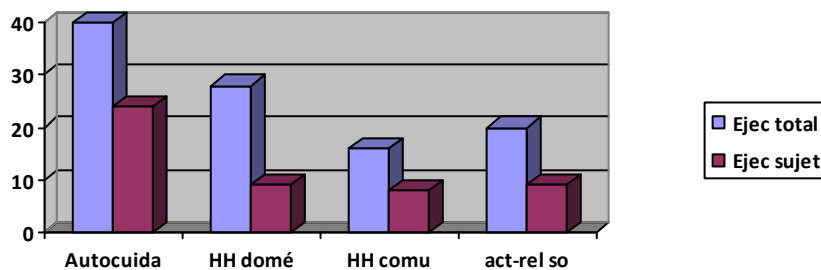


Figura 17- Resultados BELS caso 9

De igual manera, la escala HONOS nos muestra que las dificultades más importantes de esta persona se debe a problemas de conducta y sociales, ambos muy limitantes para permitir la vida autónoma de la persona.

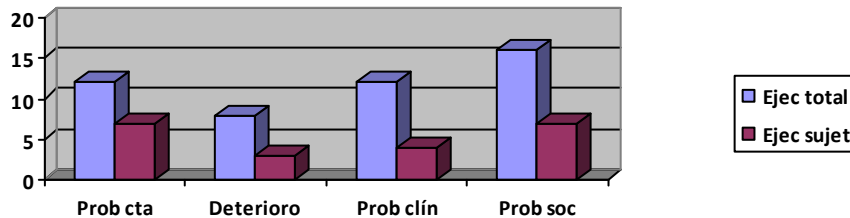


Figura 18- Resultados HONOS caso 9

Finalmente, el sujeto tiene un **grado 2-I de dependencia reconocido**. Este grado reconoce la necesidad de la persona de contar con un recurso residencial para trabajar las limitaciones que posee y supervisar su autonomía. Si bien los clínicos valoran como recurso más adecuado un centro residencial de rehabilitación, mientras que la Ley facilita el acceso a pisos supervisados. Por tanto, decimos que la Ley reconoce las necesidades de supervisión residencial de la persona, si bien en menor grado que la estimación de los clínicos.

CASO 10

Como podemos apreciar en la figura 19, esta persona tiene un buen funcionamiento en autocuidado, habilidades domésticas y actividad-relación social. Es en las habilidades comunitarias donde muestra un rendimiento inferior a la mitad de la puntuación posible.

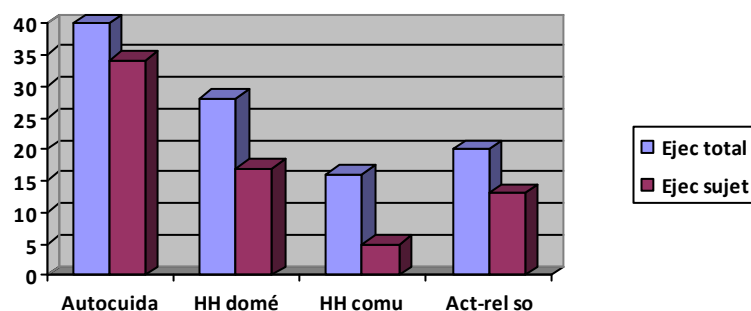


Figura 19- Resultados BELS caso 10

Por otra parte, los resultados de HONOS (fig.20) nos muestra que los principales problemas de esta persona son de tipo social.

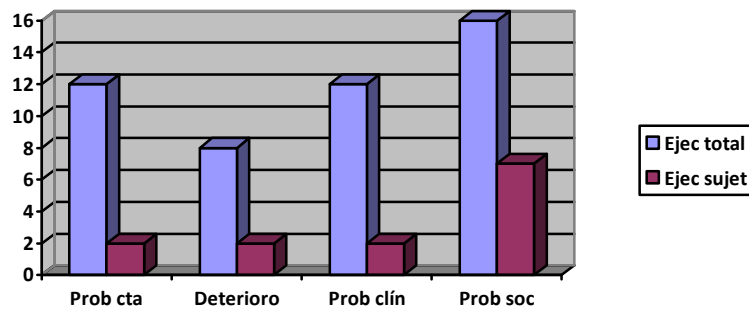


Figura 20- Resultados HONOS caso 10

Por último, este usuario tiene un **grado 1 nivel II por la Ley de Dependencia**, lo que le permitiría optar a un recurso residencial comunitario de baja supervisión. Sin embargo, tal y como muestran las gráficas, esta persona tiene dificultades importantes en habilidades comunitarias y problemas sociales que limitan su vida independiente en la comunidad. Por ello, desde el punto de vista de los clínicos sería necesario un recurso residencial de mayor supervisión, dónde se trabajaran estos aspectos.

Podemos concluir diciendo que la Ley reconoce la necesidad residencial de la persona, si bien con un grado menor de supervisión (piso supervisado) que el estimado por los clínicos (centro residencial de rehabilitación).

CASO 11

En este caso, podemos ver que son las habilidades comunitarias en las que la persona posee dificultades importantes, como nos muestran los resultados en BELS.

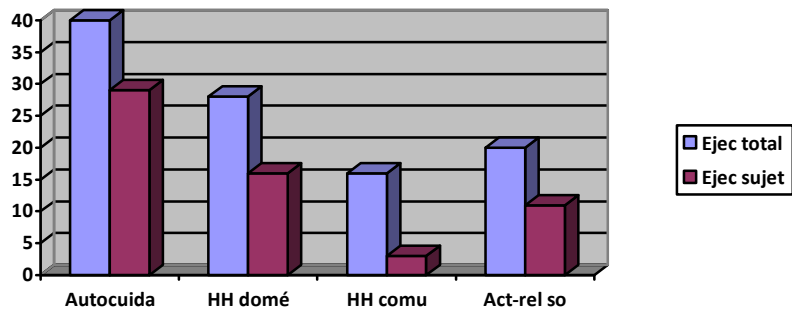


Figura 21- Resultados BELS caso 11

Por otra parte, la gráfica siguiente nos enseña que la problemática de la persona según HONOS se localiza en los aspectos sociales, si bien también está presente aunque en menor medida, cierto deterioro.

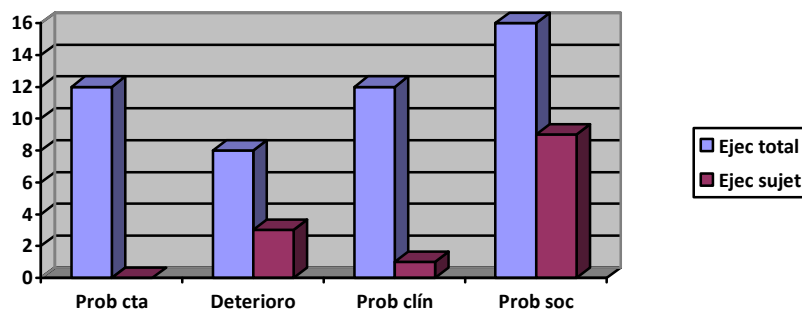


Figura 22- Resultados HONOS caso 11

Para terminar, esta persona **no ha obtenido grado de dependencia** reconocido por la Ley, lo que no le dará derecho a optar a ninguna prestación residencial. Sin embargo, las valoraciones de los clínicos destacan la importancia de los déficits en habilidades comunitarias y de los problemas sociales de la persona que hacen que haya llegado a una Unidad de Rehabilitación Hospitalaria. Aún así, esta persona carece de problemas conductuales y posee habilidades de autocuidado, domésticas... que hacen posible la participación en programas de rehabilitación con el fin de poder acceder a un recurso residencial externo, vía que la Ley no reconoce.

En este caso los clínicos opinan que esta persona sería externalizable a un centro residencial de rehabilitación, y esta situación no es reconocida por la Ley.

CASO 12

Este sujeto presenta déficits importantes en habilidades comunitarias como nos muestra la siguiente gráfica, si bien en todas las demás áreas que evalúa BELS su funcionamiento es bastante bueno.

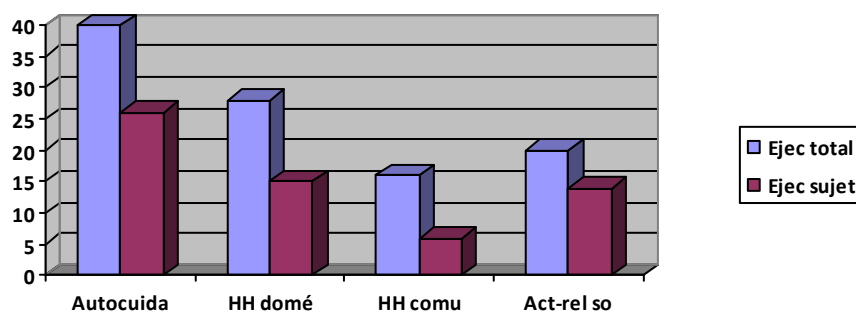


Figura 23- Resultados BELS caso 12

Por otra parte, las puntuaciones en HONOS nos enseñan que esta persona tiene una problemática poco grave, que es un poco superior en lo referente a los problemas sociales.

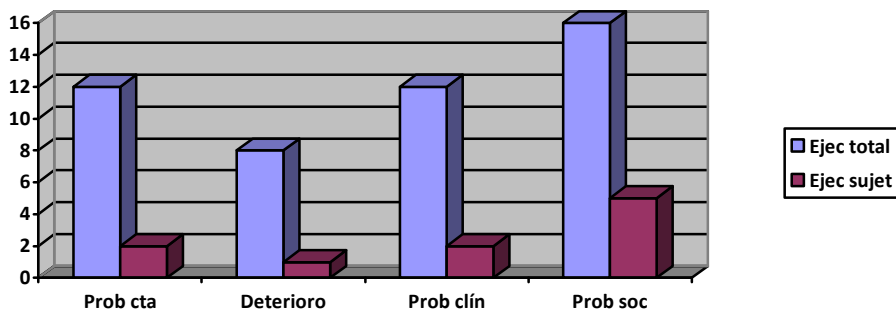


Figura 24- Resultados HONOS caso 12

Este usuario ha sido valorado **por la Ley de Dependencia con Grado 3-II**. Sin embargo, como hemos visto la persona es bastante autónoma como nos

enseñaba BELS y con un manejo de la enfermedad bastante aceptable, como nos mostraba HONOS. Según la ley este usuario sería susceptible de un recurso altamente supervisado tipo centro residencial de rehabilitación, sin embargo, la impresión clínica es que en un recurso residencial de menor supervisión, tipo piso, la persona funcionaría adecuadamente.

Por lo tanto, en este caso clínicos y Ley coinciden en la necesidad de un recurso residencial para la persona, si bien no coinciden en el grado de supervisión del mismo.

CONCLUSIONES

- 1. NECESIDAD DE AUNAR CRITERIOS ENTRE LAS VALORACIONES DE LA LEY Y LAS VALORACIONES DE LOS CLÍNICOS.**- En la figura 25 vemos que solo en un 17 % de los casos hay un acuerdo total entre ambos, si bien desacuerdo total solo hay en el 25 % de los casos, lo cual indica que en el 58% de los casos hay diferencia de criterios que sería conveniente trabajar. Es importante tener en cuenta las valoraciones de los profesionales de atención directa al usuario y detectar qué aspectos valorados por los clínicos no están suficientemente reflejados en la valoración de dependencia.
- 2. LIMITACIÓN DE LA VALORACIÓN "IN SITU" DE LAS PERSONAS CON TMG.**- Es importante contemplar la evolución de la enfermedad a lo largo de los años, ya que es muy cuestionable que una persona con trastorno mental grave que se encuentra en una Unidad de Rehabilitación Hospitalaria tras haber pasado por múltiples dispositivos de atención en salud mental pueda puntuar sin grado de dependencia o con unos niveles mínimos. Justamente ha llegado a este recurso por su falta de capacidad para manejarse de forma autónoma en el entorno, aunque en un medio controlado demuestre lo contrario. Habría que valorar si eliminados los

apoyos y la supervisión a la persona se mantendrían niveles similares de autonomía.

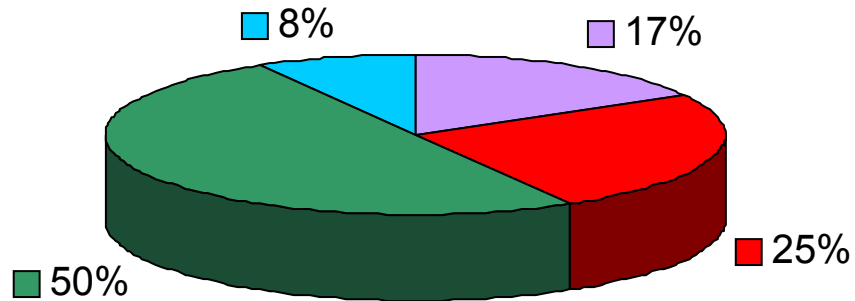
3. ESCASO PESO DE LA SITUACIÓN SOCIAL EN LA VALORACIÓN DE

DEPENDENCIA.- Muchos de los casos analizados tienen grandes problemas sociales que hacen difícil la externalización de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria. Sin embargo, la mayoría son personas que participan en programas de rehabilitación y que poseen capacidades para vivir en recursos residenciales comunitarios. En este sentido, la Ley no ha supuesto un crecimiento importante de recursos de este tipo, por lo que las personas siguen estando institucionalizadas.

4. NECESIDAD DE CONCRETAR MÁS EL TIPO DE RECURSO

RESIDENCIAL.- El tipo de recurso residencial al que pueda acceder el usuario es fundamental para garantizar el éxito de su programa rehabilitador y mantener la mejor calidad de vida posible. La Ley viene reconociendo la necesidad de "un recurso residencial", pero suele haber disparidad de criterio con los clínicos a la hora de establecer el nivel de supervisión del mismo. Es necesario contar con la opinión de los clínicos a la hora de determinar el recurso más adecuado, ya que de éste va a depender en gran medida los objetivos rehabilitadores que se conseguirán con la persona.

Comparación de resultados entre opinión clínica y Ley



- ACUERDO TOTAL: 17%
- MENOR GRADO DE DEPENDENCIA QUE LA ESTIMADA POR CLÍNICOS: 50%
- MAYOR GRADO DE DEPENDENCIA QUE ESTIMADA POR CLÍNICOS: 8%
- DESACUERDO TOTAL: 25%

Figura 25- Comparación valoraciones clínicos y Ley

Bibliografía

- (1) Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 299, (15-12-2006).
- (2) Junta de Extremadura. Cuaderno Técnico de Salud Mental: Programa de los trastornos mentales graves. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz: Junta de Extremadura; 2007.
- (3) Organización Mundial de la Salud. CIE 10 :Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Mediator; 1992.
- (4) American Psychiatric Association. DSM IV-TR: Breviario: Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson; 2003.
- (5) 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. Boletín Oficial del Estado, nº 42, (18-02-2011).
- (6) Junta de Extremadura. Cuaderno Técnico de Salud Mental: Manual de organización y funcionamiento de la Unidad de Rehabilitación Hospitalaria. Subdirección de Salud Mental y Recursos Sociosanitarios. Servicio Extremeño de Salud. Badajoz: Junta de Extremadura; 2008.
- (7) Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R. Presentación de la Traducción al Castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome. (Monografía en internet). [Acceso el 18 de julio de 2012]. Disponible en <http://alberkrip.files.wordpress.com/2008/05/honos.pdf>
- (8) Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. Escala BELS Adaptación del Original Basic Everyday Living Schedule (BELS) (monografía en internet). 2000. [Acceso el 8 de agosto de 2012]. Disponible en <http://www.intras.es/documentos/BELS.pdf>