

# **PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

**Enero, 2005**



**Gobierno de Navarra**  
Departamento de Bienestar  
Social, Deporte y Juventud  
**Dirección General de Bienestar Social**



# INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
I. ANTECEDENTES y marco referencial .....	7
I.1. El Proceso de la Atención en Salud Mental en Navarra.....	7
I.2. La Atención Psicosocial a las Personas con Trastorno Mental Grave en Navarra..	8
I.3. Marco Normativo .....	9
I.4. Complementariedad: Sistema de Servicios Sociales – Sistema de Salud .....	11
II. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA, CUANTIFICACIÓN Y ZONIFICACIÓN .....	12
II.1. Definición de las Personas con Trastorno Mental Grave (T.M.G.) .....	12
II.2. Cuantificación: Población afectada .....	12
II.3. Zonificación de la Comunidad Foral atendiendo Zonas Básicas de Servicios Sociales y sectorización de Salud Mental: .....	13
III. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR T.M.G. ....	17
IV. DESCRIPCIÓN DE RECURSOS ACTUALES Y SU DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA ...	18
IV.1. Recursos de la Red Sanitaria de Salud Mental .....	18
IV.2. Recursos Sociales y Socio-Sanitarios .....	20
V. BALANCE DE LA SITUACION .....	23
VI. MODELO DE ATENCIÓN PROPUESTO .....	25
VI.1. Principios Generales.....	25
VI.2. Objetivos de este modelo de atención.....	27
VII. PROGRAMAS BÁSICOS QUE DEFINIRÁN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON T.M.G.....	28
VIII. PROPUESTA DE CREACIÓN Y DEFINICIÓN DE DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y SOCIAL.....	29
VIII.1. Definición y características de los distintos recursos:.....	29
IX. MODELO DE ORGANIZACIÓN .....	37
IX.1. Sistema de Acceso.....	37
IX.2. Comisiones de Coordinación .....	37
X. CUANTIFICACIÓN Y RECURSOS SOCIOSANITARIOS SOCIALES NECESARIOS...	41
XI. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS A CREAR POR ÁREAS .....	43
XII. FORMACIÓN de profesionales .....	50
XIII. CALIDAD Y MEJORA CONTINUA .....	51
XIV. INSPECCIÓN .....	54
XV. CRONOGRAMA DE ACTUACIONES .....	55
XVI. VALORACIÓN ECONÓMICA.....	56



## **INTRODUCCIÓN**

En estos últimos años, las Instituciones Navarras, las entidades del sector y los ciudadanos en general hemos realizado un esfuerzo importante, primero en reconocer la situación de grave desatención que sufren las personas con trastorno mental grave y, desde ese reconocimiento, un nuevo esfuerzo en plasmar esa necesidad y diseñar los recursos que necesitan, poniendo en marcha algunas iniciativas.

En este contexto, se han trabajado el Plan Socio-Sanitario de Navarra, el Plan de Salud (con el desarrollo del programa de Salud Mental), y el Plan Integral de Atención a Personas con Discapacidad (en este momento en fase de debate).

Sin embargo, debemos reconocer que es necesario dar un nuevo empuje que, sin renunciar a todo lo hecho nos permita avanzar en la creación de dispositivos de actuación.

Así, en el Acuerdo suscrito entre U.P.N. - C.D.N. para la formación de un Gobierno de Coalición para la VI Legislatura 2003-2007, se adquiere el compromiso de definir y poner en marcha los recursos necesarios para la atención a personas con enfermedad mental y a sus familias.

En esta línea, desde el Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud y en colaboración con el Departamento de Salud, proponemos la puesta en marcha de un programa que, recogiendo el marco teórico ya elaborado, consensuado y compartido por todos los sectores implicados, proponga, desde un análisis de los datos reales de necesidades/recursos, la creación de una red básica de servicios implementada fundamentalmente desde el ámbito social. Esta red básica viene a completar la red de recursos socio-sanitarios para enfermos mentales siguiendo un modelo de atención biopsicosocial donde se garantice la asistencia, rehabilitación e integración en la comunidad del enfermo mental grave como ciudadano que forma parte de la misma.

Para realizar esta propuesta, previamente hemos analizado y visitado modelos de otras comunidades autónomas que tienen iniciativas pioneras en esta materia (Andalucía, Asturias, Madrid y Valencia).

En todas las Comunidades Autónomas del Estado español, e incluso en los países europeos que en los últimos años han comenzado a desarrollar programas socio-sanitarios destinados a las personas con T.M.G., los Servicios Sociales tienen un peso específico importante y actúan como impulsores de los programas psicosociales destinados a las personas afectadas y a sus familias.

Las razones fundamentales son dos:

El proceso de desinstitucionalización psiquiátrica supuso la creación de nuevos dispositivos de atención en la red sanitaria (centros de Salud Mental, Hospitales de Día, etc). Sin embargo, recursos como los residenciales o los ocupacionales no se impulsaron de la misma manera.

Por lo tanto, con los años se ha creado un vacío cada vez mayor en este sector, que ha sido compensado en gran medida por las familias que no han tenido más remedio que suplir la carencia de estos recursos.

En este contexto, gran parte de las Comunidades Autónomas han decidido abordar, de forma prioritaria, y desde el ámbito de servicios sociales, los recursos psicosociales, es decir, los residenciales, los centros de rehabilitación psicosocial, los centros de orientación y actividad laboral y otros programas de atención en la Comunidad

Por otra parte, la elección del sistema de servicios sociales como impulsor de programas, tiene que ver con el tipo de servicios que se impulsan, en gran medida son sustitutorios y complementarios de la familia. Y tienen como objetivo la integración social.

El abordaje del trastorno mental grave en todas las comunidades autónomas es indiscutiblemente un abordaje socio-sanitario que exige la coordinación política y técnica de los sistemas de Servicios Sociales y Sanitario para el diseño, la implantación y control de los recursos destinados a las personas con T.M.G.

## **I. ANTECEDENTES Y MARCO REFERENCIAL**

La atención a las personas afectadas por trastorno mental grave (T.M.G.), en el presente Programa, tiene como referencia obligada el contexto en que se va a llevar a cabo, nuestra Comunidad, por lo tanto partimos para la elaboración de este documento del análisis de los recursos existentes en Navarra y su proceso de desarrollo, teniendo en cuenta al mismo tiempo las iniciativas que han llevado a cabo por profesionales y entidades del sector.

### **I.1. El Proceso de la Atención en Salud Mental en Navarra**

El primer antecedente de servicio específico destinado a la atención a personas con trastorno mental grave tiene lugar en Navarra a principios del siglo XX con la creación del Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier (1904), que funcionó ininterrumpidamente como institución manicomial hasta el año 1986 en el que se inició el proceso de reforma psiquiátrica en nuestra Comunidad.

Algunos años antes, en 1982, desde la O.M.S. se advertía ya de importantes cambios en las pautas de atención a las personas con enfermedad mental en base al desarrollo de nuevas investigaciones.

Por otra parte en Navarra, como en el resto del Estado e incluso en el entorno europeo, los Servicios Sociales se desarrollan a espaldas, o al menos al margen del proceso de desinstitutionalización psiquiátrica, dejando absolutamente en manos de la Administración Sanitaria la atención a las personas con enfermedad mental, como se constata en la Ley de Servicios Sociales de 1983.

La experiencia desarrollada en los años posteriores al inicio de la reforma psiquiátrica vino a evidenciar la ausencia de actuaciones en relación con las necesidades sociales y psicosociales del enfermo mental grave, por lo que a partir de 1995, desde la propia red de Salud Mental y desde el sector asociativo se inician actuaciones de análisis de la situación de este colectivo y comienzan a demandar a las instituciones públicas medidas para paliar la grave situación de desatención que sufren las personas con trastorno mental grave y sus familias.

El 27 de junio del año 2000 se aprueba inicialmente por Acuerdo de Gobierno el Plan Foral de Atención Sociosanitaria que tiene entre sus objetivos, el trabajo integral, coordinado y complementario de los Departamentos de Salud-Bienestar Social en la atención a las personas con trastorno mental grave, que se identifica como población objeto de atención sociosanitaria, por la necesidad de cuidados simultáneos de carácter sanitario y social.

Posteriormente, dentro del "Plan de Salud" de Navarra 2001/2005, en el apartado de Salud Mental, se define los diagnósticos identificados como trastorno mental grave y añade que estos diagnósticos conllevan una interferencia social grave y persistente con el requerimiento de cuidados sanitarios y sociales importante, por tanto la red de salud mental debe desarrollar procedimientos de psicología clínica y socioeducativos para mejorar la atención al paciente con trastorno mental grave de modo continuado.

En el año 2003 la Defensora del Pueblo realizó un informe especial que remitió al Parlamento de Navarra acerca de "La atención a la Salud Mental en Navarra" donde se recoge de modo exhaustivo la atención ofertada a este colectivo desde el ámbito público y Tercer Sector, la normativa que regula esa atención, y la normativa existente en relación con la salud mental.

Ese mismo año se crea el Foro de Salud Mental promovido por profesionales de distintos ámbitos de actuación, con el fin de impulsar la sensibilización social y política hacia este colectivo.

Paralelamente al trabajo realizado en Navarra, a nivel Estatal se ha trabajado un documento de consenso promovido por el IMSERSO en el que han participado todas las Comunidades Autónomas, acerca de "La rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave", que se ha tomado como base para la elaboración de algunos planes de Comunidades Autónomas.

El último referente Estatal en esta materia ha sido la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud, habla de la atención sociosanitaria y la define como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos generalmente crónicos que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía y facilitar su reinserción social (capítulo 1, sección 1ª, artículo 14).

## **1.2. La Atención Psicosocial a las Personas con Trastorno Mental Grave en Navarra**

Cuando hablamos de personas con trastornos de salud mental nos estamos refiriendo a un colectivo con una problemática muy heterogénea en el que pueden incidir factores biológicos, cognitivos, emocionales, relacionales y sociales.

Así en el Plan de Salud de Navarra 2001-2005, en el capítulo dedicado a los Trastornos Mentales Graves, distingue entre personas afectadas por un trastorno mental serio definido por la interferencia de algún área en su funcionamiento social, y persona afectadas por Trastorno Mental Grave caracterizado por interferencias en todo su funcionamiento social de manera grave y persistente.



En dicho plan se señala también la falta de operatividad de las coordinaciones establecidas entre los servicios sociales y la red de salud mental, los centros de salud mental se centran en la atención a la situación de enfermedad de la persona con T.M.G., sin que los recursos para atender a las necesidades sociales de este colectivo se hayan desarrollado en Navarra de forma paralela: "Se trata de desarrollar una red de apoyo al enfermo mental y su familia, no estigmatizante, distribuida en el territorio, próxima al medio familiar de origen, y capaz de ofrecer servicios personalizados".

### **I.3. Marco Normativo**

#### **Normativa Nacional**

La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril) en su art. 20, recogía los principios que sustentaron la reforma psiquiátrica que son a su vez orientadores del proceso a seguir en la desinstitucionalización y en la modalidad de recursos nuevos a implantar. Además de la territorialidad, estos principios son:

- ⇨ Desplazamiento del eje de atención: del Hospital a la Comunidad
  - ↳ "La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización".
- ⇨ Sistema de Atención con un Funcionamiento en Red de los Recursos, con las Coordinaciones adecuadas entre los dispositivos
  - ↳ " La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales"
- ⇨ Rehabilitación y Continuidad de Cuidados
  - ↳ "Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales"
  - ↳ Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud (Capítulo I, Sección 1ª, artículo 14), establece la atención sociosanitaria que "*comprende el conjun*

*to de cuidados destinados a aquellos enfermos generalmente crónicos que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía y facilitar su reinserción social".* Identifica las prestaciones de cuidados de larga duración, la atención a la convalecencia y la rehabilitación, estableciendo que la continuidad de servicio deberá ser garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad., dicha Ley establece en sus artículos 1 y 8, que todas las personas con discapacidad (las personas con T.M.G. son personas con discapacidad) deben disfrutar del conjunto de todos los derechos humanos: civiles, sociales, económicos y culturales .y a la igualdad de oportunidades en todos los ámbitos, para ello se deberán adoptar medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de estas personas y conseguir su plena participación la vida política, económica cultural y social.

#### **Normativa Foral:**

La normativa foral específica que regula las acciones en materia de Salud Mental es la siguiente:

Ley Foral 13/1999 de 6 de abril, sobre el régimen de funcionamiento del Centro Psiquiátrico "San Francisco Javier"

Decreto Foral 247/1998 de 17 de agosto, por el que se reestructuran los servicios de día y de rehabilitación psiquiátrica adscritos a la Subdirección de Salud Mental de la Dirección de Atención Primaria y Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

Orden Foral 204/1999, de 30 de diciembre, del Consejero de Bienestar social, Deporte y Juventud, por la que se desarrolla el D.F. 209/1991, de 23 de mayo, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios sociales, clasificándose los servicios de Residencia Asistida para Personas con Enfermedad Mental y los Pisos Funcionales y/o Tutelados para las Personas con Enfermedad Mental.

Acuerdo de Gobierno de 27 de junio de 2000 por el que se aprueba inicialmente el documento del Plan Foral de Atención Sociosanitaria, siendo una de sus áreas de actuación "Salud Mental".

#### **I.4. Complementariedad: Sistema de Servicios Sociales – Sistema de Salud**

Las personas con trastorno mental grave presentan necesidades psicosociales a las que no se puede dar respuesta únicamente desde el Sistema Sanitario de Salud Mental. La dimensión comunitaria (frente a la institucionalización) exige la plena implicación del sistema de Servicios Sociales tal como lo establece la normativa actual, a fin de evitar situaciones de deterioro y marginación.

En este sentido, se estableció en diciembre de 2001 un Acuerdo entre el Instituto Navarro de Bienestar Social y el Servicio Navarro de Salud-Osasumbidea en materia de recursos sociosanitarios en el ámbito de la Salud Mental

Mediante este acuerdo, se trata de avanzar en la coordinación, colaboración y complementariedad entre los servicios Sociales y el Sistema Sanitario de Salud Mental. Entre los Servicios de Salud Mental y sus recursos y los Servicios Sociales, tanto Generales como Especializados, se deben asegurar la continuidad de la atención y de cuidados con una respuesta integral y rehabilitadora a través de las redes de soporte comunitario.

Los Servicios Sociales, que constituyen un elemento esencial en este soporte comunitario, deben desarrollarse adecuadamente superando esa escasa implicación histórica en la atención a las personas con trastorno mental. Por un lado, los Servicios Sociales Municipales o Generales deberán ofrecer las prestaciones sociales básicas y por otro lado, los Especializados deberán responder a las necesidades específicas de rehabilitación psicosocial.

## **II. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA, CUANTIFICACIÓN Y ZONIFICACIÓN**

### **II.1. Definición de las Personas con Trastorno Mental Grave (T.M.G.)**

La definición que cuenta con más aceptación en cuanto a Trastorno Mental Grave (en adelante T.M.G.), es la emitida por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos en 1978, 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 en diversos recursos socio-sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social.

### **II.2. Cuantificación: Población afectada**

Para cuantificar la población afectada como personas con T.M.G., se ha tenido en cuenta la definición anterior.

En el Centro de Valoración, Diagnóstico y Orientación de Minusvalías del Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud del Gobierno de Navarra se han expedido 1.067 certificados de minusvalía por enfermedad mental (únicamente esquizofrenia). No tenemos datos del número de certificados de minusvalía expedidos para el resto de T.M.G. considerados también en este programa. Este dato es sólo una referencia a tener en cuenta y nunca se debe interpretar como un resultado cuantitativo del número total potencial de personas con trastorno mental grave que existe en nuestra Comunidad, ya que muchos de ellos no han solicitado dicho certificado.

Teniendo en cuenta los datos de población Navarra facilitados por el Instituto Navarro de Estadística a 1 de enero del 2003 señalan un total de 578.210 habitantes. Si tenemos en cuenta así mismo el porcentaje asumido por el D.S.M. (Manual de Diagnóstico de Enfermedad Mental) por el cual el 1% de la población general serían personas con T.M.G., en Navarra y sobre una población estimada de 600.000 habitantes, para este estudio contaríamos con aproximadamente 6.000 personas afectadas.

De todos modos, estos datos son una referencia que hay que tomarla con precaución ya que puede no responder al total de enfermos mentales graves existentes en nuestra Comunidad.

Dentro de los Trastornos Mentales graves se consideran de particular gravedad según la clasificación CIE-10 (Codificación Internacional de Trastornos Mentales y del Comportamiento) los códigos siguientes: esquizofrénicos (F20,F21,F22,F23,F24,F25,F28,F29), algunos trastornos bipolares, algunos trastornos depresivos graves (F31, F32.3 y F 33,3), algunos trastornos obsesivos compulsivos (F42) y trastornos de personalidad. (F60).

### **II.3. Zonificación de la Comunidad Foral atendiendo Zonas Básicas de Servicios Sociales y sectorización de Salud Mental:**

A partir de los datos de Población Navarra facilitados por el Instituto de Estadística para el año 2003, de 578.210 habitantes, que como hemos dicho anteriormente, ampliamos a efectos de este estudio a 600.000 habitantes, hemos extrapolado la distribución geográfica de la población a esta cifra, adaptando a su vez los sectores de Salud Mental a las Zonas Básicas de Servicios Sociales por considerar que es más operativo para nuestras propuestas hacerlo desde la perspectiva de los recursos de carácter social.

Así, la distribución geográfica a efectos de esta propuesta se conforma de la siguiente manera:

**Zonas Básicas: Alsasua, Etxarri Aranz, Irurzun y Leiza.** Coincidente con el Sector de Salud Mental IA, (excepto los barrios de Pamplona: Azpilagaña y Casco viejo). Número de habitantes 29.045.

**Zonas Básicas de: Lesaca, Elizondo, Santesteban, Ulzama, Burguete, Aoiz.** Coincidente con el Sector de Salud Mental IB, (excepto los municipios de Burlada, Villava y Huarte). Número de habitantes 33.224.

**Zonas Básicas: de Sangüesa, Valle de Salazar e Isaba.** Coincidente con el Sector de Salud Mental IIA, (excepto los barrios de Pamplona: Milagrosa, 2º Ensanche y Mendillorri y los municipios de Noain y Puente la Reina). Número de habitantes 14.870.

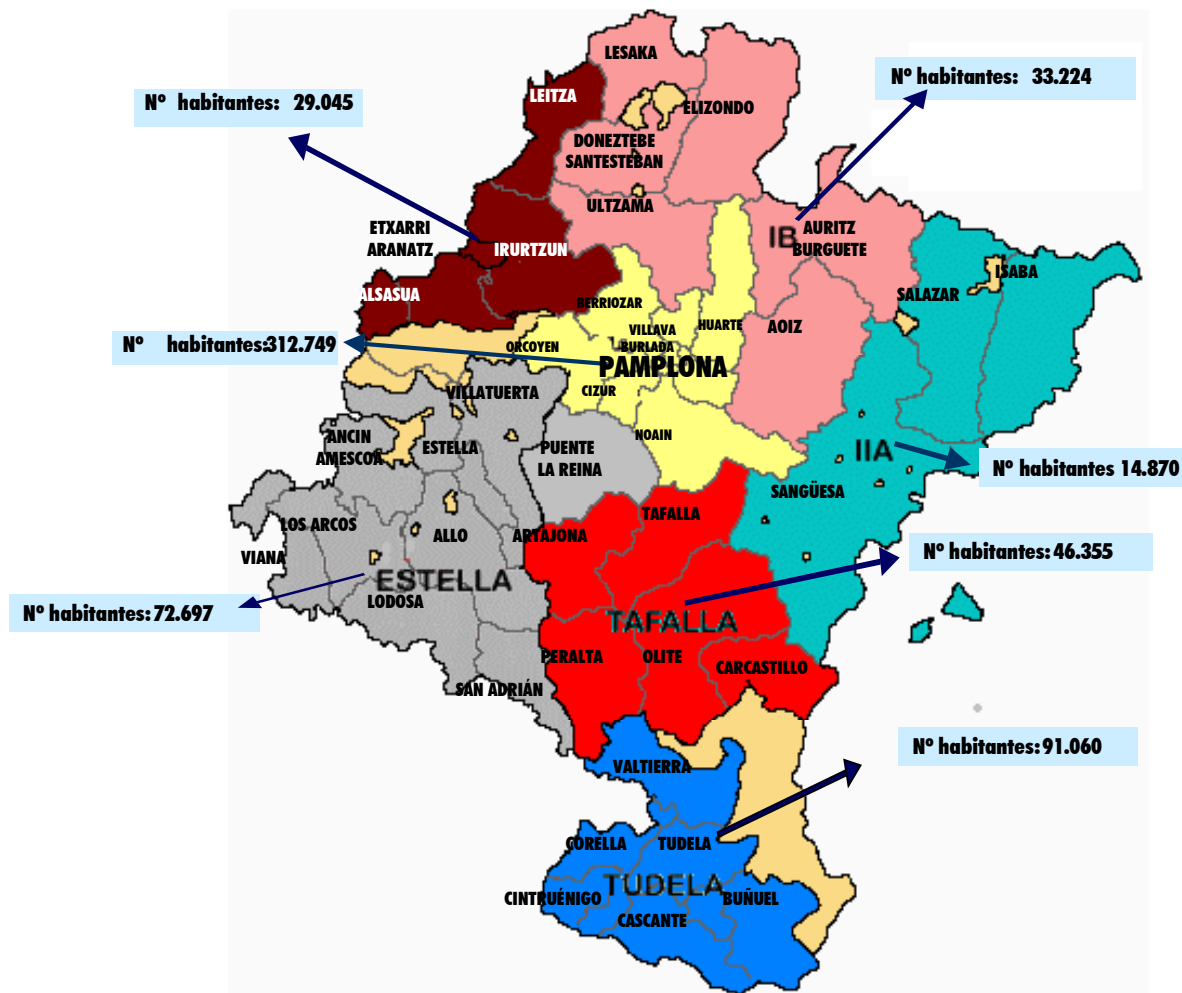
**Pamplona y Comarca: Incluye los Sectores de Salud Mental IC, IIB, añadiendo las zonas básicas de servicios sociales de Casco Viejo, Azpilagaña, Burlada, Villava, Huarte, Milagrosa, 2º Ensanche, Noain, Mendillorri.** Estas zonas básicas añadidas con las que se han separado de los sectores anteriores, excepto Puente la Reina que se añade al Sector III.

**Zonas Básicas: Tafalla, Artajona, Carcastillo, Olite y Peralta.** Coincidente con el Sector de Salud Mental IV, Tafalla. Número de habitantes 46.355.

**Zonas Básicas: Estella, Villatuerta, Allo, Ancín,-Amescoa, Los Arcos, Viana, Lodos, San Adrián, más Puente la Reina.** Coincidente con el Sector de Salud Mental III, Estella, más Puente la Reina. Número de habitantes 72.697.

**Zonas Básicas: Tudela, Valtierra-Cadreita, Corella, Cintruénigo, Cascante y Buñuel.** Coincidente con el Sector de Salud Mental V Tudela. Número de habitantes 91.060.







### III. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR T.M.G.

Como hemos comentado anteriormente, cuando hablamos de personas con T.M.G. nos referimos a aquellas personas con una evolución de enfermedad de más de dos años de duración y presencia de discapacidad, entendiendo por ésta como la disfunción moderada o severa del funcionamiento laboral, social y familiar, medida a través del Global Assessment of Functioning; y que al igual que personas afectadas por otras enfermedades crónicas, pueden llevar una vida normalizada y autónoma, con un adecuado tratamiento y apoyo.

Muchas de las personas diagnosticadas con T.M.G. presentan déficits para el manejo y desenvolvimiento en las diferentes áreas de su vida personal y social:

- ⇒ El autocuidado.
- ⇒ La autonomía en actividades de la vida diaria y manejo de dinero.
- ⇒ El autocontrol en situaciones de estrés. Son personas muy vulnerables debido a sus dificultades para afrontar las demandas del ambiente.
- ⇒ Deterioro en el funcionamiento cognitivo.
- ⇒ Las relaciones interpersonales y sociales. Con frecuencia, las redes sociales de apoyo se limitan sólo a su familia lo que origina que vivan situaciones de aislamiento social.
- ⇒ Para disfrute en actividades de ocio y tiempo libre.
- ⇒ Dificultad de aprendizaje, déficits en habilidades y hábitos laborales que impiden el acceso al mundo laboral.

Estos déficits originan con frecuencia una discapacidad importante en el ámbito personal y social lo que da lugar a que muchas de estas personas tengan riesgo de marginación social.

Al mismo tiempo no podemos olvidar que aunque las personas con T.M.G. compartan problemáticas más o menos comunes las necesidades son diferentes en función de sus características personales y de factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales.

Así, nos encontramos desde pacientes en los que después de una crisis psicótica remite su sintomatología pudiendo llevar una vida independiente e integrada, hasta personas cuyo deterioro personal hace necesaria una atención intensa y supervisión constante, requiriendo programas de rehabilitación y apoyo social que le permitan recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible.

## **IV. DESCRIPCIÓN DE RECURSOS ACTUALES Y SU DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA**

Desde 1986, año en que se inicia la reforma psiquiátrica y el cierre del Hospital Psiquiátrico de Navarra hasta el momento actual, se han puesto en marcha algunos recursos, fundamentalmente en el ámbito sanitario y socio-sanitario. Sin embargo hemos de tener en cuenta que su desarrollo sigue siendo insuficiente y desigual en relación con las necesidades existentes y la planificación inicial.

### **IV.1. Recursos de la Red Sanitaria de Salud Mental**

El Departamento de Salud en función de su competencia, ofrecerá el Servicio de diagnósticos y tratamiento de la enfermedad en los distintos dispositivos de su red:

#### **Centros de Salud Mental**

9 Centros de Salud Mental distribuidos por sectores y zonas básicas de salud.

Se sitúan como nivel especializado, prestando atención comunitaria integral en régimen ambulatorio en su sector correspondiente. Ofertan sus servicios en régimen *ambulatorio* a enfermos psiquiátricos de todas las edades, incluyendo las personas afectadas por alcoholismo o drogodependencias.

#### **Servicios de Día**

Se ocupan de la hospitalización psiquiátrica parcial y de tratamiento intensivo para pacientes agudos y subagudos en psiquiatría como elemento diferenciado en la red de servicios de salud mental complementando al mismo tiempo los centros ambulatorios y los de hospitalización completa.

##### **Hospital de día, área I.**

Pamplona, 20 plazas

Hospital de Navarra. Pabellón Blanco. Acoge preferentemente a los Centros de Salud Mental: Áreas IA, IB, IC.

### **Hospital de día, área II.**

Pamplona, 20 plazas

Situado en los locales del Servicio de Día de Irubide. Acoge a los Centros de Salud Mental: Áreas IIA, IIB, III, IV.

### **Servicio de día de Tudela**

Tudela, 10 plazas

Ubicado en los locales del Centro de Salud Mental de Tudela, lleva a cabo programas mixtos de hospitalización parcial para agudos y subagudos –programas de Hospital de Día- y de rehabilitación para crónicos psiquiátricos. Acoge a los pacientes del sector de Tudela.

### **Clínica de Rehabilitación**

Pamplona, 34 plazas de hospitalización parcial y 16 de hospitalización total. Además, seguimiento de 3 pisos de desistitucionalización.

## **Hospitalización Psiquiátrica y Urgencias**

2 Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en el Hospital General:

⇒ **Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Area I.**

Pamplona 27 plazas.

Hospital “Virgen del Camino”. Acoge a los Centros de Salud Mental: Áreas IA, IB, IC y V.

⇒ **Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Area II.**

Pamplona 27 plazas.

Hospital de Navarra. Acoge a los Centros de Salud Mental: Áreas IIA, IIB, III y IV.

## **Unidad de Media Estancia**

Pamplona 22 plazas

Clínica “Padre Menni” Atención en régimen de hospitalización en media estancia para pacientes agudos y subagudos, y apoyo a las Unidades de Hospitalización de agudos.

## **IV.2. Recursos Sociales y Socio-Sanitarios**

A continuación exponemos los recursos sociales y sociosanitarios actualmente en funcionamiento concertados y/o subvencionados por la Administración en la Comunidad Foral de Navarra.

### **Atención Residencial:**

#### **Residencia Asistida Enfermos Mentales (RAEM) 52 plazas**

- ⇒ 12 plazas en Pamplona en la "Clínica Padre Menni".
- ⇒ 40 plazas en Elizondo en el "Centro Hospitalario Benito Menni".

#### **Plazas (RAEM) en otros Recursos**

Existen 6 plazas en el Hospital Psicogeriátrico San Francisco Javier que se han reconvertido en plazas RAEM y están siendo utilizadas por personas con T.M.G.

#### **Piso funcional y/o tutelado 8 plazas (PTM)**

2 pisos en Pamplona ocupados por varones, de 4 plazas cada uno, supervisados por el equipo de la residencia asistida para enfermos mentales (RAEM) "Clínica Padre Menni" también de Pamplona.

#### **Patronas**

51 personas con T.M.G. que mediante ayudas económicas individuales por parte de Instituto Navarro de Bienestar Social, están alojados en patronas sin ningún tipo de supervisión y apoyo

#### **Pisos de Desinstitucionalización**

Un piso con 8 plazas en Pamplona, 2 pisos con 8 plazas cada uno (16) en Egüés, para mujeres con T.M.G. Estos dos últimos pisos, por las características de las usuarias, se pueden considerar una residencia hogar.

3 pisos para hombres con 10 plazas, adscritos a la Clínica de Rehabilitación, que ofrecen alojamiento supervisado y seguimiento por parte del personal de dicha clínica 3 veces por semana.

## Área de Formación y Actividad Laboral

### Formación

Elkarkide Imparte dos cursos anuales de formación y asesoramiento laboral para 26 personas con T.MG. La idoneidad y derivación a estos cursos se hace a través de la Red de Salud Mental.

### Ocupacional Laboral

Actualmente hay dos centros ocupacionales para enfermos mentales:

- ⇒ Aranzadi con 40 plazas.
- ⇒ Lizardi con 70 plazas.

Ambos gestionados por Elkarkide y subvencionados por el Instituto Navarro de Bienestar Social.

### Centro Especial de Empleo

36 plazas de Elkarkide, subvencionado por el Servicio Navarro de Empleo.

Además estas personas pueden acceder a la inserción laboral en empresas y proyectos de trabajo individual que están regulados en el DF 130/99. También pueden optar al empleo social protegido de los Ayuntamientos.

## Área de Intervención Sociocomunitaria

Esta área es atendida fundamentalmente desde ANASAPS ( Asociación Navarra para la Salud Psíquica) y financiada desde el Instituto Navarro de Bienestar Social.

Además de esta actividad básica de la Asociación con actividades de promoción y ayuda mutua, también se ofrece:

### Ayuda atención en el domicilio

- ⇒ Un equipo en Pamplona que atiende a 73 usuarios.
- ⇒ Un equipo en Tudela que atiende a 13 usuarios.

### Programas de Ocio y Tiempo Libre

- ⇒ Pamplona atiende a 421 personas.
- ⇒ Tudela, atiende a 59 personas.

- ⇒ Estella, atiende a 12 personas.
- ⇒ Tafalla, atiende a 12 personas.
- ⇒ Santesteban, atiende a 10 personas.

## V. BALANCE DE LA SITUACIÓN

Si se tienen en cuenta los recursos enumerados y las ratios de plazas por cada 100.000 habitantes, en cuanto a residencias, pisos tutelados y plazas ocupacionales nos encontramos que la situación en la Comunidad Foral de Navarra, es la siguiente:

- ⇒ Ratio media en residencia de 10 plazas por 100.000 habitantes.
- ⇒ Ratio media en piso tutelado 5 plazas por 100.000 habitantes.
- ⇒ Ratio media en plazas ocupacionales 19 por 100.000 habitantes.

Según los estándares de ratios considerados como idóneos por la Organización Mundial de la Salud, por cada 100.000 habitantes y para nuestra Comunidad sería la siguiente:

- ⇒ Residencia:           14       por 100.000 habitantes
- ⇒ Piso:                   7        por 100.000 habitantes

En vista de los datos anteriores, las ratios de plazas en cuanto a Residencia Asistida para Enfermos Mentales y Pisos Tutelados se acercan bastante a los estándares considerados como mínimos por O.M.S. Existen otros recursos como pueden ser los Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.), Centros de Día y Centros de Formación y Orientación Laboral que es necesario crear.

Resumiendo: la red de recursos sociosanitarios ha tenido un incremento importante a partir del año 2000, (fecha en la que se aprobó inicialmente el Plan Foral de Atención Socio-sanitaria) sobre todo en lo que se refiere a recursos residenciales y ocupacionales. Sin embargo, el desarrollo de recursos de atención sociosanitaria y social para este colectivo aún resulta insuficiente y desigual, por lo que es necesario seguir avanzando en la ampliación de dispositivos y poder contar con una red suficiente y bien distribuida territorialmente. Especialmente necesaria es la dotación de centros de rehabilitación psicosocial, y recursos para la formación y orientación en el empleo, el aumento en la dotación de alternativas residenciales y refuerzo y nuevo diseño de los equipos de intervención sociocomunitaria.

Por último, señalar los aspectos más destacables del análisis de la situación actual que son los siguientes:

- ⇒ No existen recursos suficientes de apoyo a la integración social, ni a la formación y orientación al empleo. A su vez, el soporte comunitario y la atención residencial son insuficientes.
- ⇒ Existen problemas de accesibilidad y por tanto dificultades para la utilización de los recursos existentes, la mayoría de recursos para este colectivo

están centralizados en Pamplona y Comarca, por lo cual hay personas a las que les resulta muy difícil acceder a estos recursos, ya sea por las condiciones geográficas de la zona o por la inexistencia de ayudas complementarias tales como ayudas económicas para tratamientos, apoyos especializados, terapias o desplazamiento que faciliten el acceso a estos recursos.

- ⇒ Debido a la escasez de plazas, nos encontramos con que muchas veces la idoneidad no coincide con el recurso existente.
- ⇒ No contamos con plazas de respiro para emergencias sociales o ingresos temporales de respiro.
- ⇒ La mayor parte de personas con T.M.G. viven con sus familias, generalmente padres muy mayores, por lo cual esta red familiar de soporte previsiblemente desaparecerá en un corto espacio de tiempo, aumentando el número de personas con T.M.G. en riesgo de abandono y marginación.



## **VI. MODELO DE ATENCIÓN PROPUESTO**

La atención a las personas con T.M.G. debe ofrecerse mediante un modelo sociosanitario, que responda a la exigencia de un tratamiento integral en todas las necesidades de la persona afectada (sanitarias, educativas, laborales, etc.). Además debe garantizar el continuo de cuidados a lo largo de las distintas fases que sufre el proceso de enfermedad, adaptándose también a las distintas etapas de la vida de la persona afectada.

Otra característica fundamental del modelo propuesto es la necesidad de flexibilidad y adaptabilidad de los recursos, tanto a la persona como a su entorno familiar, social y geográfico.

La atención integral, la continuidad de cuidados, la flexibilidad y la adaptabilidad nos obligan a crear una red de servicios polivalente.

Así, el modelo que proponemos tiene como elemento básico “el trabajo por Programas” (Capítulo VII), que engloba una serie de actividades y que se diseña de forma individual para cada perfil de necesidad

Los programas se combinan según los objetivos que se pretenden lograr, dando lugar a distintos dispositivos de atención que se ofrecen a las personas afectadas por T.M.G. en régimen ambulatorio, diurno o residencial.

### **VI.1. Principios Generales**

Como se ha dicho anteriormente, debido a la escasez de recursos y a la necesidad de atender la problemática sociosanitaria específica de las personas con T.M.G., así como de ofrecer soporte a sus familias, se ha de apoyar y promover la rehabilitación e integración social de las personas afectadas para que puedan vivir y mantenerse en su entorno con unas condiciones de vida lo más autónomas posibles. Para ello se han de desarrollar una serie de servicios que permitan atender las necesidades de rehabilitación e integración social, la formación y orientación laboral, la atención residencial y el apoyo comunitario.

El presente programa contempla como principio inspirador la reafirmación de los derechos universales de ciudadanía.

Esta filosofía de atención supone la articulación de un conjunto de principios que conforman un modo de entender la intervención psicosocial y sociosanitaria con este Colectivo, y que a continuación enumeramos.

### **Responsabilidad Pública**

Es responsabilidad de los poderes públicos garantizar el derecho de las personas con trastorno mental grave a disfrutar de unos servicios, recursos y programas de atención que garanticen la justicia y la equidad.

### **Igualdad y Universalidad**

Las personas con trastorno mental grave son ante todo ciudadanos con los mismos derechos y aspiraciones que cualquier otro ciudadano. Su atención y apoyo debe ser accesible y estar disponible sin ningún tipo de discriminación, para promover así su derecho de acceso a una ciudadanía plena y digna.

### **Participación. Iniciativa Social**

Esta propuesta de atención a la persona con trastorno mental grave debe promover y garantizar el protagonismo y la participación de sus destinatarios, familiares, asociaciones y entidades.

### **Coordinación y Complementariedad**

Resulta esencial una adecuada colaboración y complementariedad entre los distintos servicios y programas de los diferentes Departamentos de Gobierno de Navarra, y de éste con el resto de las administraciones públicas. Esta coordinación, necesaria para atender las demandas de estas personas y procurar su integración social, será más intensa con la red de salud mental para asegurar una atención integral a las distintas necesidades sanitarias y sociales de estas personas.

### **Integración**

Los recursos y servicios de atención a la persona con trastorno mental grave tienen como prioridad el mantenimiento e integración de estas personas en su entorno social, familiar y personal; evitando toda forma de discriminación, aislamiento o marginación, y garantizando la participación en la vida de su comunidad como sujeto activo.

### **Normalización**

Potenciar el desarrollo de unas pautas de vida tan normales como resulte posible, y que respeten la diferencia. Cada persona desempeñará roles sociales adaptados a sus características y a su entorno social concreto.

### **Individualización**

Esta propuesta de atención a la persona con trastorno mental grave ha de ajustarse a las necesidades, aspiraciones y deseos de cada persona, promoviendo su

implicación y participación activa en el control de su propia vida y en la atención que recibe.

### **Autonomía**

Potenciar y desarrollar al máximo su autonomía personal, social y su independencia, rehabilitando para ello sus capacidades, recursos personales y potenciando sus redes de apoyo personal y social.

### **Globalidad**

Esta propuesta de atención sociosanitaria deberá atender de forma integral las necesidades y aspiraciones de la persona con trastorno mental grave, considerando especialmente los aspectos preventivos, de atención, promoción e inserción.

### **Descentralización, Desconcentración, Proximidad**

La prestación de los servicios y recursos de atención a la persona con trastorno mental grave deberá realizarse desde el ámbito más cercano al ciudadano para permitir que este permanezca en su entorno habitual. La descentralización y desconcentración contribuirán además a la agilización de los procesos de atención.

## **VI.2. Objetivos de este modelo de atención**

- ⇒ Favorecer el mantenimiento de las personas con trastorno mental grave en su entorno comunitario, en las mejores condiciones de normalización, integración y calidad de vida.
- ⇒ Capacitar a las personas con T.M.G. para su desenvolvimiento en la comunidad de la forma más autónoma e independiente posible.
- ⇒ Evitar la institucionalización y marginación de las personas con trastorno mental grave que viven en la comunidad.
- ⇒ Ofrecer apoyo, información y asesoramiento a las familias para que adquieran las habilidades y destrezas necesarias que les ayuden en la convivencia diaria mejorando la calidad de vida del conjunto familiar.

## **VII. PROGRAMAS BÁSICOS QUE DEFINIRÁN LOS CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS CON T.M.G.**

**Diagnósticos y tratamiento de la enfermedad:** Por parte del Departamento de Salud a través de su red de Salud Mental.

**La Rehabilitación Psicosocial:** Entendida como aquel proceso cuyo objeto es ayudar a las personas con discapacidad por trastorno de enfermedad mental a reintegrarse en la comunidad y mejorar su funcionamiento psicosocial en unas condiciones lo más normalizadas e independientes posibles (Rodríguez A. 1997).

**La Rehabilitación Laboral:** Proceso cuya meta es ayudar a las personas con discapacidad psiquiátrica en la adquisición, mantenimiento y desarrollo de hábitos, habilidades y destrezas para su integración en el mundo laboral.

**Programa de Intervención Sociocomunitaria:** Programa de apoyo en la Comunidad a través de equipos multiprofesionales que trabajan dentro de su entorno familiar y social las habilidades deterioradas o perdidas a causa de la enfermedad de la persona con T.M.G.

**Apoyo a las Familias:** Este programa consiste en facilitar información asesoramiento y apoyo sobre habilidades y destrezas, para que los miembros del entorno familiar aprendan como tratar a su familiar con T.M.G. y mejorar la calidad de vida de la propia familia.

**Alojamiento y Atención Residencial:** Programa alternativo a la permanencia en el domicilio familiar. Cuando se carece del soporte adecuado, este programa ofrece un amplio abanico de alternativas de alojamiento, manutención, cuidados y supervisión para evitar el riesgo de deterioro, marginación y aislamiento de la persona con T.M.G.

**Protección y Defensa de sus Derechos:** El objetivo de este programa es asegurar y promover la defensa y protección de los derechos tanto en dispositivos de atención y tratamiento como en la vida cotidiana.

## **VIII. PROPUESTA DE CREACIÓN Y DEFINICIÓN DE DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y SOCIAL**

Como decíamos en la definición del modelo propuesto, los programas básicos se combinan en función de los objetivos que se pretenden lograr, dando lugar a distintos dispositivos de atención.

Así constituiremos una red formada por:

### **Recursos de nueva creación:**

1. Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.) con dos programas diferenciados, programa de Centro de Día para las personas más afectadas y programa de Rehabilitación Psicosocial.
2. Equipos de Formación y Apoyo Laboral.
3. Centros Residenciales Comunitarios (Residencia Hogar).

### **Ampliación y reorganización de los recursos existentes:**

1. Plazas de Residencias Asistidas (R.A.E.M.)-
2. Plazas de Pisos Tutelados (P.T.E.M.)
3. Patronas subvencionadas.

### **Otros recursos:**

1. Equipo de Intervención SocioComunitaria.
2. Programa de Ocio y Tiempo Libre.

### **VIII.1. Definición y características de los distintos recursos:**

**Centro de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.):** Recurso de día de carácter socio-comunitario dirigido al segmento de población con T.M.G. que presenta deficiencias en sus funciones psicológicas, limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación en la comunidad. El C.R.P.S. trabajará en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental encargados de la atención psiquiátrica y seguimiento de estas personas, y con los servicios generales y recursos sociocomunitarios normalizados para favorecer la integración de los usuarios atendidos.

Las funciones del C.R.P.S., son las siguientes:

- ⇒ Desarrollar procesos de rehabilitación psicosocial individualizados e integrales destinados a la recuperación, adquisición y utilización de aquellas habilidades y competencias personales y sociales que cada usuario requiera para desenvolverse con la mayor autonomía posible en su medio familiar y social.
- ⇒ Posibilitar la mayor y mejor integración social de cada usuario en su entorno comunitario, ofreciéndole el apoyo comunitario y el soporte social necesario.
- ⇒ Ofrecer actividades de día de apoyo y soporte social (culturales, sociales, deportivas, ocupacionales, de ocio, etc.) para facilitar la estructuración de la vida cotidiana a aquellos usuarios con mayores dificultades de funcionamiento e integración.
- ⇒ Apoyar, asesorar, orientar, y entrenar a las familias, tanto individualmente como a través de programas de psicoeducación, de manera que sean más competentes en el cuidado, comunicación, y convivencia con su familiar enfermo, así como promover su implicación en el proceso de rehabilitación e integración social del mismo.
- ⇒ Trabajar en estrecha coordinación con los servicios de salud mental de referencia para articular y favorecer la atención integral a los usuarios, posibilitando así los procesos de rehabilitación psicosocial y soporte comunitario adecuados a las necesidades de cada usuario.
- ⇒ Apoyar y coordinarse con los Servicios Sociales Generales, Servicios Sociales Especializados y los Servicios Sociocomunitarios que puedan ser útiles para la integración social del usuario

Su objetivo es favorecer el que las personas con T.M.G. puedan alcanzar el máximo desarrollo personal y social, facilitar su mantenimiento en la comunidad y apoyar los procesos globales de integración social. También apoyar y asesorar a las familias en el manejo de la convivencia diaria.

Se realizará un programa individualizado de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social con las siguientes áreas de intervención:

- ⇒ Autocuidado (aseo e higiene personal, vestido, hábitos saludables).
- ⇒ Psicomotricidad.
- ⇒ Psicoeducación (conocimiento y manejo de enfermedad, autoadministración de medicación, adherencia al tratamiento, factores de riesgo, prevención de recaídas, etc).
- ⇒ Autocontrol y manejo de estrés.
- ⇒ Déficit cognitivos.

- ⇒ Actividades de la vida diaria (desenvolvimiento en la vivienda, hábitos domésticos, manejo social, uso de transportes, manejo del dinero, realización de gestiones, etc.).
- ⇒ Habilidades sociales.
- ⇒ Ocio y tiempo libre.
- ⇒ Integración comunitaria (uso de recursos sociocomunitarios).
- ⇒ Apoyo a la integración social y soporte comunitario.
- ⇒ Seguimiento en la Comunidad.
- ⇒ Apoyo a las familias mediante la realización de actividades grupales de escuelas de familia y grupos de autayuda.

El proceso de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario se realizará de un modo flexible, continuado y progresivo, adaptándose a las características personales de cada usuario, desarrollándose a través de un proceso articulado de tres fases estrechamente relacionadas: evaluación, intervención y seguimiento, que corresponden a diferentes momentos del proceso global de atención, intervención y apoyo.

El régimen de funcionamiento de un C.R.P.S. es de atención diurna, en jornada partida de mañana y tarde. La duración de las estancias será variable y ajustada a las necesidades de cada caso.

El acceso al Centro será a través de una derivación de los dispositivos de la red de Salud Mental, que serán los responsables del tratamiento psiquiátrico y seguimiento del usuario a través del tutor de casos.

Dentro del mismo C.R.P.S. las personas más afectadas podrán beneficiarse del **Programa de Centro de Día**: conjunto de actividades (culturales, sociales, deportivas, ocupacionales, ocio etc.) que sirvan de contexto de socialización y estructuración de la vida cotidiana, así como de apoyo y soporte para los usuarios que lo puedan necesitar, sobre todo aquellos pacientes con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por lo tanto con mayores niveles de deterioro. Este programa organizará una serie de actividades de día que durante la mañana y la tarde permita desarrollar un conjunto amplio y flexible de actividades ajustadas a las necesidades de cada usuario y siempre bajo la coordinación y supervisión del C.R.P.S.

Estas actividades serán variadas incluyendo entre otras algunas como las siguientes

- ⇒ Rehabilitación Cognitiva: Desarrollar repertorios conductuales básicos (capacidad de atención, comprensión, imitación).
- ⇒ Mantenimiento y desarrollo en habilidades de autocuidado, vida saludable y actividades de la vida diaria.

⇒ Actividades de psicomotricidad.

⇒ Actividades de ocio y tiempo libre.

Uno de sus principales objetivos es prevenir la claudicación familiar e institucionalización, ya que los afectados con T.M.G. son personas con soporte comunitario muy frágil.

**Equipo de Apoyo Social Comunitario (Intervención Sociocomunitaria):** Equipo multiprofesional que trabaja en el entorno comunitario y que ofrece atención a domicilio y apoyo social para el mantenimiento en su domicilio o en su entorno familiar de aquellos pacientes con especiales dificultades de funcionamiento, evitando situaciones de riesgo, de marginación, o institucionalización.

Trabaja en estrecha relación con los Centros de Salud Mental que son los que establecen el plan de actuación y la continuidad de cuidados.

También ofrece información, asesoramiento y apoyo a las familias con el fin de mejorar su capacidad de manejo y convivencia con su familiar enfermo.

Dada las características de este equipo se establecerá un procedimiento de coordinación específico con la red de salud mental, servicios sociales generales y recursos específicos implicados.

**Equipo de Formación y Apoyo Laboral:** Tiene como objetivo la formación y orientación laboral y el apoyo a la inserción y mantenimiento en el mundo del trabajo.

El programa puede ofrecerse dentro de un C.R.P.S. o en un centro específico. La integración laboral es un componente fundamental para facilitar la autonomía, independencia e integración social de la persona con T.M.G. y sigue siendo una asignatura pendiente de la reforma psiquiátrica.

Los programas de formación y orientación al empleo van dirigido a aquellas personas que tiene dificultades específicas para el acceso al mundo laboral. Preparan a las personas con T.M.G para su inserción laboral y les apoyan en la búsqueda y mantenimiento de un puesto de trabajo en el mercado laboral.

Para ello se establece un programa individualizado para la adquisición, recuperación o potenciación de aquellos conocimientos, hábitos y habilidades necesarias para conseguir una integración sociolaboral plena y su capacitación para manejarse y enfrentarse a las demandas y exigencias que supone la búsqueda, acceso y mantenimiento de un empleo en el mercado laboral incluyendo un amplio abanico de actividades.

Los programas de actividades que ofrecen son los siguientes:



- ⇒ Evaluación funcional, vocacional y laboral.
- ⇒ Orientación vocacional.
- ⇒ Adquisición y entrenamiento en hábitos y habilidades prelaborales y laborales.
- ⇒ Apoyo a la formación profesional.
- ⇒ Entrenamiento y habilidades en la búsqueda de empleo.
- ⇒ Inserción e integración laboral y seguimiento.
- ⇒ Coordinación y colaboración con empresarios, instituciones y asociaciones.

Como actividades complementarias están las relacionadas con la promoción de la integración laboral y el aumento de oportunidades de incorporación laboral productiva de este colectivo (programas de formación laboral, fomento de contratación en el mercado ordinario).

**Centro ocupacional:** Destinado a proporcionar servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a personas con T.M.G. mayores de 18 años que no puedan integrarse en un centro especial de empleo, o en una empresa ordinaria.

Servicios prestados:

- a) Terapia ocupacional.
- b) Ajuste personal y social.
- c) Capacitación prelaboral dirigida a facilitar la integración de este colectivo en un centro especial de empleo o una empresa.
- d) Opcionalmente podrán prestar el servicio de comedor.

Dispondrá de sala-taller y equipamiento adecuado a la actividad a realizar.

#### **Alternativas Residenciales Comunitarias:**

**Residencia Asistida Enfermos Mentales (R.A.E.M.):** Recurso residencial destinado a la persona con T.M.G. con gran deterioro en su autonomía personal y social que, por sus especiales características, precisa de una atención personal para realizar cualquier actividad de la vida diaria y requiere prevención, control médico y farmacológico, no pudiendo utilizar otros recursos y que no cuenta con soporte familiar adecuado. La RAEM proporciona alojamiento, manutención, cuidado personal, control sanitario, actividades ocupacionales, de ocio, apoyo personal y social, atención médica psiquiátrica, psicológica y de enfermería y apoyo a la integración.

Lo que pretendemos conseguir con el ingreso en este recurso es reducir el impacto de la cronicidad y de la discapacidad social de la enfermedad mental, garanti

zando la continuidad en la prestación de cuidados de carácter sanitario y la adecuada atención asistencial de carácter social que la persona necesita.

La dirección, supervisión y seguimiento, estará a cargo de la entidad de la que dependan, que contará con un equipo multiprofesional que asegurará la continuidad de cuidados asistenciales y médico-psiquiátricos.

**Residencia Hogar:** Recurso residencial comunitario abierto y flexible, con una capacidad aproximada de entre 15/25 plazas para personas con T.M.G., con carácter indefinido o temporal ( temporal se entiende como estancia corta y transitoria, dirigida a personas que la necesitan para su posterior reinserción social o integración en recursos más independientes, o para personas que viven con sus familiares y las mismas necesitan un alivio temporal a su sobrecarga familiar, o cuando existe una imposibilidad temporal de atención que podrían derivar en una situación de abandono). Proporciona alojamiento, manutención, cuidado y soporte, apoyo personal y social, rehabilitación y apoyo comunitario apoyando su normalización e integración comunitaria, y, en su caso, también orientación y apoyo a familias.

Sus objetivos serán:

- ⇒ Asegurar la cobertura de las necesidades básicas de alojamiento, manutención y soporte.
- ⇒ Favorecer la mejora de la autonomía personal y social de los usuarios para que su funcionamiento sea lo mas normalizado posible.
- ⇒ Evitar situaciones de institucionalización y/o marginación.
- ⇒ Favorecer la integración social de los residentes,

Contará con un equipo multiprofesional que asegurará la continuidad de cuidados, y su supervisión se mantendrá durante las 24 horas. La atención médico-psiquiátrica la realizará la red de salud mental.

Su funcionamiento propiciará la participación de los usuarios en las rutinas domésticas y en la organización interna.

Los programas de intervención que se llevaran a cabo en la Residencia-Hogar serán los siguientes:

- ⇒ Autocuidado.
- ⇒ Habilidades de la vida diaria.
- ⇒ Educación para la salud.
- ⇒ Habilidades sociales.
- ⇒ Ocio y tiempo libre.

**Piso Tutelado Enfermos Mentales (P.T.E.M.):** Recurso residencial en el que viven varias personas con T.M.G., con una dinámica de relación y convivencia de tipo

familiar, con suficiente nivel de autonomía y que no cuentan con apoyo familiar adecuado. El P.T.E.M. ofrece alojamiento, manutención, apoyo personal, social, actividades de ocio y tiempo libre, atención médico-psiquiátrica, e integración comunitaria. La supervisión y el apoyo flexible de educadores depende de la residencia asistida (R.A.E.M.).

**Pisos Supervisado para Enfermos Mentales:** Recurso Residencial Comunitario organizado en pisos normales insertados en el entorno social en el que podrán residir y convivir 3 ó 4 personas con T.M.G. que posean suficiente nivel de autonomía y que no cuenten con el apoyo familiar para cubrir y atender sus necesidades de alojamiento y soporte social. Con este recurso se pretende ofrecer una alternativa estable y normalizada de alojamiento y soporte, complementada con una supervisión flexible y ajustada a las diferentes necesidades de cada piso, que dará apoyo oportuno a los usuarios tanto en el funcionamiento doméstico y la convivencia dentro del piso, ayudándoles a adaptarse y a desempeñar y asumir tanto los nuevos roles que llevan aparejados (compañeros, vecinos etc.), como la adaptación e integración en el entorno comunitario.

Los pisos supervisados funcionaran como un recurso social complementario y estrecha coordinación con los equipos de intervención sociocomunitaria.

Este recurso va dirigido al nuevo perfil de población enferma mental crónica que vive en la comunidad y en general con sus familias de origen, con hospitalizaciones psiquiátricas de corta duración, que no han sufrido las consecuencias de la institucionalización que con un apoyo flexible pueden funcionar adecuadamente, y de una edad aproximada de 30 años. Nos referimos pues a un colectivo mas heterogéneo que mediante la supervisión es capaz de adaptarse y constituir un grupo de convivencia y avanzar en su rehabilitación.

**Patronas Protegidas:** Se ofrece alojamiento digno y cobertura de las necesidades básicas a las personas con enfermedad mental con un buen nivel de autonomía y un estilo de vida muy independiente, pero que carecen de apoyo familiar adecuado y recursos económicos, evitando así los procesos de marginación.

La supervisión se organizará como un sistema flexible desde la red de salud mental y el apoyo de los C.R.P.S. y los equipos de intervención sociocomunitaria, proporcionando también asesoramiento y apoyo a los propietarios de las pensiones sobre el tratamiento y manejo de los usuarios y sobre el afrontamiento de los problemas que se pueden plantear en el transcurso de la estancia.

**Otros Recursos:**

**Apoyo Social, Información, Asesoramiento a las Familias y Apoyo al Movimiento Asociativo:** En esta área de intervención no se contempla el desarrollo de ningún recurso específico. El apoyo a familias se articula desde los diferentes dispositivos

del programa de atención a la persona con T.M.G. completándose con otras medidas de apoyo:

- ⇒ Establecer un circuito de información y asesoramiento a familias en colaboración con los Centros de Salud Mental y el movimiento asociativo.
- ⇒ Realizar escuela de familias con los profesionales de los centros de salud mental y movimiento asociativo.
- ⇒ Desarrollar una línea 900 de información y orientación a familias y afectados.
- ⇒ Elaboración y difusión de materiales de información y guías de apoyo.

### **Programa de Ocio y Tiempo Libre:**

Mediante las actividades de ocio y tiempo libre se desarrollan de manera integral y en un entorno normalizado todas las áreas de rehabilitación de estas personas (psicomotricidad, actividades sociales y cognitivas, autocontrol, actividades de la vida diaria), de esta manera, la persona con T.M.G. disfruta de su ocio de manera placentera y productiva evitando la apatía y el inmovilismo y mejorando en definitiva su calidad de vida

**Campaña de sensibilización y lucha contra el estigma:** Desde el programa se trabajará también, junto con las Asociaciones, en actividades de sensibilización que contribuyan a eliminar el estigma social que sufren las personas afectadas por T.M.G. y sus familias.

Se hará especial hincapié en la divulgación, a través de los distintos medios de comunicación de la Comunidad Foral de Navarra, del programa "Guía de Estilo" (manual de buenas prácticas), elaborado por FEAFES (Federación Española de Agrupaciones Familiares de Enfermos Mentales), de la que forma parte ANASAPS.

## **IX. MODELO DE ORGANIZACIÓN**

### **IX.1. Sistema de Acceso**

El acceso a todos los servicios se realizará a través de la Red Sanitaria de Salud Mental.

Los expedientes serán posteriormente valorados por la Comisión Técnica de coordinación que derivará hacia el recurso más idóneo en cada caso, una vez evaluado toda la información que obra en el expediente.

El modelo de acceso y derivación propuesto es la mejor garantía de atención integral y de continuo de cuidados.

### **IX.2. Comisiones de Coordinación**

#### **Comisión Directora:**

Es el órgano superior de coordinación entre los sistemas sanitario y social y el resto de los Departamentos, Administraciones Públicas y Entidades. Las funciones de esta Comisión serán las siguientes:

- ⇒ Marcar las directrices y metodología de la puesta en marcha del Programa.
- ⇒ Articular los mecanismos de seguimiento y apoyo necesarios.
- ⇒ Proponer los desarrollos normativos.
- ⇒ Priorizar y proponer actividades.
- ⇒ Preparar los presupuestos y promover su ejecución.
- ⇒ Promover la realización de evaluaciones sobre la eficacia y eficiencia del programa.
- ⇒ Proponer las pertinentes medidas correctoras.

Esta Comisión se reunirá al menos una vez al semestre, y excepcionalmente siempre que se considere necesario por cualquiera de sus miembros. El ámbito de actuación de la misma será provincial.

Sus componentes serán los siguientes:

- ⇒ Director General de Bienestar Social.
- ⇒ Director General del Departamento Salud.
- ⇒ Directora Gerente del Servicio Navarro de Empleo.
- ⇒ Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- ⇒ Director Gerente del Instituto Navarro de Bienestar Social.
- ⇒ Directora del Servicio de Planificación, Evaluación de Calidad e Inspección, de la Dirección General de Bienestar Social
- ⇒ Director del Servicio de Asuntos Económicos e Inversiones de la Dirección General de Bienestar Social.
- ⇒ Subdirector de Atención a las Dependencias del Instituto Navarro de Bienestar Social.
- ⇒ Subdirector de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
- ⇒ Coordinadora del Plan Foral de Atención Sociosanitaria
- ⇒ Dos representantes de la Federación Navarra de Municipios y Concejos.
- ⇒ Un representante de la Asociación Navarra para la Salud Psíquica (ANA-SAPS).
- ⇒ Un representante del Foro de Salud Mental.
- ⇒ Jefa de Sección de Programación y Evaluación, de la Dirección General de Bienestar Social, que actuará como secretaria

Dicha Comisión será presidida de manera alterna por los Directores Generales. Durante los años pares, la presidencia recaerá sobre el Director General de Salud, y los años impares, sobre el Director General de Bienestar Social.

Esta Comisión será también la que establezca la coordinación pertinente para que la puesta en marcha y el desarrollo del programa se realice adecuadamente.

### **Comisión Técnica:**

Es el órgano técnico-consultivo de la Comisión Directora, y tiene como finalidad

- ⇒ Impulsar el desarrollo y aplicación de los programas
- ⇒ Promover y coordinar sus proyectos y actuaciones
- ⇒ Gestión de casos de usuarios que soliciten recursos sociales y sociosanitarios

- ⇒ Protocolizar los circuitos de acceso a los recursos
- ⇒ Realización de informes de evaluación para la Comisión Directora
- ⇒ Proponer a la Comisión Directora las correcciones que se consideren necesarias para adaptar los recursos a las necesidades sociales

Esta Comisión de Coordinación Técnica estará compuesta:

- ⇒ Dos representantes de la Sección de Atención Sociosanitaria del Instituto Navarro de Bienestar Social.
- ⇒ Dos representantes de la Subdirección de Salud Mental.
- ⇒ Un/a Trabajador/a Social de Centros de Salud Mental.
- ⇒ Un/a representante del Servicio de Planificación, Evaluación de Calidad e Inspección de la Dirección General de Bienestar Social.
- ⇒ Coordinadora del Plan Foral de Atención Sociosanitaria.
- ⇒ Un/a representante del Comité de Coordinación de los Servicios Sociales de Atención Primaria

Se podrá invitar a consultores externos como expertos, cuando se traten temas específicos.

La periodicidad de las reuniones será mensual y, excepcionalmente, siempre que lo requieran cualquiera de los miembros que la componen por motivos de justificada gravedad.

## **Otras Coordinaciones:**

- ⇒ **Coordinación, Planificación conjunta y Complementariedad con la Red de Salud Mental.**

La Red de Salud Mental de la Comunidad Foral de Navarra, dependiente de la Consejería de Salud, es la responsable del diagnóstico, atención, rehabilitación, y continuidad de cuidados psiquiátricos de las personas con T.M.G. Para atender las necesidades sociosanitarias específicas de estas personas, la Red de Salud Mental requiere del apoyo de recursos y servicios sociosanitarios dentro del campo de los Servicios Sociales. Ambos sistemas (servicios sociales y red de salud mental) deben trabajar de forma continua y complementaria, para asegurar una atención integral que promueva una verdadera continuidad de cuidados.

Esta atención integral y continuidad de cuidados sólo se puede asegurar sobre la base de una planificación y actuación conjunta.

⇒ **Coordinación y Colaboración con los Servicios Sociales Generales y Especializados.**

La coordinación con los Servicios Sociales de atención primaria es imprescindible, no sólo porque como ciudadano de pleno derecho a la persona con T.M.G. se le debe ofrecer todo el conjunto de prestaciones y programas conjuntos que se gestionan desde los mismos (información, orientación, ayuda a domicilio, apoyo a la unidad convivencial, alojamiento alternativo, prevención e inserción social), sino también porque su colaboración es fundamental para el desarrollo de programas que posibiliten la integración comunitaria normalizada de esta población.

La coordinación con los servicios sociales especializados es imprescindible para la atención de las necesidades específicas de la rehabilitación psicosocial (atención residencial, formación y orientación laboral, atención y apoyo a familias, intervención sociocomunitaria).

Para que esta coordinación se realice de forma eficaz se nombrarán a un representante de la FNMC para formar parte de la Comisión Directora de seguimiento de este Programa y a otro representante de la Comisión de Coordinación de Servicios Sociales de Atención Primaria para que forme parte de la Comisión técnica del mismo.

⇒ **Coordinación y Colaboración con la Iniciativa Social.**

Aquí hay que tener en cuenta por una parte la promoción y desarrollo del movimiento asociativo entre familiares de personas con T.M.G. y por otra parte el establecimiento de ámbitos de colaboración con la iniciativa social (3º sector) implicando de este modo tanto a personas afectadas y sus familiares en la gestión y el desarrollo de programas de atención y autoayuda.

Para ello y dentro de la Comisión Directora, Órgano superior de seguimiento de este Programa, estarán dos representantes de la iniciativa social (Anasaps y Foro de Salud Mental).

⇒ **Coordinación y Colaboración con otros Departamentos del Gobierno de Navarra y con otras Administraciones Públicas**

La base de la filosofía del Programa es avanzar en la normalización de las pautas de vida de las personas con T.M.G. Por ello, a la hora de trabajar para los diferentes recursos de apoyo social, de atención residencial, de formación y orientación al empleo y soporte, hemos de tener en cuenta la preparación y apoyo de los usuarios para el acceso y utilización de los distintos recursos sociocomunitarios de su entorno (ocio, formativos, deportivos, culturales, etc) favoreciendo así su integración y normalización de condiciones de vida. Esta coordinación, por lo tanto, se refiere sobre todo al Departamento de Industria y Tecnología, Comercio y Trabajo (Servicio Navarro de Empleo), y a los Ayuntamientos.



## **X. CUANTIFICACIÓN Y RECURSOS SOCIOSANITARIOS SOCIALES NECESARIOS**

Si asumimos los estándares establecidos por la Organización Mundial de la Salud en cuanto a los distintos recursos necesarios para la atención a personas con T.M.G., y si consideramos a efectos de este estudio que en la Comunidad Foral de Navarra hay una población de 600.000 habitantes, el número de plazas que necesitaríamos en nuestra Comunidad para los distintos servicios de Atención Social y Sociosanitaria a personas con T.M.G. si no tuviéramos ninguna, serían las siguientes:

### **Recursos Actuales**

Tipo de Atención	Distribución geográfica		Total Plazas
	Recurso	Plazas	
<b>Rehabilitación Psicosocial</b>			<b>0</b>
<i>Programa Rehabilitación Psicosocial</i>			
<i>Programa Centro de Día</i>			
<b>Atención Residencial:</b>			<b>153</b>
<i>Residencia Asistida Enfermos Mentales</i>	<i>Elizondo: Padre Menni</i> <i>Pamplona: Padre Menni</i> <i>Pamplona: San Fco. Javier</i>	40 12 6	
<i>Residencia Hogar</i>		0	
<i>Pisos Funcionales</i>	<i>Pamplona: 2 pisos</i>	8	
<i>Pisos Desinstitucionalización</i>	<i>Pamplona: 1 piso</i> <i>Pamplona: 3 pisos *</i> <i>Egüés: 2 pisos</i>	8 12 16	
<i>Patronas Protegidas</i>	<i>Pamplona</i>	51	
<b>Formación y Actividad Laboral</b>			<b>146</b>
<i>Ocupacional</i>	<i>Pamplona: Aranzadi</i> <i>Estella: Lizardi</i>	40 70	
<i>Centro Especial de Empleo</i>	<i>Pamplona: Elkarkide</i>	36	
<b>Intervención Sociocomunitaria</b>			<b>86</b>
<i>Atención a Domicilio</i>	<i>Pamplona:</i> <i>Tudela</i>	73 13	
<b>Apoyo a Familias</b>			
<i>Con equipos en todas las Áreas S.Soc.</i>			
<b>Ocio y Tiempo Libre</b>			<b>514</b>
	<i>Pamplona</i> <i>Tudela</i> <i>Estella</i> <i>Tafalla</i> <i>Santesteban</i>	421 59 12 12 10	

\* Dependientes de la Clínica de Rehabilitación.

## Recursos a Crear

Tipo de Recurso	Nº Centros	Plazas	Total Plazas
<b>Rehabilitación Psicosocial</b>			<b>375</b>
<i>Centro de Rehabilitación Psicosocial con Programa de Centro de Día, y de Formación, y Orientación al Empleo</i>	1 Tafalla	30	
<i>Centro de Rehabilitación Psicosocial con Programa de Centro de Día, y de Formación, y Orientación al Empleo</i>	1 Tudela	65	
<i>Centro de Rehabilitación Psicosocial</i>	2 Pamplona	130	
<i>Centro de Día</i>	1 Pamplona	60	
<i>Centro de Rehabilitación Psicosocial con Programa de Centro de Día y Programa de Formación y Orientación al Empleo</i>	1 Navarra Noroeste	30	
<i>Centro de Rehabilitación Psicosocial con Programa de Centro de Día y Programa de Formación y Orientación al Empleo</i>	1 Estella	60	
<b>Atención Residencial</b>			<b>107</b>
<i>Residencia Hogar</i>	1 Tudela	25	
	1 Pamplona	25	
	1 Pamplona	25	
	1 Estella	20	
<i>Piso Tutelado</i>	1 Tudela	4	
	2 Pamplona	8	
<b>Formación y Actividad Laboral</b>			<b>60</b>
<i>Centro de Formación y Orientación al Empleo</i>	1 Estella	15	
<i>Centro de Formación y Orientación al Empleo</i>	1 Tudela	20	
<i>Centro de Formación y Orientación al Empleo</i>	1 Pamplona	25	
<b>Intervención Sociocomunitaria</b>			<b>2 Equipos</b>
<i>Equipo de Intervención Sociocomunitaria</i>	1 Tudela		
	1 Pamplona		

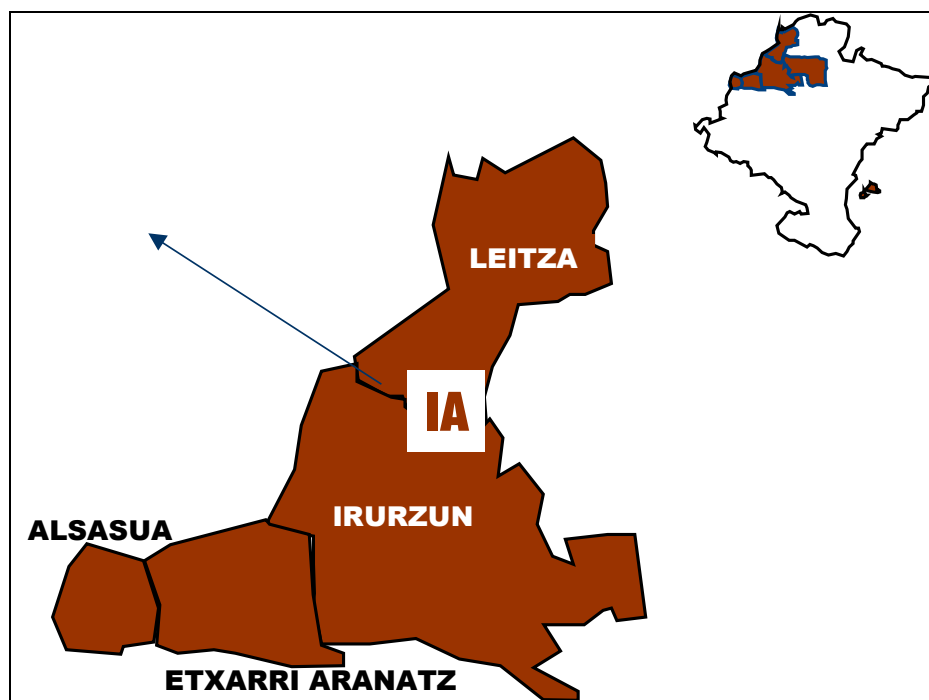
## Recursos Existentes y a Crear

Tipo de Recurso	Plazas existentes	Un Máximo de Plazas a Crear
Rehabilitación Psicosocial	0	375
Atención Residencial	153	107
Formación y Actividad Laboral	146	60
Intervención Sociocomunitaria	2 Equipos	2 Equipos

## XI. DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS A CREAR POR ÁREAS

Cuando hablamos de estimación de población atendida con T.M.G., nos referimos a los pacientes atendidos en la Red de Salud Mental a lo largo de 3 años y cuyo diagnóstico se corresponde con los códigos anteriormente citados.

### AREA IA. NAVARRA NOROESTE



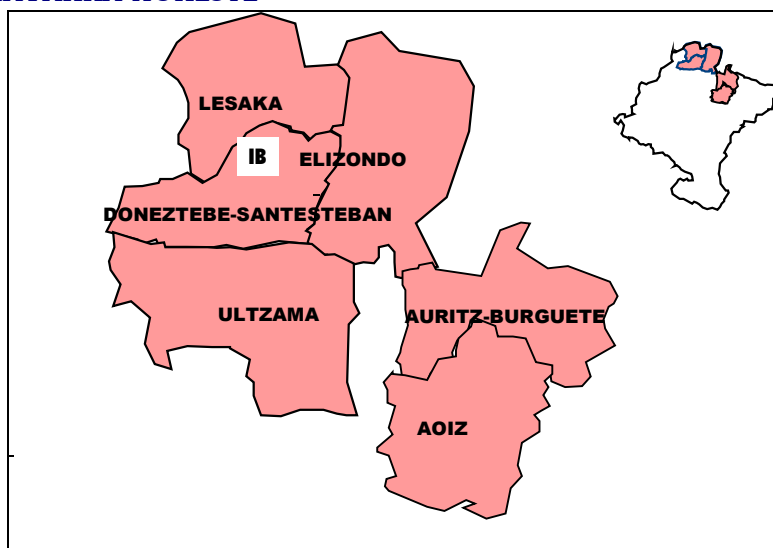
Zonas Básicas de Servicios Sociales que comprende: Alsasua/Alsasua, Etxarri-Aranatz, Irurzun, Leitza.

- Población de Hecho Censo 2001: 28.954
- Población que le corresponden sobre 600.000 habitantes: 29.045
- Estimación población atendida por Trastorno Mental Grave: **120 personas**

### Propuesta de Creación de Recursos:

Teniendo en cuenta la cercanía a Pamplona, así como la facilidad de acceso, este colectivo se podría beneficiar de los recursos propuestos para Pamplona y Comarca.

## AREA IB. NAVARRA NORESTE



Zonas Básicas de Servicios Sociales que comprende este Sector: **Lesaka, Elizondo, Doneztebe/Santesteban, Ultzama, Auritz/Burguete, Aoiz/Agoitz.**

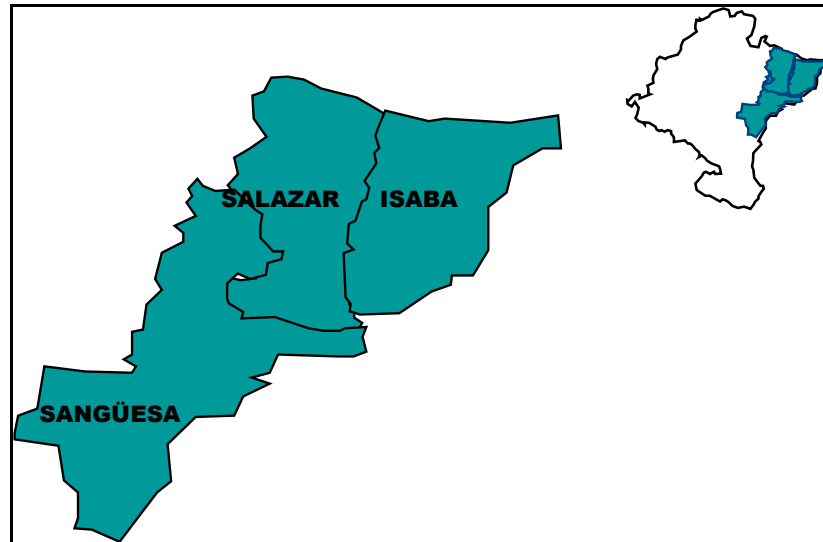
- Población de Hecho Censo 2001: 30.078
- Población que le corresponden sobre 600.000 habitantes: 33.224
- Estimación población atendida por Trastorno Mental Grave: **196 personas**

## Propuesta de Creación de Recursos:

Número	Tipo de Recurso	Un Máximo de Plazas
1	Centro de Rehabilitación Psicosocial, con Servicio de Centro de Día y de Formación, Asesoramiento y de Apoyo al Empleo	30

Las necesidades residenciales podrían cubrirse mediante los recursos actuales existentes en la zona.

## SECTOR IIA



Zonas Básicas de Servicios Sociales que comprende este Sector: **Sangüesa/Zangoza, Valle de Salazar e Isaba/Izaba.**

- Población de Hecho Censo 2001: 13.775
- Población que le corresponden sobre 600.000 habitantes: 14.870
- Estimación población atendida por Trastorno Mental Grave: **75 personas**

### Propuesta de Creación de Recursos:

Debido a la población que existe en esta zona y las ratios de plazas que correspondería por habitante creemos que no es necesario crear recursos nuevos. Las personas de esta zona podrían beneficiarse de los recursos de atención que existen en este sector para personas con otro tipo de discapacidad, creando módulos específicos para este colectivo. Los casos que presenten necesidades especiales se derivarían a Pamplona.

### SECTOR III. ESTELLA



Zonas Básicas de Servicios Sociales que comprende este Sector: **Estella, Villatuerta, Allo, Ancín-Amescoa, Los Arcos, Viana, Lodosa, San Adrián.**

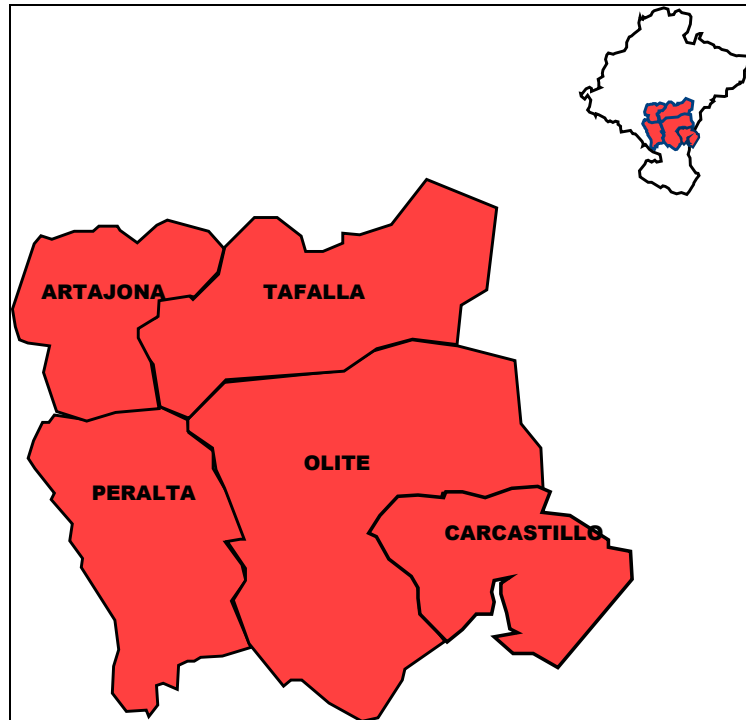
En Servicios Sociales se incluye además la Zona de Servicios Sociales de **Puente la Reina**

- Población de Hecho Censo 2001: 67.280
- Población que le corresponden sobre 600.000 habitantes: 72.697
- Estimación población atendida por Trastorno Mental Grave: **380 personas**

### Propuesta de Creación de Recursos:

Número	Tipo de Recurso	Un Máximo de Plazas
1	Centro de Rehabilitación Psicosocial, con Servicio de Centro de Día	60
1	Centro relacionado con la Actividad Ocupacional-Laboral	15
1	Residencia Hogar	20

## AREA IV. TAFALLA



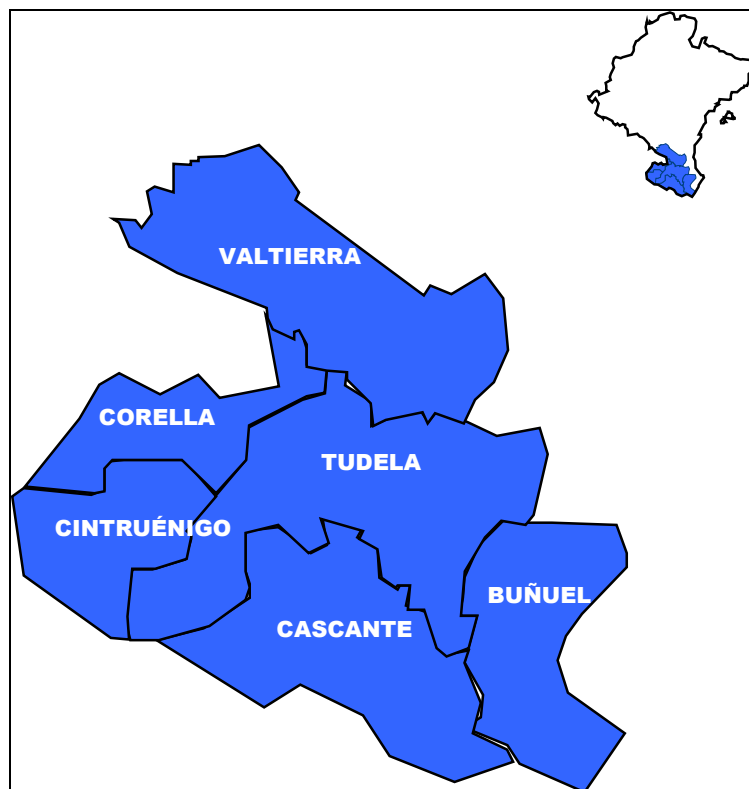
Zonas Básicas de Servicios Sociales que comprende: **Tafalla, Artajona, Carcastillo, Olite, y Peralta.**

- Población de Hecho Censo 2001: 42.943
- Población que le corresponden sobre 600.000 habitantes: 46.355
- Estimación población atendida por Trastorno Mental Grave: **245 personas**

### Propuesta de Creación de Recursos:

Número	Tipo de Recurso	Un Máximo de Plazas
1	Centro de Rehabilitación Psicosocial, con Servicio de Centro de Día relacionado con la actividad laboral	30

## AREA V. TUDELA



Zonas Básicas de Servicios Sociales que comprende: **Tudela Oeste, Tudela Este, Valtierra-Cadreita, Corella, Cintruénigo, Cascante, Buñuel.**

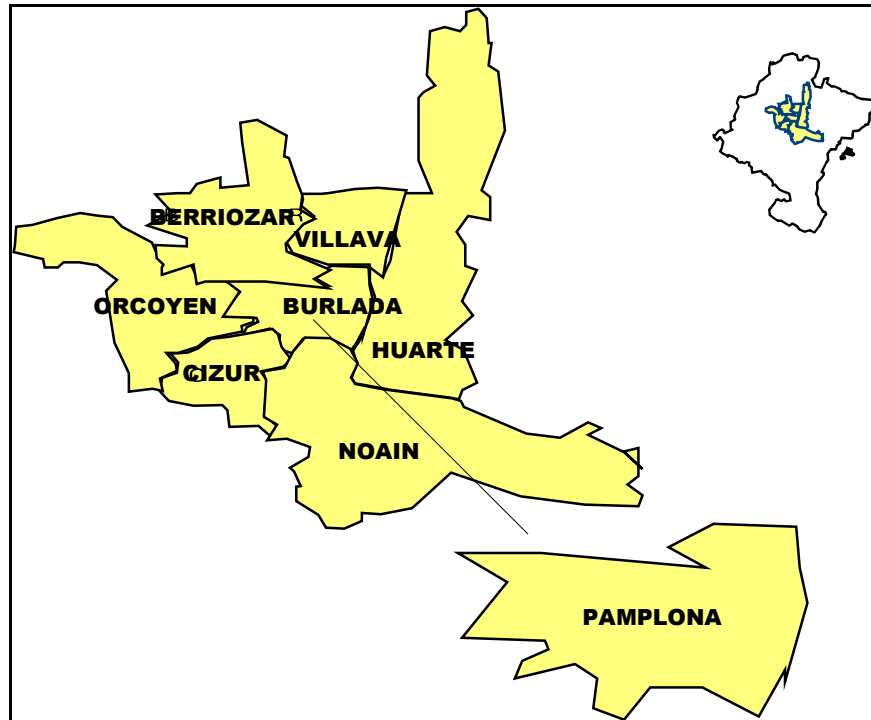
- Población de Hecho Censo 2001: 84.357
- Población que le corresponden sobre 600.000 habitantes: 91.060
- Estimación población atendida por Trastorno Mental Grave: **427 personas**

### Propuesta de Creación de Recursos:

Número	Tipo de Recurso	Un Máximo de Plazas
1	Centro de Rehabilitación Psicosocial, con Servicio de Centro de Día	65
1	Centro relacionado con la Actividad Laboral	20
1	Residencia Hogar	25
1	Piso Tutelado	4
1	Equipo de Intervención Sociocomunitaria	



## AREA VI. PAMPLONA Y COMARCA



Zonas Básicas de Servicios Sociales que comprende: Pamplona, Burlada, Villava, Huarte, Noain, Cizur, Orcoyen, Berriozar. Sectores de Salud Mental: IC, IIA, IIB

- Población de Hecho Censo 2001: 289.715
- Población que le corresponden sobre 600.000 habitantes: 312.749
- Estimación población atendida por Trastorno Mental Grave: **2.310 personas**

### Propuesta de Creación de Recursos:

Número	Tipo de Recurso	Un Máximo de Plazas
2	Centros de Rehabilitación Psicosocial, con Servicio de Centro de Día	130 60
1	Centro relacionado con la Actividad Laboral	25
1	Residencia Hogar	25
2	Pisos Tutelados	8
2	Equipos de Intervención Sociocomunitaria	

## **XII. FORMACIÓN DE PROFESIONALES**

Para que la puesta en marcha de esta propuesta de atención se realice adecuadamente hemos de contar con profesionales competentes en el ejercicio de sus funciones. En este momento no existen programas reglados en el ámbito académico que formen y capaciten a profesionales que se vayan a incorporar a los distintos recursos de atención a la persona con T.M.G.

Desde el Ministerio de Asuntos Sociales se va a crear en Valencia un Centro Nacional de investigación, asesoramiento y formación en la atención a la persona con T.M.G., que iniciará su andadura a partir de marzo de 2005. En este mismo centro se va a impartir un máster de formación de expertos en la atención sociosanitaria y social a este colectivo.

Igualmente el INSERSO en colaboración con la Universidad de Valencia va a realizar un Master en Rehabilitación e Integración Social de la persona con enfermedad mental.

El INSERSO, también en Valencia, va a poner en marcha un Centro de referencia de atención sociosanitaria a la persona con T.M.G. con el fin de promocionar métodos, medios, equipamientos, etc.. Este mismo centro contará también con un área de atención directa (reinserción laboral, atención residencial etc.).

No obstante también se deberían tener en cuenta otras acciones como:

- ⇒ Formación de pregrado: Así mismo se acordará la presencia de asignaturas relacionadas con la atención a la persona con T.M.G. en la formación de pregrado (medicina, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, educación social, etc.).
- ⇒ Formación continua de los profesionales garantizando el reciclaje de los mismos en materia de rehabilitación psicosocial.
- ⇒ Participar en grupos de trabajo para mejorar la atención.
- ⇒ Establecer en toda la red servicios y centros de atención a los que hace referencia el programa un modelo de gestión de calidad basado en el concepto de calidad y mejora continua. Este modelo abarcará tanto la estructura como los procesos y resultados de los diferentes recursos.
- ⇒ Establecer la difusión de programas de preparación de la comunidad para que aprenda a convivir con las personas con T.M.G, las conozca y acepte a través de su diferencia

### **XIII. CALIDAD Y MEJORA CONTINUA**

Lo que pretendemos en este punto es establecer un proceso de evaluación continua que identifique las posibles dificultades y mejore las posibilidades de puesta en marcha de la “propuesta”.

Para la puesta en marcha del programa se ha diseñado una estrategia de evaluación continuada que valore la implantación, la cobertura y el funcionamiento del mismo. Esta estrategia se fundamenta en la labor de los propios profesionales, equipos de los centros, gestión, etc. como elementos participativos, y en el análisis y extracción de información del equipo evaluador. Para ello se emplearán:

- ⇒ Recogida directa de datos
- ⇒ Memorias de los Centros
- ⇒ Sesiones de los grupos de discusión

Los resultados de esta propuesta de actuación se medirán con instrumentos válidos y fiables que permitan establecer de forma objetiva el impacto que las intervenciones tienen en los usuarios y en las familias y ver el nivel de consecución de las metas propuestas, la satisfacción con la atención recibida, los cambios de salud general y calidad de vida y la mejora del funcionamiento psicosocial junto con la mejora de la carga familiar y el nivel de estrés de sus familias.

## EJEMPLOS DE MEDIDAS DE EVALUACIÓN

<b>PROGRAMAS DE CENTRO DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL</b>		
<b>Medidas de Evaluación, Implantación y Cobertura</b>		
Creación programas Centro de Día	2005-2009	
Nº de plazas		
Incremento nº de Programas de Centros de Día		
Incremento nº de plazas	Análisis Memoria del Programa. Entrevistas responsables del "Programa"	
Ratio plaza por habitante		
Territorialización		
Temporalización		
<b>Medidas de Evaluación de Resultados</b>		
Satisfacción Familiares		
Satisfacción Usuarios		
<b>CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL</b>		
<b>Medidas de Evaluación, Implantación y</b>		
Creación de programas de C.R.P.S.	2005-2009	
Nº de plazas		
Incremento nº Centros de C.R.P.S.		
Incremento nº de plazas	Análisis Memoria del Centro. Entrevistas responsables del "Programa"	
Ratio plaza por habitante		
Territorialización		
Temporalización		
<b>Medidas de Evaluación de Resultados</b>		
Satisfacción Familiares		
Satisfacción Usuarios	Cuestionarios	
<b>PROGRAMA DE FORMACIÓN Y ORIENTACIÓN LABORAL</b>		
<b>Medidas de Evaluación, Implantación y</b>		
Incremento nº programas de formación y orientación laboral	2005-2009	
Incremento nº de plazas	Análisis Memoria del Centro. Entrevistas responsables del "Programa"	
Ratio plaza por habitante		
Territorialización		
Temporalización		
<b>Medidas de Evaluación del Proceso</b>		
Plantilla		
Usuarios	Número(tipo atención)	Análisis de memorias
	Adecuación al perfil	Entrevistas con responsables y profesión. Centro

## Indicadores

Para una investigación evaluativa a lo largo del Plan, se ha de tener en cuenta:

- ⇒ Diseño de instrumentos de evaluación de resultados adaptados a las necesidades específicas en la red.
- ⇒ Evaluación de necesidades de usuarios y familias.
- ⇒ Efectividad de los equipos de apoyo sociocomunitario.
- ⇒ Evaluación de actividades, oferta de servicios y estilo de atención de la red.
- ⇒ Efectividad de programas específicos de intervención.
- ⇒ Funcionamiento de programas para personas sin hogar con trastorno mental grave.

Los instrumentos evaluadores son los siguientes:

- ⇒ Entrevistas estructuradas con usuarios, familiares y profesionales
- ⇒ Entrevistas en profundidad
- ⇒ Sesiones de grupo

Esta evaluación ha de ser flexible y adaptada a las necesidades del momento que tan positivamente va a influir en la toma de decisiones respecto a las políticas sociales que afectan a la persona con T.M.G.

#### **XIV. INSPECCIÓN**

Los nuevos recursos de atención a la persona con T.M.G., no están recogidos en el Decreto Foral 209, que regula el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de servicios sociales, Este decreto determina en su artículo 4, determina que aquellos centros y servicios que no se hallan contemplados en el mismo y no puedan asimilarse a ninguno de ellos, serán objeto de clasificación individualizada que será determinada por el Consejero de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Dicho trámite se ha de realizar con los recursos de nueva creación. Una vez estén recogidos y clasificados estos recursos en el citado Decreto, la Sección de Inspección de la Dirección General de Bienestar Social realizará las inspecciones pertinentes en materias de infraestructura, personal, equipamiento y funcionamiento relacionados con estos recursos, servicios, centros programas de atención a personas con T.M.G.

**XV. CRONOGRAMA DE ACTUACIONES**

	2005	2006	2007
<b>ACTUACIONES</b>			
Pamplona: Apertura de 1 piso 6 plazas (1/05/05)	■		
Tudela: Apertura de 1 piso de 4 plazas (1/07/05)	■		
Pamplona: Reconversión 10 plazas de residencia psicogeríátrica en 10 plazas de residencia asistida (RAEM) (1/03/05)	■		
Lumbier: Creación de 30 plazas de Residencia Psicogeríátrica (1/07/05)	■		
Tudela: Creación de 1 Centro Rehabilitación Psicosocial.		■	
Pamplona: Creación de 1 Centro Rehabilitación Psicosocial (Inicio obra 1/09/05)		■	
Estella: Creación de 1 Centro de Rehabilitación Psicosocial	■		
Pamplona: Residencia		■ ■ ■ ■	
Tudela: Residencia		■ ■ ■ ■	
Tafalla: Centro Rehabilitación Psicosocial		■ ■ ■ ■	
Elizondo: Centro Rehabilitación Psicosocial. (Inio obra 1/09/05)		■ ■	
Pamplona: Residencia		■ ■ ■ ■	■ ■ ■ ■
Pamplona: Centro Rehabilitación Laboral		■ ■ ■ ■	
Pamplona: Centro Rehabilitación Psicosocial (			■ ■ ■ ■
Pamplona 1 Equipo de Intervención Sociocomunitaria (1/07/05)	■		
Tudela 1 Equipo de Intervención Sociocomunitaria (1/07/05)	■		

## **XVI. VALORACIÓN ECONÓMICA**

Una posible previsión de implantación del programa sería:

<b>AÑOS</b>	<b>INVERSIÓN</b>	<b>FUNCIONAMIENTO</b>	<b>TOTAL</b>
2005	1.500.000,00	1.500.000,00	3.000.000,00
2006	4.000.000,00	2.000.000,00	6.000.000,00
2007	5.500.000,00	3.500.000,00	9.000.000,00
2008	-----	5.000.000,00	5.000.000,00
<b>TOTAL</b>	<b>11.000.000,00</b>	<b>12.000.000,00</b>	<b>23.000.000,00</b>

Las previsiones definitivas serán llevadas a cabo por las Comisiones Técnica y Directiva.