

**REORDENACIÓN DEL PROGRAMA
ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
(T.M.G.)**

Aprobado por el Gobierno de Navarra el 12 de abril de 2010



2012 CONTIGO
AVANZAMOS

 **Gobierno
de Navarra**

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	5
II.	ANTECEDENTES Y MARCO REFERENCIAL.....	8
III.	POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA, CUANTIFICACIÓN Y ZONIFICACIÓN.....	10
	III.1. Definición de las Personas con Trastorno Mental Grave.	10
	III.2. Características de las personas con trastorno mental grave.	10
	III.3. Cuantificación de la población afectada.	11
IV.	RECURSOS ACTUALES.....	13
	IV.1. Recursos de la red sanitaria.....	13
	IV.2. Recursos de la Red Social.	15
	IV.3. Recursos Sociosanitarios.....	17
V.	SISTEMA DE ACCESO AL PROGRAMA.....	19
VI.	SERVICIOS PREVISTOS E IMPLANTADOS: TIPO DE SERVICIO, N° DE PLAZAS.	19
VII.	DATOS DE OCUPACIÓN RECURSOS IMPLANTADOS EN EL PERIODO 2005-2008.	20
VIII.	RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS POR ÁREAS.....	23
	VIII.1. Área de Tudela.....	27
	VIII.2.- Área de Estella.	30
	VIII.3.- Área de Tafalla.....	33
	VIII.4.-Área Navarra Noroeste.....	35
	VIII.6. Área de Pamplona y comarca	37
IX.	BIBLIOGRAFÍA.	38
ANEXO I.	39
	1.- Esquema general.....	41
	2.- Referencias normativas.....	42
	3.- Funcionamiento de trabajo de la comisión técnica.	42
	4.- Composición de la comisión.	43
ANEXO II.	45
	Datos de población para el programa del Trastorno Mental Grave TMG)	47

I. INTRODUCCIÓN

Las personas con enfermedades mentales graves y crónicas sufren un conjunto de problemáticas y necesidades que desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico, presentando importantes dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración social y laboral normalizada.

Por ello la adecuada atención comunitaria a estas personas exige la participación e implicación del sistema de servicios sociales colaborando y complementando al sistema sanitario.

La Comunidad Foral de Navarra aprobó en el 2005 un Programa para la **Atención a Personas con Trastorno Mental Grave**, en el cual se proponía un modelo de atención desde los ámbitos social y sociosanitario. Para ello, ha venido poniendo en marcha un conjunto de servicios sociales de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comunitario orientados a favorecer y apoyar la integración social de éstas personas, trabajando de un modo complementario y coordinado con la red de servicios sanitarios de salud mental.

El Programa se realizó tomando como modelo las experiencias de otras Comunidades autónomas que ya llevaban años trabajando en el tema. Además fue el resultado de un trabajo conjunto entre los Departamentos de Asuntos Sociales y el de Salud.

Al igual que en el resto de las comunidades autónomas, el abordaje del trastorno mental grave ha sido objeto de un tratamiento socio-sanitario, lo que implica 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 estas personas.

A lo largo de estos tres años, se han implementado algunos de los recursos planificados y se ha realizado un seguimiento exhaustivo de su funcionamiento. En concreto, se han puesto en marcha cuatro centros de rehabilitación psicosocial, un piso supervisado, un piso tutelado y se ha consolidado la intervención sociocomunitaria a través de dos equipos de intervención.

En estos momentos, con los datos que nos han aportado las evaluaciones, vemos necesario realizar un planteamiento más específico de los recursos previstos inicialmente teniendo en cuenta factores como las peculiaridades de la población

diana, su acceso a los recursos y la distribución territorial de la población navarra entre otros.

La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia ha incorporado nuevas posibilidades y oportunidades, ya que reconoce a los ciudadanos un nuevo derecho por la vía de atención a la dependencia. La Ley Foral 15/2006 de Servicios Sociales, a través de la Cartera de Servicios, ha dado todavía un paso más, posibilitando que podamos imaginar en un futuro inmediato un escenario muy distinto al que teníamos hasta el momento. Reconoce para la enfermedad mental nueve servicios **garantizados** (servicio de valoración para acceso a una plaza residencial, servicio de valoración de la idoneidad ocupacional/laboral, servicio de intervención sociocomunitaria, servicio de rehabilitación psicosocial, servicio de transporte adaptado y asistido, servicio de piso supervisado, servicio de piso tutelado, servicio de ingreso temporal en residencia y servicio de residencia-hogar) y ocho **no garantizados** (sujetos a la disponibilidad presupuestaria).

Por encargo de la Comisión Directora creada al amparo de este programa, se solicitó a la Comisión Técnica que elaborase un informe en el que se explicitasen los ajustes necesarios tanto en los recursos previstos como en el número de plazas.

Para la realización de este nuevo documento, se constituyó un grupo de trabajo específico, encargado de analizar los recursos actuales desde distintos puntos de vista: idoneidad del recurso, número de plazas, adecuación del perfil de usuario, actividades que se realizan en los recursos, y valoración de la medida en que se están cumpliendo los objetivos. Este grupo de trabajo, designado por la Comisión Técnica del programa de Atención a Personas con trastorno mental grave en su reunión del pasado 19 de diciembre de 2007, ha estado compuesto por:

- Carmen Garde Garde, Coordinadora del Plan Socio-sanitario.
- Maria Arbona Celaya, Jefa de la Sección de Servicios de la Agencia Navarra para la Dependencia.
- Javier Gómez Fernández, Educador Social de la Sección de Servicios de la Agencia Navarra para la Dependencia.
- M^a Carmen Maeztu Villafranca, Jefa de la Sección de Planificación y Programación.
- Gloria Labarta Callau, Trabajadora Social del Centro de Salud Mental de Ermitagaña.
- Carmen Garcia de Eulate Martín-Moro, Jefa de Servicio de Programas de la Subdirección de Salud Mental.

- Yolanda Huici Sarasibar, Técnico Superior en Salud de la Unidad de Tratamiento Continuado “Federico Soto”.

Para la elaboración del informe se han realizado encuentros de trabajo del grupo al que se le encargó el informe, y entrevistas con todos los Centros de Salud Mental de la red pública, con los Trabajadores Sociales de todos los dispositivos de esta red, con los Centros de Rehabilitación Psicosocial de Tudela y Estella, con los responsables de programas de ANASAPS, y con el Presidente del Foro de Salud Mental. Con esta metodología de trabajo hemos identificado distintas áreas de mejora, así como aspectos muy positivos del programa que se señalan en este informe.

Se ha trabajado también con los datos proporcionados por la Subdirección de Salud Mental sobre pacientes con aquellos diagnósticos que se incluyen en la definición de TMG, y con datos facilitados por la Agencia Navarra de la Dependencia, del Departamento de Asuntos Sociales, responsable de la gestión de los recursos del programa de atención a personas con TMG.

El informe se estructura en los siguientes epígrafes: antecedentes y marco referencial, población objeto del programa, recursos con los que se cuenta actualmente, recursos que se habían propuesto y evolución de la ocupación de los mismos, y por último las recomendaciones en cuanto a los recursos a implementar por Áreas.

Agradecer la colaboración y disposición activa de todos los profesionales con los que hemos mantenido entrevistas para realizar este informe.

II. ANTECEDENTES Y MARCO REFERENCIAL

A principios del siglo XX se crea en nuestra comunidad el Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier. Éste, se puede considerar el primer servicio específico destinado a la atención a personas con enfermedad mental y necesidades de cuidados sociosanitarios. En el año 1986 se inició el proceso de reforma psiquiátrica en Navarra, tomando como fundamentación la advertencia de la OMS del año 1982 en relación a las nuevas pautas de atención en base a los resultados de las investigaciones realizadas.

En este contexto de cambio se desarrolla la Ley de Servicios Sociales de 1983, donde no se contempló el papel de la Administración, para asumir las carencias sociales y psicosociales de las personas que iniciaron el proceso de desinstitucionalización psiquiátrica.

Ante esta situación, a partir de 1995 desde la red de Salud Mental y desde ANASAPS, se solicita a las instituciones públicas medidas para dar solución a la situación en que se encuentran las personas con trastorno mental grave y sus familias.

En el año 2000 se elabora el Plan Foral de Atención Sociosanitaria. Este plan surge con el fin de coordinar el trabajo complementario de los Departamentos implicados en la planificación y atención a personas con necesidades sociosanitarias, como es el caso de la población con trastorno mental grave

En el "*Plan de Salud de Navarra 2001/2005*" en el capítulo que trata acerca de la salud mental, se identifica a la población con trastorno mental grave, presentando como una de sus características la interferencia social grave y persistente, con un requerimiento de cuidados sanitarios y sociales importante. También trata acerca de cambios necesarios para poder adecuar la atención a las necesidades de estas personas.

La Defensora del Pueblo realizó un informe en el año 2003 "*La atención a la Salud Mental en Navarra*". Este documento contiene una recopilación sobre la atención ofertada a este colectivo desde el ámbito público y el Tercer Sector, la normativa que regula esa atención, y la normativa existente en relación con la salud mental.

En este 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 a la elaboración en Navarra del documento *“Propuesta de atención a personas con Trastorno Mental Grave”*, a nivel Estatal el IMSERSO elaboró un documento de consenso entre las Comunidades Autónomas *“La rehabilitación e integración social de las personas con trastorno mental grave”*.

Otro referente Estatal en esta materia ha sido la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud, que 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). Más recientemente, en 2006, se elabora por parte del Ministerio de Sanidad y Consumo *“La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”*. Este documento unifica las estrategias de salud mental a nivel de todo el territorio nacional, creando un marco de referencia común.

En el año 2006, se aprueba en nuestra comunidad la Ley de Servicios Sociales, una nueva regulación que reconoce el derecho subjetivo y la universalidad en el acceso a los servicios sociales, como respuesta a la realidad actual. El proyecto de cartera de Servicios Sociales, actualmente pendiente de aprobación incluye cómo hemos señalado antes un conjunto de servicios garantizados a los que la ciudadanía va a tener derecho, derecho subjetivo que será exigible por ésta a las Administraciones Públicas.

En este contexto, se procede a la elaboración de una nueva propuesta de atención a las personas con trastorno mental grave, tomando como referencia el documento anteriormente elaborado.

Como elementos conceptuales básicos en este trabajo, podemos destacar dos ejes sobre los cuales ha sido configurado:

- Por un lado, en el estudio de la situación y las necesidades actuales, y más allá de los aspectos comunes, se han buscado de forma activa los elementos más idiosincrásicos de las zonas a las que se quiere dar respuesta. Sobre la base del Plan presentado en 2005, se ha tratado de *“afinar”* en cuanto al análisis, particularizando el diseño de los recursos a las características propias de cada área, con las consideraciones culturales y de dispersión geográfica propias. Entendemos que este ajuste ha de ser un proceso dinámico y en constante evaluación.
- Por otra parte, y en el estudio de los recursos existentes/previstos, hemos incidido en particular en el difícil y costoso cometido de la coordinación. Ésta no es un elemento complementario del plan, sino esencial, de máximo

protagonismo, puesto que el engranaje fluido de los dispositivos reside precisamente en la esencia de una atención integral a estas personas.

III. POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA, CUANTIFICACIÓN Y ZONIFICACIÓN

III.1. Definición de las Personas con Trastorno Mental Grave

La definición de TMG que cuenta con más aceptación, 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 sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social.

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:

- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (F20,F21,F22,F23,F24,F25,F28,F29).
- Trastorno bipolar y algunos trastornos depresivos graves (F31, F32.3 y F33.3).
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42).
- Trastornos de personalidad. (F60).

Cuando hablemos de este grupo poblacional, haremos referencia a personas con edades comprendidas entre los 18 y 65 años.

III.2. Características de las personas con trastorno mental grave

Dicho lo anterior, cuando hablamos de personas con trastorno mental grave 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. Al igual que con cualquier persona afectada por una enfermedad crónica, el objetivo será favorecer que puedan

desarrollar una vida lo más normalizada y autónoma posible, con el adecuado tratamiento y sistema de apoyos.

Muchas de las personas diagnosticadas con trastorno mental grave presentan déficit 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.

Éstos déficit, originan con frecuencia, una discapacidad importante en el ámbito personal y social lo que da lugar a un riesgo de marginación social.

Al mismo tiempo no podemos olvidar que aunque las personas con trastorno mental grave comparten problemáticas más o menos comunes, las necesidades son diferentes en función de factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Así, nos encontramos desde pacientes cuya sintomatología tras una crisis psicótica remite de forma completa pudiendo llevar una vida independiente e integrada, hasta personas cuyo deterioro personal hace necesaria una atención intensa y supervisión constante, por lo que necesitan programas rehabilitadores y de apoyo social para recuperar su autonomía y mantenerse en la comunidad del modo más independiente e integrado posible. Sin embargo, no debemos olvidar que una proporción de usuarios necesitará de apoyos sostenidos en el tiempo debido a su alto nivel de discapacidad.

III.3. Cuantificación de la población afectada

Cómo no disponemos de censos completos de la población afectada por enfermedades mentales graves y persistentes, las estimaciones deben ser por tanto hechas mediante estimaciones indirectas.

Teniendo en cuenta los datos de población Navarra facilitados por el Instituto Navarro de Estadística a 1 de enero del 2007, Navarra cuenta con una población total de 605.876 habitantes, de los cuales 395.198 corresponden a la franja de edad de 18 a 65 años.

Si tenemos en cuenta así mismo el porcentaje asumido por el DSM IV-R. (Manual de Diagnóstico de Enfermedad Mental, IV versión Revisada) según el cual el 1% de la población general tienen trastornos mentales graves, en Navarra contaríamos con aproximadamente **3.952** personas afectadas.

No obstante, podemos señalar que contamos con un dato mucho más preciso que es el del número de personas que cumplen alguno de los diagnósticos señalados anteriormente y que están atendidas en la Red de Salud mental y que según la memoria de la Subdirección de Salud mental en el 2007 serían **3.123.personas**.

La bibliografía y las experiencias contrastadas de otras Comunidades Autónomas precisan que un 40% de todas estas personas harían uso de alguno de los recursos propuestos en el programa, por lo que estaríamos hablando de una **población diana de 1.250 personas**.

Procedencia	Pacientes atendidos en la red de Salud Mental en el Programa de T.M.G.	Población diana usuaria de recursos del programa (40%).
Pamplona y resto Navarra	2.319	928
Tudela	350	140
Estella	269	108
Tafalla	185	74
TOTAL	3.123	1.250

IV. RECURSOS ACTUALES

IV.1. Recursos de la red sanitaria

Desde el Departamento de Salud se oferta el Servicio de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en los distintos dispositivos de su red¹:

Centros de Salud Mental.

Existen 9 Centros de Salud Mental, cada uno de los cuales con una serie de zonas básicas de salud asignadas. Se sitúan como nivel especializado y prestan atención comunitaria integral en régimen ambulatorio en su sector correspondiente.

Hospitales de Día.

Se ocupan de la hospitalización psiquiátrica parcial y de tratamiento intensivo para pacientes agudos y subagudos complementando los centros ambulatorios y los de hospitalización total.

- Hospital de Día, área I: 20 plazas en Pamplona, en el Hospital de Navarra. Acoge preferentemente a los Centros de Salud Mental: Áreas IA, IB, IC.
- Hospital de Día, área II: 20 plazas en Pamplona, Acoge a los Centros de Salud Mental: Áreas IIA, IIB, IIC, III y IV.
- Hospital de Día de Tudela: 10 plazas en Tudela, ubicado en los locales del Centro de Salud Mental de Tudela, acoge a pacientes correspondientes al área V (sector de Tudela).

Clínica de Rehabilitación.

Se trata de un dispositivo cuyo objetivo es la rehabilitación integral de las personas con enfermedad mental, y está configurado básicamente en torno a dos programas: hospitalización parcial (34plazas) y hospitalización completa (16 camas). Está ubicado en Pamplona.

¹ Los recursos aquí especificados proporcionan atención a población adulta. No se describen por tanto los propios de salud mental infanto- juvenil.

Unidades Hospitalización Psiquiátrica.

Dos unidades de hospitalización total para pacientes descompensados en situación aguda, adscritas al Hospital de Navarra y al Hospital Virgen del Camino.

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Área I: 25 plazas en Pamplona, en el Hospital “Virgen del Camino”. Acoge las derivaciones de los Centros de Salud Mental: Áreas IA, IB, IC y V.
- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Área II: 27 plazas en Pamplona, en el Hospital de Navarra. Acoge las derivaciones de los Centros de Salud Mental: Áreas IIA, IIB, IIC, III y IV.

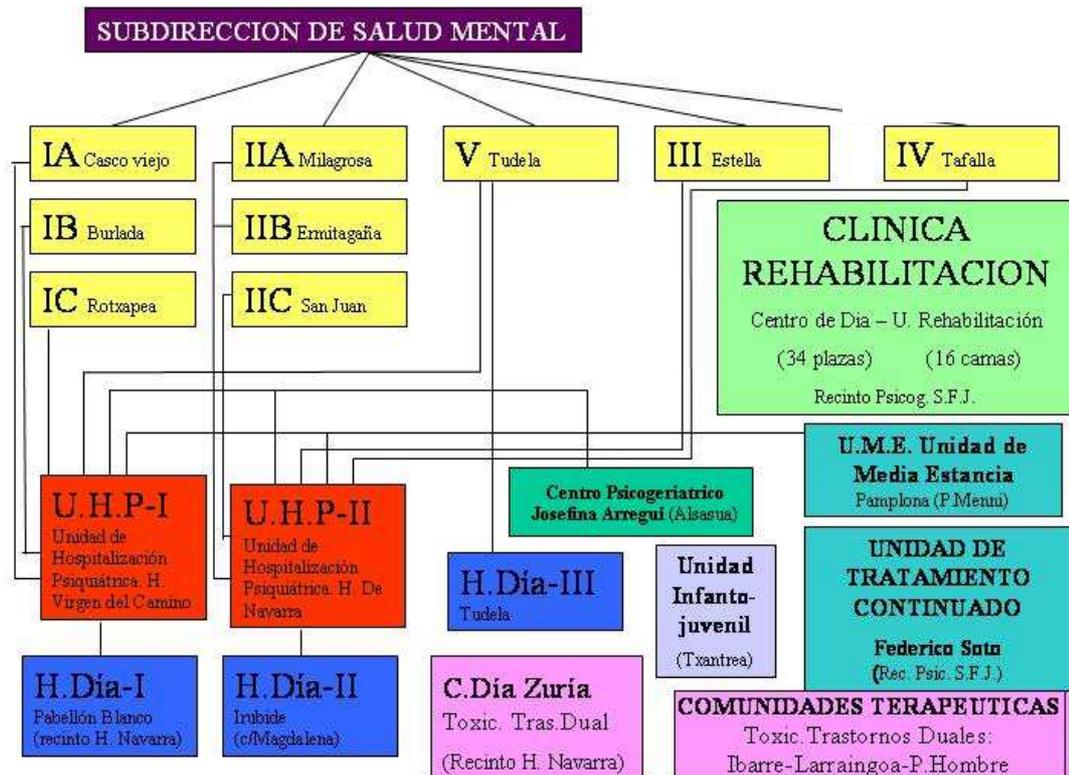
Unidad de Media Estancia.

23 plazas en Pamplona en la Clínica Padre Menni, para estancia en torno a los 90 días. Oferta atención en régimen de hospitalización en media estancia para pacientes agudos y subagudos, y presta apoyo a las Unidades de Hospitalización Psiquiátricas.

Unidad de Tratamiento Continuo.

Unidad Federico Soto con 12 plazas para personas con T.M.G que, por su situación clínica, precisan de una estancia entre 12 y 18 meses. Los objetivos son la estabilización psicopatológica y la definitiva orientación de cara al alta.

Red De Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.



IV.2. Recursos de la Red Social y de Empleo

Servicios Sociales de Base.

42 Servicios Sociales de Base (entre ellos Pamplona, que cuenta cómo un SSB, pero que tiene a su vez doce unidades de barrio) distribuidos por toda la geografía Navarra. Entre los programas e intervenciones que realizan destacan las los Servicios de Acogida, Orientación, Asesoramiento, Valoración y Diagnostico social y/o Socioeducativo, los Servicios de Atención a Domicilio (S.A.D.) y los Proyectos de Empleo Social Protegido.

Centros de Rehabilitación Psicosocial: Con programas de Rehabilitación y Centro de Día.

Se han creado cuatro centros de rehabilitación psicosocial en Pamplona, Tudela, Estella y Elizondo con un total de 230 plazas.

	Centro de Día	Programa Rehabilitación Psicosocial.	TOTAL
CRPS PAMPLONA	30	35	65
CRPS TUDELA	30	35	65
CRPS ESTELLA	30	35	65
CRPS ELIZONDO	15	20	35
TOTAL	105	125	230

Atención Residencial:

Ayudas económicas individuales para la integración social .Destinadas al mantenimiento de personas con enfermedad mental, sin cobertura familiar, en su medio habitual (patronas): **51** personas se benefician de estas ayudas.

Piso Supervisado: un piso en Tudela con cuatro plazas.

Área de Formación y Actividad Laboral:

Formación:

Elkarkide imparte un curso anual de formación y asesoramiento laboral para personas con T.MG., subvencionado por el Servicio Navarro de Empleo y la Agencia Navarra para la Dependencia. La idoneidad y derivación a estos cursos se hace a través de la Red de Salud Mental.

Ocupacional Laboral:

Actualmente hay tres centros ocupacionales para enfermos mentales de la Comunidad Foral:

- Aranzadi y Lizardi que ofertan un total de 130 plazas.
- Tudela con 20 plazas.

Gestionados por Elkarkide y subvencionados por la Agencia Navarra para la Dependencia.

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:

Programa de Intervención Sociocomunitaria.

La Agencia Navarra para la Dependencia subvenciona este programa, que consiste en el desarrollo de un plan individualizado de intervención, de carácter psicoeducativo, y que tiene por objeto que el usuario alcance el nivel más adecuado posible de autonomía, adquiriendo habilidades de adaptación e integración en el entorno, así como fomentando aquellos aspectos relacionados con el autocuidado y el manejo de la enfermedad. Los casos se derivan desde los Centros de Salud Mental.

En el año 2007 se atendieron un total de 127 usuarios distribuidos por toda Navarra:

- Pamplona: 75 usuarios.
- Tudela: 25 usuarios.
- Estella: 12 personas.
- Tafalla: 4 personas.
- Santesteban: 11 personas

Programas de Ocio y Tiempo Libre.

Conjunto de actividades que tienen como objetivo el desarrollo de las posibilidades formativas, artísticas y lúdicas de las personas usuarias.

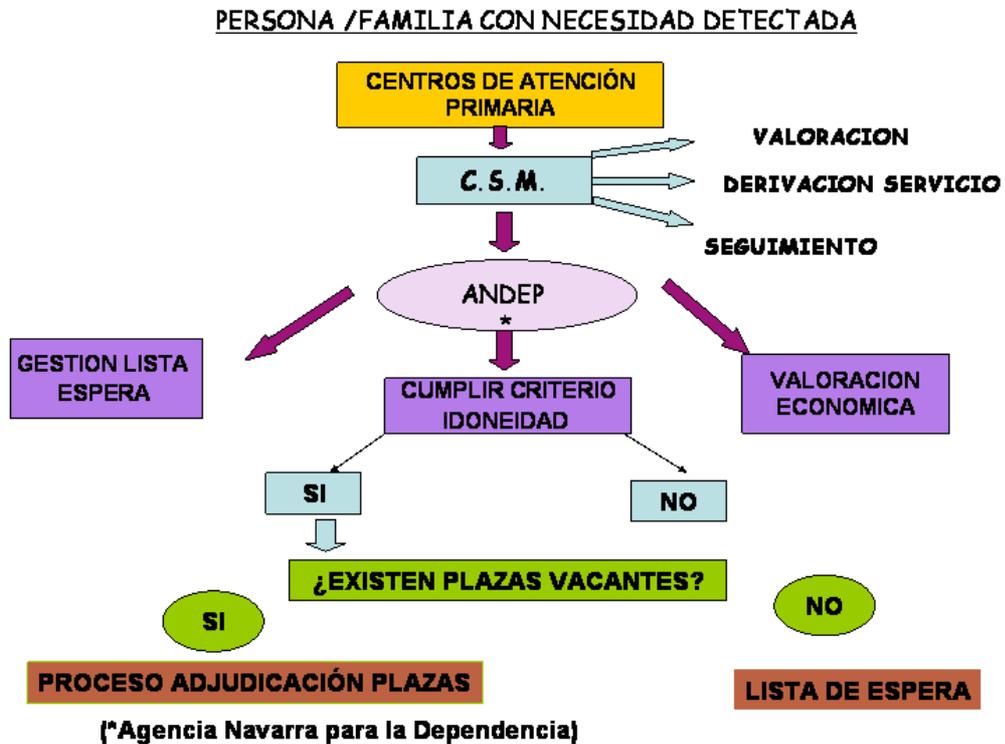
IV.3. Recursos Sociosanitarios

- Plazas RAEM: 42 plazas en Pamplona en la Clínica Padre Menni, 40 plazas en Elizondo en el Centro Hospitalario Benito Menni y 19 plazas en el centro Psicogeriátrico San Francisco Javier.
- Pisos tutelados con un total de 14 plazas (PTEM): situados en Pamplona, dos de 4 plazas para varones y el tercero de 6 plazas para mujeres,

supervisados por el equipo de la residencia asistida para enfermos mentales Clínica Padre Menni también de Pamplona.



V. SISTEMA DE ACCESO AL PROGRAMA



VI. SERVICIOS PREVISTOS E IMPLANTADOS: TIPO DE SERVICIO, NÚMERO DE PLAZAS

El Programa **preveía para su creación** los siguientes recursos:

- 6 Centros de Rehabilitación Psicosocial: 2 en Pamplona, 1 en Tudela, 1 en Estella, 1 en Tafalla y 1 en Elizondo.
- 4 Residencias Hogares: 2 en Pamplona, 1 en Tudela y 1 en Estella.
- 3 Pisos: 1 Supervisado en Tudela y 2 Tutelados en Pamplona.
- 3 Centros de Formación y Orientación al Empleo: 1 en Estella, 1 en Tudela y 1 en Pamplona.
- 2 Equipos de Intervención Sociocomunitaria: 1 en Pamplona y 1 en Tudela.

De los recursos previstos para su creación **se han implantado** los siguientes:

- 4 Centros de Rehabilitación Psicosocial: 1 en Tudela, 1 en Pamplona y 1 en Estella con 65 plazas cada uno y 1 en Elizondo con 35 plazas.
- 2 Pisos: 1 supervisado en Tudela con 4 plazas y 1 tutelado en Pamplona con 6 plazas.
- 2 Equipos de Intervención Sociocomunitaria.

VII. DATOS DE OCUPACIÓN RECURSOS IMPLANTADOS EN EL PERIODO 2005-2008

La implantación del Programa del TMG, ha supuesto un avance significativo en la vinculación e implicación de los Servicios Sociales en su desarrollo; en definitiva un cambio en la filosofía tradicional de considerarlos sujetos de atención exclusiva de los servicios de salud mental.

Los programas de rehabilitación psicosocial desarrollados en los CRPS, han supuesto un importante impacto en la atención a este colectivo, puesto que han intervenido en las áreas que, en consenso entre paciente/ CSM, se habían determinado como más deficitarias. Esto ha permitido lograr un nivel de funcionamiento más adecuado para mantener un estilo de vida independiente. A continuación se reseñan algunas de las cuestiones más positivas:

- La aplicación de los conocimientos, entrenamiento en las técnicas y adiestramiento en distintas habilidades es percibido y reconocido por los usuarios de modo útil y satisfactorio.
- La asistencia a los programas es compatible con otras actividades formativas u ocupacionales, facilitando el mantenimiento de éstas.
- La participación en estos programas supone para la red de SM y para los CSM en particular una garantía de desarrollo y seguimiento de actividades de rehabilitación de modo intensivo, en definitiva, una continuidad de cuidados.
- La coordinación establece una comunicación fluida y la intervención resulta complementaria con las psicoterapias clínicas.
- Supone una alternativa más, muy cualificada en el abordaje y seguimiento de los pacientes.

- El trabajo grupal que se desarrolla potencia el establecimiento de relaciones entre los usuarios, área frecuentemente deficitaria por las propias características de la enfermedad.

El programa de Centro de Día, más intensivo, incluyendo el comedor, ha servido para favorecer el mantenimiento de algunas personas sin soporte familiar suficiente en su entorno comunitario y de vivienda.

Desempeña también, una función importante en la rebaja del impacto de la “carga familiar” asociada a la prestación de cuidados para los usuarios que requieren más intensidad en la atención.

Las familias, manifiestan un alto grado de satisfacción con el CRPS así como los usuarios que están en proceso de constitución de una Asociación en Pamplona para mantener una cierta vinculación con otros usuarios.

Los CRPS comenzaron a funcionar en octubre del año 2005. Como puede apreciarse en el cuadro que se expone a continuación, la ocupación de los CRPS es al 100% en el caso de Pamplona, existiendo en estos momentos lista de espera. La ocupación de los CRPS de Tudela, Estella y Elizondo, es menor por lo que se propone una adecuación de las plazas. Las razones que a nuestro juicio, pueden explicar esto, tienen que ver con varias cuestiones: la población diana sobre que se cuantificó cuando se elaboró el programa era mayor, y por otro lado se trata de zonas rurales en las que el transporte y los estilos de vida dificultan más el acceso a este tipo de recursos.

EVOLUCIÓN DE LA OCUPACIÓN PLAZAS TMG		2005 (*)	2006	2007	
MENORES DE 65 AÑOS	CRPS Programas	Arga (Pamplona)	57,14%	97,14%	100%
		Queiles (Tudela)	14,29%	49,05%	49%
		Ordoiz (Estella)	22,86%	59,35%	60%
		Elizondo	0	10%	7%
	CRPS Centro de Día	Arga (Pamplona)	30%	95,83%	100%
		Queiles (Tudela)	23,33%	67,92%	84%
		Ordoiz (Estella)	16,67%	37,50%	54%
		Elizondo	26,67%	43,33%	38%
	Piso Supervisado	Tudela		75%	79%
	PISOS TUTELADOS	Sarriés (Hombres)	100%	100%	100%
		Ursúa (Hombres)	100%	100%	100%
		Guipúzcoa (Mujeres)	100%	100%	100%
	RAEM	Padre Menni (Pamplona)	100%	100%	100%
Benito Menni (Elizondo)		100%	100%	100%	
San Francisco Javier		100%	100%	100%	

(*) El programa se inició en noviembre de 2005.

Reafirmamos el planteamiento de diseñar los servicios en función de las necesidades del usuario, manteniendo a éste, en primera instancia, como centro de su organización y tomando en consideración el lugar donde se encuentra. Esto significa que debe intentarse el mantenimiento del paciente en su medio habitual, considerando el hogar como el lugar más deseable para vivir con el apoyo si es necesario de la prestación de servicios domiciliarios (SAD municipales y/o PISC), pero previendo la necesidad de que pueden prestarse en otros lugares alternativos.

Los pisos tutelados o supervisado (creado en Tudela) han supuesto un alojamiento alternativo a la familia, que permite mantenerse en la comunidad más próxima al origen, requieren la competencia suficiente para vivir autónomamente y participar en las actividades de la vida diaria con un cierto grado de tutela o supervisión.

El aumento de plazas de RAEM ha contribuido al ingreso de pacientes con situaciones límite, difíciles de mantener en su medio familiar, suponiendo un factor muy importante de contención, reducción de riesgos y mejora en su calidad de vida.

El recurso intermedio para completar el mapa, lo constituyen las Residencias Hogar en vías de construcción, que atenderán a personas con TMG más dependientes y que deben contar con la presencia continuada de personal.

Desde la implantación del Programa del TMG, los Programas de Intervención Sociocomunitaria que ya venían realizándose se han consolidado, ofreciendo una atención personalizada en el medio comunitario de los usuarios. Ese funcionamiento, permite un proceso de acompañamiento continuado en la consecución de los objetivos marcados con especial incidencia en autocuidado, relaciones sociales e integración en actividades ocupacionales, laborales o de ocio. La coordinación con los CSM también es sistematizada, frecuente y fluida, lo que potencia la intervención de ambos servicios.

La creación de un Centro Ocupacional de 20 plazas en Tudela y el aumento de otras 20 plazas en Pamplona en 2008, aunque no estaba contemplado en el Programa, ha supuesto sobre todo para la zona de Tudela un revulsivo en el abanico de recursos existente, en beneficio de las personas con TMG de la zona.

VIII. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS POR ÁREAS

La propuesta que se hace de los servicios a prestar a la población objeto, y como continuidad al programa aprobado en el 2005, incluye no sólo la creación de recursos nuevos, sino que se aboga también por un tipo de servicios ya previstos en el programa inicial, pero más adaptados a las necesidades de cada zona específica de Navarra, y por tanto más cercanos a las distintas realidades de nuestra comunidad.

Por todo ello, la propuesta de **oferta de servicios dirigida a las personas con TMG debe ser diferente según la zona donde residan**, teniendo en cuenta que existen diferencias no sólo geográficas, sino en los modelos de funcionamiento de las personas y de los propios recursos. En cuanto a las zonas rurales, la oferta debe ser diseñada más específicamente de acuerdo a los estilos de vida que en ellas se dan, aprovechando los recursos que ya existan y contemplando siempre las dificultades derivadas del acceso a los recursos. Los recursos a ofertar deben ser diferentes, no tanto centralizados en zonas urbanas, sino más orientados hacia la comunidad, más polivalentes, con posibilidades de transporte y de otras medidas que los hagan accesibles.

Se considera que los recursos residenciales más asistidos se deberán ubicar en núcleos de población grande; Pamplona y Tudela, por cuestiones de rentabilidad, operatividad y eficiencia.

Se **refuerzan los espacios de coordinación y de información hacia los profesionales**. Durante estos años se han puesto de manifiesto las ventajas y virtudes de este modelo de trabajo, la coordinación, a través de comisiones interdepartamentales. Hemos estado trabajando desde el punto de vista conceptual sobre el modelo de coordinación, trabajando el lenguaje, definiendo el objetivo común en las acciones. Llegado este momento, apostamos por generar otros espacios de coordinación por áreas descentralizadas, flexibles y en la medida que sean espacios de mejora para las partes y sobre todo para las personas sobre las que recaen las acciones, y que no sean una sobrecarga de trabajo para los profesionales.

Con relación al **PISC (Programa de Intervención Sociocomunitario)**, se plantea, a la luz de los resultados obtenidos hasta la fecha y el análisis de necesidades, un replanteamiento de dicho recurso. Entendemos que debe tratarse de un servicio que se base en un “alcance afirmativo” (*assertive outreach*), al estilo de los modelos de equipos asertivo- comunitarios, basado en contactar y tratar de ofrecer servicios incluso a personas con escasa motivación. Sería oportuna una aproximación flexible con un equipo itinerante que se desplazara al medio natural del paciente. Los aspectos más relevantes de este dispositivo serían que:

- Suponga un apoyo de los programas terapéuticos y de rehabilitación. Atención personalizada y con frecuencia a domicilio, incluido el adiestramiento “in situ” de las familias, en el manejo de ciertas situaciones relacionales y de cuidados.
- Aborde todos aquellos aspectos que tengan que ver con la reincorporación social en la comunidad, tanto en el ámbito familiar (inserción, actividades instrumentales y de la vida diaria, resolución de problemas) como fuera de él (actividades instrumentales, ocio, utilización de recursos etc.)
- Perfil profesional. El personal será preferentemente Educador Social en salud mental.
- Duración del servicio. Según los perfiles y programas podrá ser limitada/ilimitada en el tiempo.
- Responsabilidad de las familias. Se utilizarán los procedimientos más adecuados (consentimiento informado, contrato...) para obtener la colaboración de los allegados al usuario.
- Coordinación con Red de Salud Mental. La derivación se realizará desde los CSM. La coordinación del caso, particular con los profesionales de Trabajo Social. “

En cuanto a las **patronas**, se establece que cuente con el apoyo y la supervisión de los equipos de intervención sociocomunitaria. Y que según los resultados de la evaluación del nuevo servicio de vivienda con apoyo, progresivamente se amplíe el número de plazas de este servicio con nuevas viviendas para atender a las personas con enfermedad mental que actualmente están en las patronas y que pueden beneficiarse del mismo.

Ampliación de plazas del área **ocupacional/ laboral** a todos los niveles, diversificando al máximo la oferta con un nuevo modelo de Centro Ocupacional.

El Centro Ocupacional creado con esas premisas, es un espacio donde valorar las actitudes y capacidades de las personas en relación al mundo laboral, con la finalidad de contrarrestar las dificultades que muchas personas presentan para iniciar o reemprender una actividad laboral ordinaria. En estos espacios se debe cumplir una doble función:

- Permitir una formación prelaboral ligada fundamentalmente a la adquisición de hábitos básicos y habilidades sociolaborales, encaminada a la incorporación a Centros especiales de Empleo y/o empleo ordinario.
- Facilitar ocupación permanente cuando no sea posible la integración laboral con el fin de mantener y mejorar su autonomía personal.

Así mismo, en el año 2011 el centro ocupacional pasa a ser prestación garantizada en la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito general.

Más allá de evaluar y proponer medidas relacionadas con recursos concretos de atención, es necesario incluir un elemento fundamental que debe impregnar la actividad cotidiana de los profesionales dedicados a la mejora en la calidad de vida de estas personas. Se trata de la formación.

Tal como recoge la Ley de Dependencia y la Ley Básica de la Autonomía del Paciente, existe una obligación por parte de la Administración y de los propios profesionales de prestar el mejor servicio posible, para lo cual un adecuado nivel formativo es requisito imprescindible. Por otra parte, es fundamental facilitar asimismo la formación a los cuidadores de estos pacientes, que obviamente redundará en una mejor calidad de vida para ambas partes.

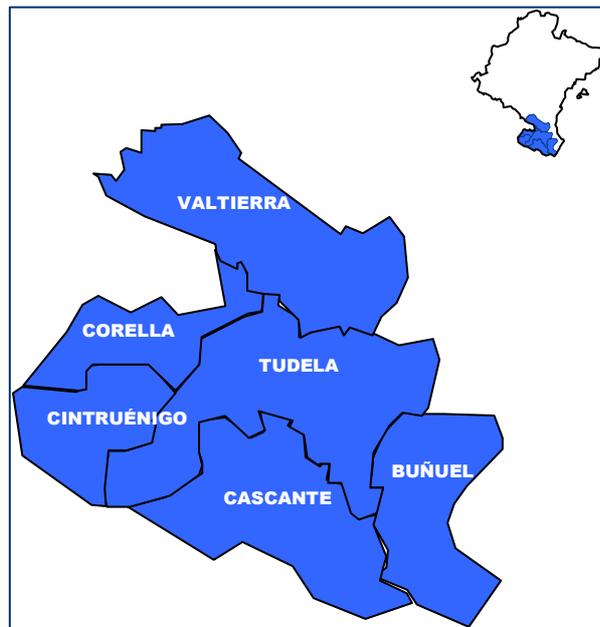
En este sentido se realizan las siguientes sugerencias:

- Un **Plan de Formación** global dirigido a todos los profesionales y de modo especial a los de atención directa que atiende las necesidades de las personas dependientes por la enfermedad mental.

- Un **Plan de Inversión** que apoye los programas específicos de formación continuada promovidos por las entidades y organizaciones relacionadas con la atención a los TMG
- Un **Acuerdo Social** que favorezca las condiciones socio-laborales de los profesionales y la calidad del empleo que evite la inestabilidad de los profesionales y sus consecuencias sobre los afectados y sus familias.

Para terminar, es fundamental señalar que los recursos que se proponen deben estar en **continua supervisión y adaptación a las necesidades cambiantes** de las personas. La implementación de este programa debe por tanto estar sujeta a un proceso de **evaluación continua**.

VIII.1. Área de TUDELA



PROPUESTA DE ADECUACIÓN DE SERVICIOS:

Servicio	Plazas
CRPS con programa de centro de día	50
Centro ocupacional	20
Programa de intervención sociocomunitaria	
Piso Supervisado	4
Residencia polivalente	25

Centro de Rehabilitación Psicosocial con programa de Centro de Día.

- Reducir las plazas de las 65 actuales a 50: 25 para Programas de Rehabilitación y 25 para Centro de Día.
- Reforzar la rehabilitación en aspectos laborales, especialmente ahora que se ha creado un recurso ocupacional.
- Garantizar facilidades de transporte a los/as usuarios/as, combinando la oferta del propio transporte con ayudas económicas que posibiliten el mismo.

Área Residencial: Residencia Polivalente y Piso Supervisado.

Residencia Polivalente, dotada de 25 plazas, ubicada en Tudela, que asumirá las siguientes funciones:

- Prestar atención continuada y permanente a personas con TMG con nivel deficitario de autocuidados, autonomía personal y funcionamiento psicosocial. Contará con programas diferenciados según el nivel de autonomía de los pacientes y su correspondiente necesidad de apoyo y supervisión, modificando así la propuesta inicial de la Residencia Hogar. Proporcionará tanto alojamiento, manutención, cuidados y soporte como apoyo personal y social desde una perspectiva rehabilitadora. En cualquier caso deberá existir ausencia, inadecuación o imposibilidad de apoyo familiar. Contará con personal sanitario.

Piso Supervisado. Las plazas de piso supervisado, estarán dependiendo de la residencia hogar, o del CRPS, de tal manera que se optimice el seguimiento de los programas.

- Mantener las 4 plazas existentes.
- Cambiar el perfil del personal, de manera que se sustituya la figura actual de cuidador por la de educador social, por adecuarse más ese perfil a las funciones requeridas.

Programa de Intervención Sociocomunitario.

Se propone un modelo flexible que incluya un equipo itinerante, que se desplace al medio habitual de la persona, incluidos domicilios. Proveerá de servicios de apoyo, acompañamiento y psicoeducación con:

- Programas terapéuticos y de rehabilitación a domicilio, incluido el adiestramiento “in situ” de las familias, en el manejo de ciertas situaciones relacionales y de cuidados.
- Todas las actividades que tenga que ver con la incorporación social en la comunidad, tanto en el ámbito familiar (inserción, actividades instrumentales y de la vida diaria, resolución de problemas) como fuera de él (actividades instrumentales, ocio, utilización de recursos etc.)

Ocio y tiempo libre.

- Orientar el programa hacia actividades de contenido formativo, lúdico y de ocio en horario complementario a otros recursos de rehabilitación, diurnos y ocupacionales, con especial atención a fines de semana y periodos vacacionales.

Coordinación.

Con el objeto de garantizar los procesos de coordinación en esta área, se propone, constituir una comisión para el seguimiento de los itinerarios de los usuarios.

Esta comisión deberá estar integrada por profesionales que pertenecen a entidades competentes en la prestación de servicios sanitarios y sociales, y de las empresas gestoras de los servicios, cuyo trabajo esté directamente relacionado con la atención a personas con TMG (Centro Salud Mental, CRPS, Entidades gestoras de recursos). Su labor fundamentalmente consistirá en la coordinación y articulación de los recursos y gestión de casos favoreciendo la continuidad en los cuidados y evitando la duplicidad de las intervenciones. Será el CSM quien coordine y aglutine la información relativa a cada usuario.

VIII.2.- Área de ESTELLA



PROPUESTA DE ADECUACIÓN DE SERVICIOS:

Servicio	Plazas
Centro de Rehabilitación Psicosocial con programa de centro de día	50
Centro ocupacional Creación progresiva de plazas en Centro Ocupacional y de plazas de Centro especial de empleo.	20
Programa de intervención sociocomunitaria	
Mini-residencia	10

Centro de Rehabilitación Psicosocial con programa de Centro de Día.

- Reducir las plazas de las 65 actuales a 50: 25 para Programas de Rehabilitación y 25 para Centro de Día.
- Dar opción en tanto no se amplían las plazas del CRPS de Pamplona a los usuarios que están en lista de espera, para que ocupen las plazas libres de Estella.
- Garantizar facilidades de transporte a los/as usuarios/as, combinando la oferta del propio transporte con ayudas económicas que posibiliten el mismo.

Área Residencial: Mini-Residencia

Mini-Residencia.

Dadas las características del área de Estella y teniendo en cuenta, la población a atender, y la demanda existente se considera más adecuado que se sustituya la propuesta inicial de abrir una Residencia-Hogar por una mini-residencia con diez plazas.

Su puesta en marcha queda supeditada a la evolución de la demanda.

Programa de Intervención Sociocomunitaria.

Se propone un modelo flexible que incluya un equipo itinerante, que se desplace al medio habitual del paciente, incluidos domicilios. Proveerá de servicios de apoyo, acompañamiento y psicoeducación con:

- Programas terapéuticos y de rehabilitación a domicilio, incluido el adiestramiento “in situ” de las familias, en el manejo de ciertas situaciones relacionales y de cuidados.
- Todas las actividades que tengan que ver con la incorporación social en la comunidad, tanto en el ámbito familiar (inserción, actividades instrumentales y de la vida diaria, resolución de problemas) como fuera de él (actividades instrumentales, ocio, utilización de recursos etc.)

Formación y actividad laboral: ocupacional/laboral.

- Propuesta para estudiar la viabilidad de crear un centro ocupacional ante la demanda expresada por los profesionales del centro de Salud mental de la zona.

Ocio y tiempo libre.

- Orientar el programa hacia actividades de contenido formativo, lúdico y de ocio en horario complementario a otros recursos de rehabilitación, diurnos y ocupacionales, con especial atención a fines de semana y periodos vacacionales.

Coordinación.

Con el objeto de garantizar los procesos de coordinación en esta área, se propone, constituir una comisión para el seguimiento de los itinerarios de los usuarios.

Esta comisión deberá estar integrada por profesionales que pertenecen a entidades competentes en la prestación de servicios sanitarios y sociales, y de las empresas gestoras de los servicios, cuyo trabajo esté directamente relacionado con la atención a personas con TMG (Centro Salud Mental, CRPS, Entidades gestoras de recursos). Su labor fundamentalmente consistirá en la coordinación y articulación de los recursos y gestión de casos favoreciendo la continuidad en los cuidados y evitando la duplicidad de las intervenciones. Será el CSM quien coordine y aglutine la información relativa a cada usuario.

VIII.3.- Área de Tafalla



PROPUESTA DE ADECUACIÓN DE SERVICIOS:

Servicio	Plazas
Centro Ocupacional con Programa de Rehabilitación Psicosocial.	20
Programa de intervención sociocomunitario.	

Centro ocupacional con Programas de Rehabilitación Psicosocial.

Centro Ocupacional con 20 plazas que ofrezca de forma complementaria programas de rehabilitación psicosocial con especial incidencia en las siguientes áreas de intervención: auto cuidado, psicoeducación, autocontrol y manejo del estrés, déficits cognitivos, habilidades sociales y rehabilitación cognitiva.

Programa de Intervención Sociocomunitario.

Se propone un modelo flexible que incluya un equipo itinerante, que se desplace al medio habitual del paciente, incluidos domicilios. Proveerá de servicios de apoyo, acompañamiento y psicoeducación.

Ocio y tiempo libre.

Orientar el programa hacia actividades de contenido formativo, lúdico y de ocio en horario complementario a otros recursos de rehabilitación, diurnos y ocupacionales, con especial atención a fines de semana y periodos vacacionales.

Coordinación.

Con el objeto de garantizar los procesos de coordinación en esta área, se propone, constituir una comisión para el seguimiento de los itinerarios de los usuarios.

Esta comisión deberá estar integrada por profesionales que pertenecen a entidades competentes en la prestación de servicios sanitarios y sociales, y de las empresas gestoras de los servicios, cuyo trabajo esté directamente relacionado con la atención a personas con TMG (Centro Salud Mental, CRPS, Entidades gestoras de recursos). Su labor fundamentalmente consistirá en la coordinación y articulación de los recursos y gestión de casos favoreciendo la continuidad en los cuidados y evitando la duplicidad de las intervenciones. Será el CSM quien coordine y aglutine la información relativa a cada usuario.

VIII.4.-Área NAVARRA NOROESTE



PROPUESTA DE ADECUACIÓN DE SERVICIOS:

Servicio	Plazas
Centro Rehabilitación Psicosocial con programa de Centro de Día.	15
Programa de intervención sociocomunitario.	

Centro de Rehabilitación Psicosocial con programa de Centro de Día.

- Reducir a 15 plazas polivalentes el nº de plazas del CRPS de Elizondo (CD/PR según necesidades).
- Garantizar facilidades de transporte a los/as usuarios/as, combinando la oferta del propio transporte con ayudas económicas que posibiliten el mismo.

Programa de Intervención Sociocomunitario.

Se propone la creación de un equipo de intervención sociocomunitaria que atienda las zonas de Elizondo, Santesteban y Lesaka.

Se propone la creación de otro equipo de intervención sociocomunitaria en Pamplona que atienda las zonas de Altsasua, Etxarri Aranatz, Irurtzun, Leitza, Ultzama, Aoitz, Burguete, Salazar, Isaba y Sangüesa.

El número de profesionales de dichos equipos se adecuará a las necesidades de las zonas.

Formación y actividad laboral: ocupacional/laboral.

Teniendo en cuenta las particularidades de la zona, características de su población y las subsiguientes dificultades de vinculación a los recursos existentes, en lo referente al área ocupacional, se propone que puedan utilizar los dispositivos que ya existen en la zona, aunque sean dirigidos a otros colectivos de discapacidad, siempre que esto sea posible y con la supervisión del profesional de referencia en su Centro de Salud Mental y con la colaboración de los profesionales de los SSB.

Ocio y tiempo libre.

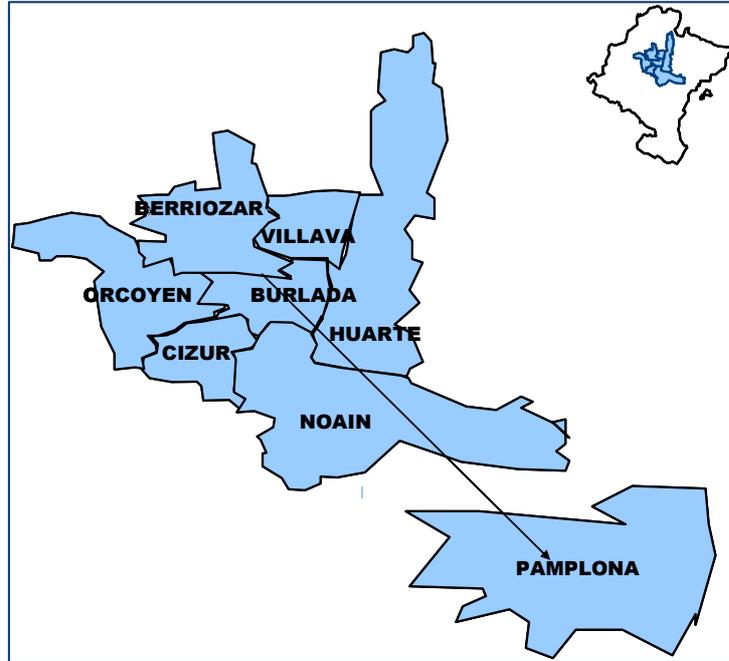
Orientar el programa hacia actividades de contenido formativo, lúdico y de ocio en horario complementario a otros recursos de rehabilitación, diurnos y ocupacionales, con especial atención a fines de semana y periodos vacacionales.

Coordinación.

Con el objeto de garantizar los procesos de coordinación en esta área, se propone, constituir una comisión para el seguimiento de los itinerarios de los usuarios.

Esta comisión deberá estar integrada por profesionales que pertenecen a entidades competentes en la prestación de servicios sanitarios y sociales, y de las empresas gestoras de los servicios, cuyo trabajo esté directamente relacionado con la atención a personas con TMG (Centro Salud Mental, CRPS, Entidades gestoras de recursos). Su labor fundamentalmente consistirá en la coordinación y articulación de los recursos y gestión de casos favoreciendo la continuidad en los cuidados y evitando la duplicidad de las intervenciones. Será el CSM quien coordine y aglutine la información relativa a cada usuario.

VIII.5. Área de PAMPLONA y COMARCA



PROPUESTA DE ADECUACIÓN DE SERVICIOS:

Servicio	Plazas
Centro de Rehabilitación Psicosocial.	65
2 Residencias –Hogar.	50
4 Pisos funcionales	16
Equipo de Intervención sociocomunitario	

- Abrir un segundo Centro de Rehabilitación psicosocial, con Servicio de Centro de Día con 65 plazas en total.
- Dos Residencia Hogar con 25 plazas cada una.
- Cuatro pisos supervisados con 16 plazas.

IX. BIBLIOGRAFIA

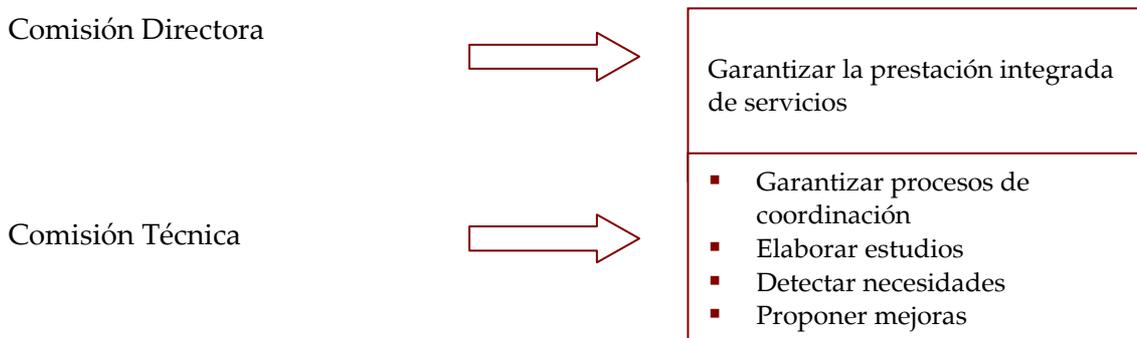
- II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Junta de Castilla y León. Conserjería de Sanidad. Dirección General de Planificación y Ordenación. 2003
- Modelo de Atención a las personas con Enfermedad Mental Grave. Colección de documentos. Serie documentos técnicos. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. 2007.
- Documento de Trabajo. Criterios para el Desarrollo del Programa Residencial. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, aprobado en diciembre de 2006.
- Boletín Equal Forum nº 7. Colectivo Equal Enfermedad Mental Crónica.
- La integración Laboral de las personas con Trastorno Mental Grave. Una cuestión Pendiente. Rodríguez Pulido y otros. Psiquis, 2004.
- Documento del Foro de Salud Mental. “Valoración del Plan Social del Enfermo Mental Grave de Navarra: un estudio Delphi”.
- Marshall M, Lockwood A. Tratamiento asertivo en la comunidad para las personas con desórdenes mentales severos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 1. Oxford: Update Software Ltd.
- Coldwell, C.M., Bender, W. S.: The effectiveness of assertive community treatment for homeless populations with severe mental illness: a meta- analysis. American Journal of Psychiatry 164: 3, march 2007.
- Atención residencial comunitaria y apoyo al alojamiento de personas con EMGC. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. 2007.
- Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario a personas con EMC. Programas básicos de Intervención. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid 2007.
- Rehabilitación Psicosocial del Trastorno Mental Severo. Situación actual y recomendaciones. Grupo de Trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Rehabilitación, Apoyo Social y Atención Comunitaria a las personas con TMG. Propuestas de desarrollo en Andalucía. Publicado RAEN 2007. Lopez M. y otros.

ANEXO I.

PAPEL DE LA COORDINACIÓN EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA TMG

1. ESQUEMA GENERAL
2. REFERENCIAS NORMATIVAS
3. MISION DE LAS ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA
4. FUNCIONAMIENTO DE LAS COMISIONES
5. COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN
6. RELACIONES DE LA COMISION CON LOS DISTINTOS AGENTES

1.- ESQUEMA GENERAL



El ámbito de la coordinación, consiste en articular la colaboración entre los sistemas de salud y social, como respuesta a la necesidad de abordar la atención a las personas con TM, desde la intervención integrada de los servicios.

La Comisión Directora, tiene por objetivo, impulsar y promover actuaciones por parte de los dos Departamentos. El hecho de que estén presentes tanto los Directores Generales como los Gerentes, facilita el desarrollo posterior de las acciones, y genera un espacio de sensibilización que antes no existía.

La presencia de las Asociaciones de familiares abre cauces a la iniciativa social, para la incorporación de propuestas y a su vez para el conocimiento del trabajo realizado y en otras ocasiones, las dificultades de llevarlo a cabo.

La Comisión Técnica, es la más cercana, por el trabajo que realiza, por los profesionales que la componen y por su valor añadido en el trabajo de los dos Departamentos.

Sin este espacio de coordinación, sería difícil llevar a la práctica el modelo de atención que se propone en este documento. El trabajo de los profesionales que constituyen la comisión técnica es la masa que conforma el resultado, aporta la coherencia y las redes de ensamblaje del trabajo diario de los profesionales de salud mental y de los distintos recursos que se ofertan en el Programa. Su ámbito es el de Comunidad Autónoma.

Por último no podemos dejar de mencionar el trabajo de *coordinación diario que están realizando los distintos profesionales* de los centros y recursos. Coordinaciones de gestión de caso concreto, y coordinaciones con la propia Comisión técnica y los distintos miembros que la componemos, aportando toda su experiencia en la atención de personas, identificando áreas de mejora y facilitando el trabajo de las administraciones.

En este Documento se propone una nueva Comisión, de Área, en este caso en Tudela. La cual trabajará con las premisas de la Comisión técnica Autonómica, aplicándolo a las necesidades y recursos del área.

2.- REFERENCIAS NORMATIVAS.

Las estructuras de Coordinación Sociosanitaria han sido reguladas por Acuerdo de Gobierno de Navarra de 24 de enero de 2005, al amparo de la aprobación del Programa para la Atención a Personas con Trastorno Mental Grave, para el desarrollo y seguimiento de dicho programa. ...

3.- FUNCIONAMIENTO DE TRABAJO DE LA COMISIÓN TÉCNICA.

1. Usar criterios objetivos y compartidos para priorizar. La importancia del lenguaje
2. Identificar claramente la población objeto de trabajo. Los profesionales implicados en el proceso de atención

3. Identificar el producto a conseguir en cada uno de los recursos a ofertar
4. Definir cauces de comunicación con los destinatarios, los profesionales
5. Distribución de tareas y responsabilidades, a la hora de trabajar los temas

Las reuniones tienen lugar cada mes, y la preside en años alternos cada Departamento.

La calidad de las reuniones está directamente relacionada con la satisfacción de los miembros que la componen, con su motivación, y con el clima de las reuniones.

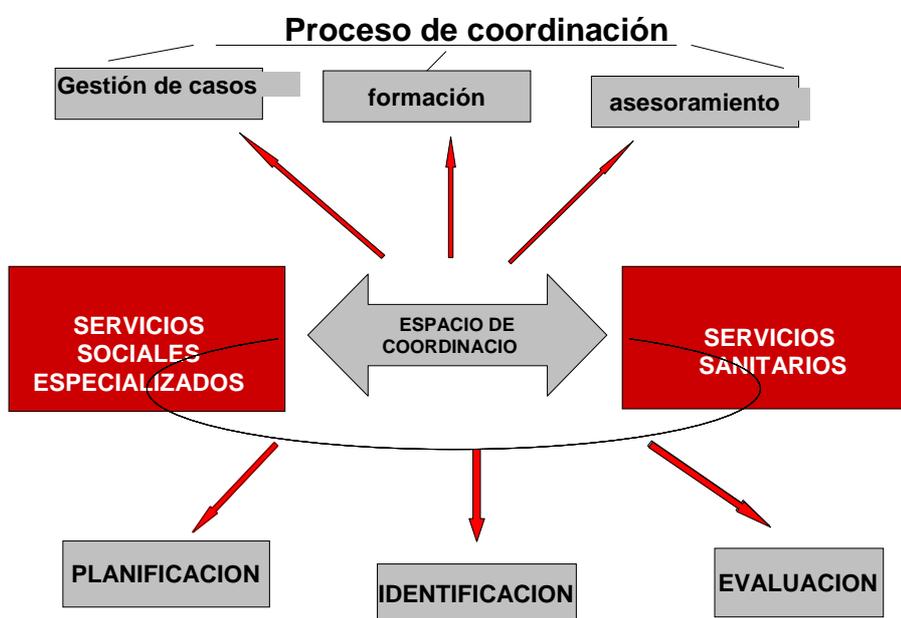
4.- COMPOSICIÓN DE LA COMISIÓN.

1. Los profesionales que participan en las comisiones pertenecen a Servicios Sanitarios y Sociales, asociaciones de profesionales y de familiares.
2. Son expertos cada uno en su ámbito, son capaces de abordar los problemas y los casos desde el punto de vista bio-psico-social, sin dejar de tener peso específico su formación de base, (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales.....).
3. Que además de su experiencia, los profesionales de ambos sistemas demuestran una actitud positiva y abierta para ofrecer el mejor servicio, los mejores apoyos, desde el respeto a las personas a las cuales se valoran, desde la implicación de su trabajo.
4. Que dentro de sus entidades, se relacionan con otros profesionales o equipos en trabajan en programas dirigidos a personas con TM, facilitando la comunicación en cascada.

5.- RELACIONES DE LA COMISION CON LOS DISTINTOS AGENTES

1. Hacia los profesionales, apoyando sus demandas e informando de cada una de las actuaciones nuevas. Fomentando la comunicación interna. Haciéndoles partícipes de los cambios propuestos.
2. Hacia las Entidades, definiendo los procesos de atención, facilitar la coordinación con los servicios implicados.
3. Hacia los niveles de responsabilidad, elaborando información significativa y propuestas para la toma de decisiones.

4. Hacia las familias y personas con TM, el valor añadido que supone la complementariedad de los profesionales de entidades distintas, el aportar una única puerta de entrada, beneficiarse de los recursos independientemente donde se encuentren.
5. Hacia los miembros que participamos en la comisión, satisfacción por compartir espacios y por lo que aprendemos de otros profesionales. Posibilidad de progresar y modificar la realidad.



ANEXO II

DATOS DE POBLACIÓN PARA EL PROGRAMA DEL TRASTORNO MENTAL GRAVE (TMG)

Población total ²				
SECTORES PROGRAMA TMG Zonas Básicas SS.SS ³	Población Total	Población 18-65 años	Población con TMG ³⁴	Población con T.M.G. usuaria de servicios ⁵
Alsasua, Etxari-Aranatz, Irurtzun, Leitza (IA)	27.798	17.976	180	72
Lesaka, Elizondo, Doneztebe, Ultzama, Burguete (IB)	32.412	20.690	207	83
Sangüesa, Salazar, Isaba (IIA)	13.971	8.439	84	34
Aranguren, Barañain, Burlada, Berriozar, Egües, Huarte, Noain, Orkoién, Pamplona, Villaba, Zizur (IC, IIB más parte IA, IB, IIA)	323.962	216.501	2.165	866
Tafalla, Artajona, Carcastillo, Olite, Peralta (IV)	45.127	28.234	282	113
Estella, Villatuerta, Allo, Ancín-Ameskoa, Los Arcos, Viana, Lodosa, San Adrián, Puente la Reina (III)	70.768	44.261	443	177
Tudela, Valtierra, Corella, Cintruénigo, Cascante, Buñuel (V)	91.838	59.096	591	236
Navarra	605.876	395.198	3.952	1.581

Los datos de población desagregados por sexo se indican en las tablas siguientes siguiendo los mismos criterios de elaboración.

² Datos del Padrón a 1 de enero de 2007

³ Estas agrupaciones de Zonas Básicas se corresponden con los Sectores de Salud Mental (entre paréntesis) salvo las excepciones que se recogen en el Programa TMG

⁴ Se ha aplicado, sobre la población de 18 a 65 años, el porcentaje del 1% que asume el Programa TMG para estimar la población con Trastorno Mental Grave para el total de la población.

⁵ Se ha aplicado sobre la población con Trastorno Mental Grave estimada anteriormente el porcentaje del 40% (tal como señala la bibliografía) para realizar una aproximación al número de personas que harían uso de alguno de los recursos sociales o socio-sanitarios.

Hombres				
Zonas Básicas (Sector salud mental)	Población	Población 18-65 años	Población con TMG	Población con T.M.G. usuaria de servicios
Alsasua, Etxari-Aranatz, Irurtzun, Leitza (IA)	14.586	9.782	98	39
Lesaka, Elizondo, Doneztebe, Ultzama, Burguete (IB)	16.990	11.281	113	45
Sangüesa, Salazar, Isaba (IIA)	7.269	4.603	46	18
Aranguren, Barañain, Burlada, Berriozar, Egües, Huarte, Noain, Orkoién, Pamplona, Villaba, Zizur (IC, IIB más parte IA, IB, IIA)	158.028	107.921	1.079	432
Tafalla, Artajona, Carcastillo, Olite, Peralta (IV)	23.049	15.079	151	60
Estella, Villatuerta, Allo, Ancín-Ameskoa, Los Arcos, Viana, Lodoso, San Adrián, Puente la Reina (III)	36.102	23.619	236	94
Tudela, Valtierra, Corella, Cintruénigo, Cascante, Buñuel (V)	46.306	31.042	310	124
Navarra	302.330	203.326	2.033	813

Mujeres				
Zonas Básicas (Sector salud mental)	Población	Población 18-65 años	Población con TMG	Población con T.M.G. usuaria de servicios
Alsasua, Etxari-Aranatz, Irurtzun, Leitza (IA)	13.212	8.195	82	33
Lesaka, Elizondo, Doneztebe, Ultzama, Burguete (IB)	15.422	9.410	94	38
Sangüesa, Salazar, Isaba (IIA)	6.702	3.836	38	15
Aranguren, Barañain, Burlada, Berriozar, Egües, Huarte, Noain, Orkoién, Pamplona, Villaba, Zizur (IC, IIB más parte IA, IB, IIA)	165.934	108.581	1.086	434
Tafalla, Artajona, Carcastillo, Olite, Peralta (IV)	22.078	13.155	132	53
Estella, Villatuerta, Allo, Ancín-Ameskoa, Los Arcos, Viana, Lodoso, San Adrián, Puente la Reina (III)	34.666	20.643	206	83
Tudela, Valtierra, Corella, Cintruénigo, Cascante, Buñuel (V)	45.532	28.054	281	112
Navarra	303.546	191.872	1.919	767