

## **Síntesis del informe de diagnóstico de situación de la atención a las personas con trastorno mental grave y/o drogodependencias (TMG-D) en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia**

### PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y/O DROGODEPENDENCIAS EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MURCIA

#### **Contexto de la investigación (Acuerdo de Comisión sociosanitaria y financiación de FSE)**

En la base de datos del sistema de dependencia (descarga de 21 de marzo de 2.016), hay 29.919 personas solicitantes con dependencia, con o sin resolución de grado, que cuentan con alguno de los siguientes diagnósticos (CIE-10):

Dx\_1\_ Demencias: F00-F09

Dx\_2\_ Drogodependencias: F10-F19

Dx\_3\_ Psicosis: F20-F29

Dx\_4\_ TrastornosDelHumor: F30-F39

Dx\_5\_ ObsesivoCompulsivo: F40-F48

Dx\_6\_ TrastornoPersonalidad: F60-F69

A todos los efectos, en el presente estudio el término TM se corresponde con algunos de los diagnósticos señalados anteriormente. De las 29.919 personas, 12.830 personas han fallecido. Hay, por tanto, **17.089 personas vivas con TM** que son solicitantes del grado de dependencia. **Este es el valor de referencia para todo el informe.**

El análisis de los datos obtenidos permite conocer la prevalencia del TM en personas solicitantes del sistema de Dependencia de la Comunidad Autónoma de Murcia.

De las 17.089 personas vivas con los diagnósticos anteriores, **7.266 (42,5%)**, presentan algunos de los considerados como Trastorno Mental, de acuerdo a la "*Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el **Trastorno Mental Grave***":

Trastornos esquizofrénicos (F20.x)

Trastorno esquizotípico (F21)

Trastornos delirantes persistentes (F22)

Trastornos delirantes inducidos (F24) Trastornos esquizoafectivos (F25)

Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29)

Trastorno bipolar (F31.x)

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

Trastornos depresivos graves recurrentes (F33)

Trastorno obsesivo compulsivo (F42)

El **83 % de las personas** con TM tiene diagnosticado **un solo trastorno**, el restante 17% varía entre 2 y 6 trastornos.

El 87,2 % tienen reconocido algún grado de dependencia.

### **EDAD**

El porcentaje más alto de personas jóvenes (menos de 20 años) con TM se corresponde con el DX5 Obsesivo Compulsivo, mientras que en el tramo central de edad (20-64 años) el predominio es la Psicosis, con especial relevancia en el grupo de 35 a 49 años. El grupo de 65 y más años destaca por la importante presencia de los Trastornos del Humor.

### **SEXO**

En cuanto al sexo, se evidencia una mayor presencia de mujeres, en términos relativos, en los Trastornos del Humor (78,3 %) y en el Obsesivo Compulsivo (74%).

Por el contrario, son las drogodependencias son las que ofrecen una mayor presencia masculina (82,5%).

## AREAS DE SALUD

Existen diferencias significativas entre las áreas de salud para algunos diagnósticos, sobre todo en las Psicosis, Trastornos del Humor y Demencias.

## GRADOS DE DEPENDENCIA

Dos terceras partes (67,1%) de las personas estudiadas tienen grado de dependencia 2 y 3, lo que supone que tienen grandes limitaciones para sus actividades de la vida diaria.

## PRESTACIONES RECIBIDAS

El 55,2 % recibe Prestación Económica de Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) o algún servicio. La mayor parte de las personas de 65 o más años (el 73,4 %) reciben algún tipo de servicio o prestación económica, mientras que en ningún grupo de edades menores de 65 años se supera el 12 % de perceptores.

En relación con las **áreas de salud** existen diferencias significativas en el acceso a los recursos y prestaciones del sistema de dependencia: el área 9 destaca por su alto porcentaje de acceso a los recursos de dependencia (64 %), en tanto que el área más baja en el acceso a estos recursos es el área 8 (48,1%).

## ASIGNACIÓN DE RECURSOS

El 44,8 % (**7.657 personas**), **no** tienen **ninguna prestación económica o servicio asignado**. De estas, 2.915 tienen reconocido el grado I de dependencia; 1.679 el grado II y 880 el grado III.

Hay 1.168 sin resolución de grado. De éstos:

- 5.071 tienen más de 65 años.
- 5.013 son mujeres.

Por áreas de salud, la Vega Alta (área 9), es la que tiene una relación más positiva, ya que el 63,8% sí tiene asignado recurso. El área 8 (Mar Menor), es la que tiene peor relación con el 51,9% que no tienen asignado recurso.

De los **9.432 que sí tienen asignado recursos**, 4.617 es económico para el cuidado en entorno familiar, otras 579 prestaciones económicas están vinculadas a servicios, como el Centro de Día, la Ayuda a Domicilio o el Servicio Residencial.

El 19,1 %, 3.256 personas **tiene asignado un recurso de Centro de Día, Residencia o Vivienda Tutelada**.

- Una de cada tres personas diagnosticadas con psicosis accede a este tipo de recursos

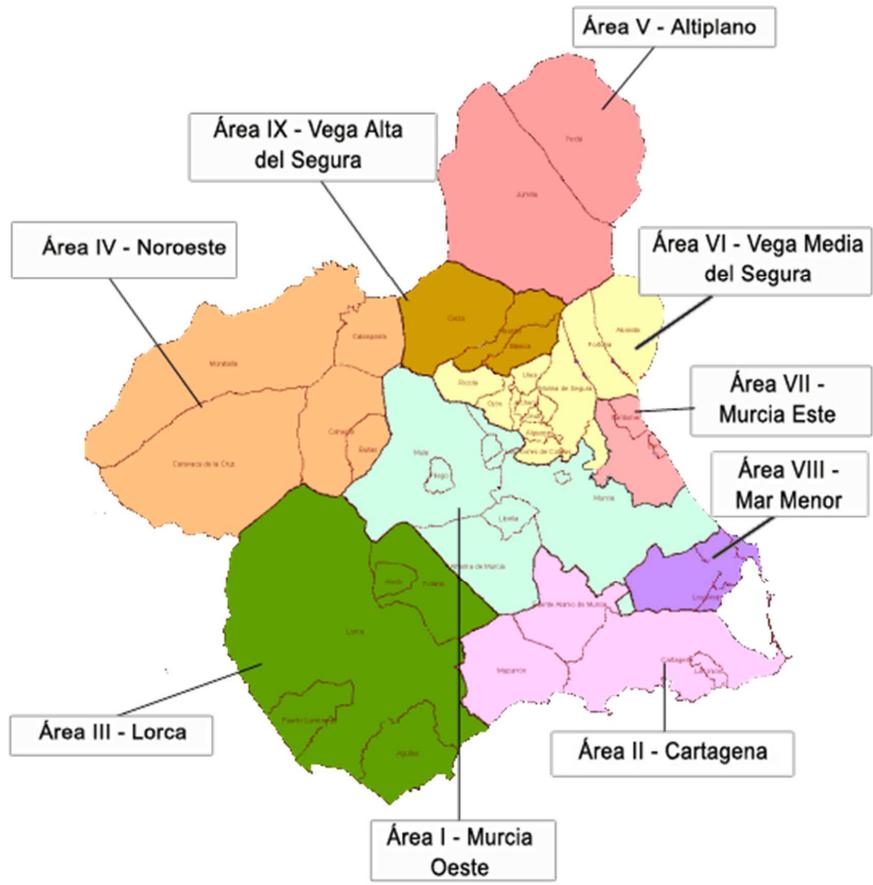
## AMBITO 2. MAPA DE RECURSOS SANITARIOS Y SOCIALES, PUBLICOS, CONCERTADOS Y PRIVADOS DESTINADOS A PERSONAS CON TMG., POR ÁREAS.

Se han contabilizado 224 recursos de los ámbitos Sanitarios y sociales. El 60 %, 135 recursos son de titularidad pública. De los restantes 89 recursos, el 33,70% tiene concierto con la administración. El resto, 59 recursos son privados.

El 58 % de los recursos son del ámbito social, el 42 % restante del sanitario.

Hay ocho municipios en los que no hay ningún recurso para la atención a personas con TMG. En estos municipios hay 919 personas con TMG.

De estos recursos el 68 % trata el TMG. El 25% atiende drogodependencias. El resto de recursos tiene por objeto: el trastorno límite de la personalidad, trastorno bipolar, Alzheimer, esquizofrenia y niños con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos.



Comentado [GTMM1]:

TIPOLOGÍA DE LOS RECURSOS		Área 1	Área 2	Área 3	Área 4	Área 5	Área 6	Área 7	Área 8	Área 9	Áreas	Total
Tipología	Censo →	4850	2731	1974	1141	683	2455	1467	881	907		17.089
Centro de atención a personas con enfermedad mental crónica		2		1					2			5
Centro de atención temprana *		1	2	2	1	1			1			8
Centro de día		2	5	4	2	1	7	1	2	2		26
Unidad de adultos		7	1	2	1	2	3	3	1	1		21
Residencia		6	4	2			6		2			20
Clínica sanitaria		1										1
Vivienda tutelada		2					6					8
Centro de día Infanto-Juvenil		1										1
Unidad de hospitalización psiquiátrica/Corta estancia		1	1	1	1		3	1	3		1	12
Unidad de Rehabilitación		1	1	1	1				1		1	6
Unidad Infanto-Juvenil		2	1	2	1	2	2	1	1	1		13
Servicios de Atención a personas con enfermedad mental crónica		3	4	4		2	14	1	1	3	5	37
Servicio de ayuda a domicilio				1								1
Centro atención personas discapacidad							1			1		2
Unidad móvil								1				1
Centro atención drogodependencias											1	1
Comunidad Terapéutica		3	1	3	1		1	1	1			11
Unidad de Drogodependencias		1	2	2	1	2	1		1	1		11
Unidad de Tratamiento con Opiáceos		2	6	2	1	2		2	1	1		17
Unidad desintoxicación hospitalaria								1				1
Centro de atención y formación			1									1
Inserción sociolaboral			1	2	1		1					5
Centro Especial de Empleo <sup>(1)</sup>							1					1
Centro Ocupacional		2					1			1		4
<b>Total</b>		<b>37</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>47</b>	<b>12</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>8</b>	

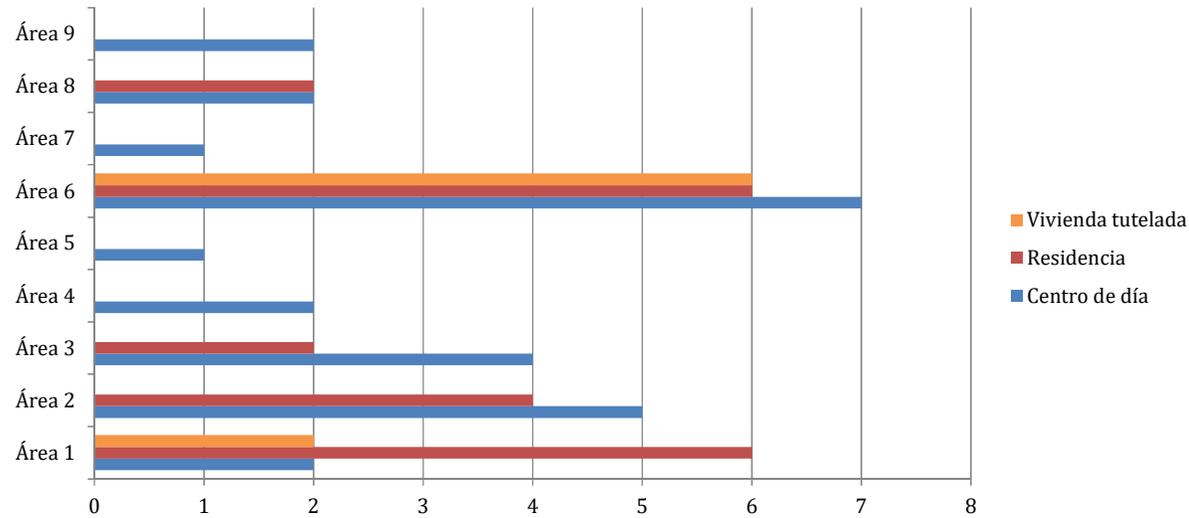
Comentado [RSA2]:

Comentado [RSA3R2]: Solo hay un CEE para atención a personas con TMG Meempleo en Molina de Segura

<sup>1</sup> Solo hay un CEE para atención a personas con TMG Meempleo en Molina de Segura

## TITULARIDAD DE LOS RECURSOS

Titularidad/régimen	Área 1	Área 2	Área +3	Área 4	Área 5	Área 6	Área 7	Área 8	Área 9	Áreas	Total
Pública	24	18	17	7	11	20	10	12	8	8	135
Privada	11	4	9			24	4	5	1 (+1)*		59
Concertada	4	8	4	4	1	5	2		2		30
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>49</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>224</b>



## CENTROS DE DÍA, RESIDENCIAS Y VIVIENDAS TUTELADAS

Hay 27 Centros de Día, 20 residencias y 8 viviendas tuteladas. Todas las áreas tienen centro de día. Las residencias están en las áreas 1, 2, 3, 6 y 8. Las viviendas tuteladas están en solo dos áreas, la 1 y, especialmente, en la 6, con la mayor parte del recurso.

Hay cuatro áreas (4, 5, 7 y 9) que carecen de recursos residenciales.

- De los 27 Centros de Día, cinco son públicos. Están situados en las áreas 1, 3, 6 y 8, con una población de 10.160 con TMG.
- Hay 14 Centros de Día concertados, distribuidos en todas las áreas, excepto en la 8. La población de estas áreas asciende a 16.208
- Los Centros de Día privados son 8, cinco de ellos están en el área 6.
- Las 20 residencias se distribuyen por cinco áreas, por tanto quedan otras cuatro sin residencias. Estas cuatro áreas atienden a una población de 4.198 personas TMG situadas en la zona norte de la comunidad, en las áreas 4, 5, 7 y 9.
- De las 20 residencias, 4 son públicas y están situadas en las áreas 1, con tres residencias en el área 1 y otro en la 6. De las restantes, cuatro son concertadas y doce privadas.
- No hay Viviendas Tuteladas de titularidad pública. Una vivienda es concertada y las 7 restantes son privadas. Seis Viviendas están en el área 6, otras dos en la 1.

## **CENTROS OCUPACIONALES, CENTRO ESPECIALES DE EMPLEO, CENTROS DE ATENCIÓN Y FORMACIÓN RECURSOS PARA LA INSERCIÓN SOCIOLABORAL**

Hay dos áreas, el Altiplano y el Mar Menor que no disponen de ningún recurso de este tipo.

- Hay 21 recursos para la promoción sociolaboral de personas con TMG. Dos públicos, cuatro centros concertados y el resto privados.
- 4 Centros Ocupacionales (los dos recursos públicos mencionados).
- 1 Solo Centro Especial de Empleo para TMG.
- 5 recursos de Inserción Laboral
- Un Centro de Atención y Formación.

## ENTIDAD GESTORA

En la gestión de los 224 recursos distinguimos 6 tipos de entidades:

- 4 son gestionados por una **Mancomunidad de Servicios Sociales**.
- 44 los gestionan **ayuntamientos**.
- 85 por la **CARM**
- La **Universidad de Murcia** gestiona dos.
- **ONG's**, asociaciones y fundaciones gestionan 58 recursos
- **Empresas privadas** gestionan 31 recursos,

## AMBITO TRES. RELACION ENTRE LOS DISPOSITIVOS SANITARIOS Y SOCIALES DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TMG POR ÁREAS SANITARIAS.

El objetivo principal de este apartado de carácter cualitativo, es conocer si existen **diferencias** significativas entre las distintas **áreas de salud de la Región de Murcia**, en lo que se refiere al **trabajo en red**.

Se optó por el **grupo triangular** por tratarse de una herramienta que permite generar una tensión entre el discurso individual y el grupal.

**La relación bilateral** y ocasional, propia de los entendimientos personales, **existe en todas partes: lo difícil es la auténtica coordinación de más de dos persona y de carácter estable**, tal como ocurre en Molina de Segura y Águilas, que disponen de modelos de trabajo en red muy avanzados, y donde existen reuniones de gestión de casos con una periodicidad establecida.

La existencia de un **gran número de pacientes** atendidos, el número de **profesionales** implicados así como la **falta de apoyo institucional**, suponen **impedimentos graves para el trabajo en red**.

**En este sentido**, por parte de algunos profesionales se elabora un discurso en el que se expresan razones que justifican/explican la inexistencia de mecanismos de coordinación: desde las dificultades derivadas del volumen asistencial, a la falta de apoyos institucionales, pasando por el reconocimiento de la necesidad de las iniciativas personales, esto último relacionado con su responsabilidad individual.

La ausencia de **la figura profesional del trabajador social en el CSM** (tal como ocurre en Alcantarilla), es un obstáculo **fundamental para la coordinación**.

**El respaldo institucional consolida los procesos de coordinación y legitima el tiempo dedicado** a la misma, de manera que coordinarse no es visto como una pérdida de tiempo sino **como una actividad necesaria para la atención de las personas**.

**La coordinación no es una tarea complementaria, debe formar parte del trabajo habitual** y por tanto de la jornada laboral por cuestiones técnicas de eficacia y de legitimación de los trabajadores.

**La coordinación debe surgir de la iniciativa de los profesionales, se consolida con mecanismos y apoyos institucionales y la gestionan los líderes**.

Uno de los profesionales, definía así su trabajo, “un poquito más artesanal, el trastorno mental grave, requiere un trabajo artesanal, (...) laborioso, artesanal, no es tecnológico, no es de cinta transportadora (...). En este sentido hacen falta **estructuras organizativas menos piramidales y protocolos más artesanales** para coordinarse.

En los procesos de coordinación no funcionan las “economías de escala” (grandes estructuras y elevado número de pacientes), siendo la **ventaja de las “pequeñas dimensiones” lo que aconseja algún tipo de descentralización por medio de acuerdos de carácter local.**

**Compartir información no es coordinación.** Las herramientas informáticas, que facilitan una información compartida, son medios para la coordinación, pero no garantizan que esta vaya a producirse.

A coordinarse se aprende, pero no son suficientes los cursos de formación: **a coordinarse se aprende coordinándose.**

**El trabajador social es el recurso humano fundamental para la coordinación;** esta figura profesional ha sido clave para la puesta en marcha de modelos de coordinación estables.

**La estabilidad laboral es necesaria** porque la coordinación es también una opción personal; si fuera un hábito profesional funcionaría de manera automática, aunque no exista estabilidad laboral.

## PROPUESTAS PARA ESTABLECER ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN.

Principales propuestas recogidas durante el desarrollo de esta investigación.

- Puesta en marcha de **estructuras de coordinación** que cuenten con apoyo institucional de manera clara y con la creación de mecanismos que faciliten la misma.
- Creación de **protocolos** de coordinación que garanticen la continuidad de cuidados, y que tengan que ser aplicados no solo por los ámbitos que intervienen con las personas con TMG de manera habitual.
- Puesta en marcha de espacios de **formación** sobre el trabajo en red y cooperativo que mejoren la formación de los profesionales en estructuras y procedimientos.

- Generación de **herramientas informáticas** que faciliten el acceso y la puesta en común de la información.
- Dotación de **recursos de personal** adecuados, se considera imprescindible que exista la figura del **trabajador social** en todos los centros de salud mental.
- Creación de un espacio específico para la coordinación **dentro de la jornada laboral** y que este se vea reflejado en las herramientas de evaluación y control.
- Tener en cuenta la **especificidad de las personas con TMG** a la hora del acceso a determinados recursos.