

# LA VALORACIÓN DE DEPENDENCIA Y SU BAJA DEMANDA TRAS LOS PRIMEROS EPISODIOS AGUDOS EN SALUD MENTAL

## DEPENDENCY ASSESSMENT AND ITS LOW DEMAND AFTER THE FIRST ACUTE EPISODES IN MENTAL HEALTH



### Eva Sarasa Frechín\*

Graduada en terapia ocupacional.  
Master en neuropsicología clínica.  
Facultativo técnico especialista.  
Evaluadora de dependencia-terapeuta ocupacional Gobierno de Aragón. Años 2007 a 2018. Terapeuta ocupacional. Servicio Aragonés de Salud. Zaragoza. España.

<http://orcid.org/0000-0001-8488-7128>

Correo electrónico de contacto:  
[esarasaf@aragon.es](mailto:esarasaf@aragon.es)

\*autora para la correspondencia

**Introducción:** Dentro de los problemas de salud mental, los trastornos mentales graves cronicados en el tiempo han evidenciado una falta de función ocupacional en los componentes volitivos, de habituación y ejecutivo. Sin embargo, tras el primer episodio agudo y posterior rehabilitación y estabilización, quizá por las expectativas puestas en ellos y en el intentar devolverles a una independencia pre-prodrómica inalcanzable, se han visto abocados a unas exigencias de autonomía personal que no pueden cumplir. El bajo porcentaje de los procesos de valoración del grado de dependencia de personas con trastorno mental grave en los dos a tres primeros años desde el primer episodio agudo han evidenciado que hay una barrera para el acceso y es necesario poner en marcha este derecho universal y subjetivo de la persona con problemas de salud mental. **Métodos:** la idea es analizar como la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia, Ley de dependencia y el baremo de valoración que desarrolla esta ley ha enmarcado los criterios para considerar con dependencia a una persona y por tanto dar acceso a unas prestaciones en forma de servicios o prestaciones económicas, y qué procesos internos han hecho que la propia persona y su entorno más cercano, familiar y profesional, impidan y limiten el acceso a este derecho. **Discusión:** De esta manera podremos entender los porqués de esta situación desventajosa.

**Introduction:** Among mental health problems, serious chronic mental health disorders have shown a lack of occupational function in the volitional, habituation and executive components. However, after the first acute episode and subsequent rehabilitation and stabilization process, patients find it difficult, when not impossible, to meet the demands of their personal autonomy due to the high expectations placed on them, and the wish to make the patients achieve the unattainable level of independence that they had before the prodromal phase. The low percentage of dependency assessments made to people with severe mental disorders in the first two or three years from the first acute episode have shown that there is a barrier to access and to exercise an universal and subjective right of the person with mental illness. **Methods:** Our goal is to analyze how the Spanish "Ley de Dependencia" (Law of Dependency) and the assessment scale developed specifically to implement this law has shaped the criteria to consider a person dependent or independent, and therefore to make them entitled to benefits such as care services or financial assistance. We also want to understand what internal processes may have prevented or limited patients the exercise of this right in relation with their closest family or professional environment. **Discussion:** So that we can better understand the reasons for this disadvantaged situation.

**DeCS** Esquizofrenia; Trastorno bipolar; Trastorno depresivo.  
**Palabras clave** Autonomía personal **MeSH** Schizophrenia; Bipolar disorder; Depressive disorder **Key words** Personal autonomy

Texto recibido: 04/05/2022    Texto aceptado: 22/08/2022    Texto publicado: 30/11/2022

Derechos de autor



## INTRODUCCIÓN

El sistema de información de la ley de dependencia nos aporta datos estadísticos y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales ( a partir de ahora IMSERSO) publica de manera anual estos datos siguiendo criterios de sexo, edad y grado de dependencia, sin diferenciar el tipo de patología<sup>(1)</sup>.

Según Jesús Fuertes Zurita, director general de política social y atención a la dependencia en la Junta de Castilla y León, en su estudio La enfermedad mental, discapacidad y reconocimiento de dependencia en Castilla y León<sup>(2)</sup>, concluye que del conjunto de dependientes mayores de 65 años solo el 14% son personas con



**COTOGA**  
COLEGIO OFICIAL  
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES  
DE GALICIA

enfermedad mental, esto sin diferenciar la enfermedad mental cronicada, de muchos años de evolución, de enfermedad mental en fases post primeros episodios agudos. Concluye también que el 92 % de las personas con enfermedad mental que tramitan una solicitud de valoración del grado de dependencia es dependiente, es decir, al aplicar el baremo, el sistema los considera personas dependientes y entran en el sistema de prestaciones. Si solapamos estos datos podemos pensar que muchas personas con enfermedad mental no son dependientes porque no solicitan la valoración, no porque el sistema y su baremo ( a partir de ahora BVD) no los considere dependientes. Las solicitudes de valoración del grado de dependencia en personas que sufren un trastorno mental grave en los 24-36 meses posteriores al primer episodio agudo son prácticamente nulas.

## Objetivos

### General

Razonar las posibles causas de esta situación desventajosa.

## MÉTODO

La ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en su título preliminar, artículo 1, se presenta como un derecho subjetivo en la ciudadanía española y en el artículo 3 como un derecho universal. También en el artículo 2 se define el término dependencia como: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. De este modo, la ley configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad. El desarrollo reglamentario posterior, según la disposición final quinta de esta ley, determinó el baremo para la valoración del grado de dependencia para las personas mayores de tres años, BVD, y en su revisión y actualización en el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, se establecen los siguientes conceptos en relación con la salud mental:

1. Las valoraciones en las patologías que cursan con brotes se realizarán en situación basal, está se estimará de acuerdo con la frecuencia, duración y gravedad de los brotes.
2. Se desarrolla un baremo general con diez actividades, divididas en tareas, para patologías no cognitivas/mentales y un baremo específico con once actividades, divididas en tareas para patologías cognitivas/mentales, que abarcan daño cerebral congénito, adquirido y enfermedad mental . Este último baremo pondera diferente que el baremo general y se diferencia de este en que se valora la actividad número once, toma de decisiones, desglosada en ocho tareas concretas.
3. En el BVD en las tareas se identifica el problema de desempeño, que puede ser físico, mental o ambos. El problema de desempeño mental se define como: la persona valorada no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación y/o no muestra iniciativa para su realización.
4. Un problema de desempeño mental puede requerir apoyo de diferente naturaleza, desde supervisión, que conlleva la estimulación verbal y gestual de la persona valorada así como la orientación en la toma de decisiones, hasta apoyo especial cuando la tarea resulta obstaculizada por los condicionantes excepcionales de salud de la persona.

También el BVD establece que para poder valorar a una persona en tratamiento rehabilitador tiene que haber alcanzado la máxima recuperación funcional posible las este tratamiento. Este punto nos hace reflexionar que las recuperaciones en patologías físicas/orgánicas, debido a muchos condicionantes: plasticidad, edad, comorbilidad... dejan secuelas invalidantes. Y esto también ocurre en la enfermedad mental, aún después del tratamiento de primeros episodios agudos, según la estadificación clínica descrita por varios autores y que justifica esta idea<sup>(3)</sup>. Entonces ¿qué ocurre con el derecho subjetivo de solicitar valoración y recibir una prestación social de las personas que sufren trastorno mental grave y que están en esta fase de su enfermedad? En los procesos agudos traumatológicos, orgánicos cardíaco-respiratorios, neuropsicológicos..., tras el periodo de rehabilitación máxima, se observa esta necesidad y se llevan a cabo las gestiones de solicitud y valoración en un porcentaje alto de los casos.

Dentro del trabajo en salud mental, observando y valorando diariamente las dificultades que presentan las



personas, independientemente de su edad , y en las diferentes fases de evolución de su proceso mental, en este enfoque tan holístico cómo es la rehabilitación psicosocial y comunitaria, nos planteamos los derechos generales al trabajo, a la ocupación, a la vivienda digna y también otros más específicos como el beneficiarse de unas prestaciones y entrar en el sistema de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.

Podrían ser la causa de esta falta de tramitación, valoración y por tanto del derecho a prestación:

1. La disminución de la autoconciencia<sup>(4)(5)</sup>. La autoconciencia, proceso mental de alta complejidad, que sitúa a cada uno en unas perspectivas propias relacionando el pasado, presente y futuro y delimitado por el contexto social en el que se encuentra, supone crear un concepto de generalidad de nosotros mismos para saber hacia dónde vamos según nuestras necesidades vitales. Langer y Pedrosa separan las dificultades de autoconciencia en tres niveles: sensorial o de recogida de información, neuropsicológico u orgánico y emocional. El tiempo prolongado de la impronta de los déficits en salud mental que permite que la persona se vaya adaptando a ellos, conviviendo lentamente y acostumbrándose a la merma incluso antes del primer episodio agudo, también es un factor que dificulta la autovaloración real y objetiva de las limitaciones según Sánchez Cubillo<sup>(5)</sup>. Desde el punto de vista más organicista podemos situar a la autoconciencia en la corteza prefrontal, sin embargo el concepto del yo y del arousal visto desde una perspectiva más holística, respondería a un abrumamiento ante una información recibida desproporcionada que debe interpretar e incorporar a una visión propia de sí mismo y a lo que los demás esperan de él.

2. El estigma<sup>(6)</sup>, definido como una atribución negativa que se da a una característica de una persona o a un grupo de personas con esa característica en común, está muy presente en salud mental y está avalado por estudios numerosos en la percepción de la población general. Pero no es este concepto el que creo que dificulta al individuo. El pasar por una criba o valoración y ser etiquetado o puntuado, tiene que ver con la causalidad personal , según el modelo de ocupación humana de Gary Kielhofner<sup>(7)</sup>. Cómo puede afectar a la funcionalidad de la persona la causalidad personal , el propio sentido de competencia y eficacia, los pensamientos y sentimientos personales del yo como actor, la autoevaluación de las capacidades físicas intelectuales y sociales y el concepto de autoeficacia como la efectividad percibida en el uso de nuestras capacidades para lograr resultados deseados en nuestro quehacer . Y en esta percepción personal, volición, influye el cómo los demás nos ven, el si nos ponen etiquetas o no, el si tenemos una puntuación o grado determinado que va a pesar en la forma de apreciación de uno mismo. De esta manera puede una valoración distorsionar la conciencia de las propias capacidades para llevar a cabo una serie de proyectos personales supervisados o no.

3. El no tener en cuenta la estadificación clínica en trastorno mental grave. El punto de partida para entender que no son autónomos, incluso en fases basales, es la estadificación clínica de los procesos de salud mental, delimitada por la clasificación de diagnóstico o no diagnóstico y después por la diferenciación conforme la evolución en el tiempo de los diferentes niveles de gravedad, separando estadios preclínicos y clínicos. Autores como Berk, Duffy, FavayKellner, Cosci<sup>(8)</sup>... han determinado los estadios y la descripción de los mismos en los trastornos mentales graves: trastorno bipolar, depresión unipolar y esquizofrenia y se puede concluir que pasada la fase prodrómica y las manifestaciones inespecíficas cuándo aparece el primer episodio agudo, éste se cronifica hacia estadios más avanzados donde el nivel de funcionamiento va disminuyendo y nada tiene que ver con el nivel de funcionamiento pre-diagnóstico. Con esta idea quedaría claro que los brotes o reagudización se añadirían y empeorarían una situación basal no funcional, que la situación basal de la enfermedad mental grave es no funcional considerando la supervisión y/o apoyo en las tareas básicas de autocuidado, y por último que la rehabilitación psicosocial no consigue devolver al individuo una autonomía total, ya que la no funcionalidad requiere como mínimo de supervisión y/o apoyo.

4. La afectación de las funciones ejecutivas básicas en trastorno mental grave<sup>(9) (10)</sup>, necesarias para gestionar y tramitar. El síndrome disejecutivo está presente en el trastorno mental grave frecuentemente con alteraciones similares a las observadas en personas que han padecido lesiones prefrontales<sup>(11)</sup>. Esta limitación la tendríamos que tener en cuenta tanto a la hora de plantearse iniciar las gestiones pertinentes (solicitud de valoración de dependencia), de llevarlas a cabo y conocer el objetivo claro o finalidad de este proceso de valoración, como en el proceso de la propia valoración y la aplicación del baremo BVD ya que la iniciativa, la coherencia y el finalizar correctamente las tareas forman parte de los problemas de desempeño a valorar. En la sociedad actual desarrollada, el buen funcionamiento de las funciones ejecutivas son imprescindibles para una autonomía en la vida

cotidiana. Los sujetos con esquizofrenia presentan características fundamentales de déficit en funciones ejecutivas y éstas tienen repercusión directa en su ajuste psicosocial posterior al alta del episodio agudo. Se han encontrado déficits en la capacidad de las personas con esquizofrenia para llevar a cabo tareas que requieren planificación<sup>(12)</sup> <sup>(13)</sup> <sup>(14)</sup> y esto se atribuye a las dificultades en la capacidad básica para inhibir la estimulación y los patrones de respuesta irrelevantes, lo cual interfiere en la organización adecuada de la conducta orientada a metas, apareciendo así una conducta desorganizada. Y la toma de decisiones adaptativa, que nos exige el entorno actual es una pieza de la resolución de problemas y las estrategias para resolverlos, también se ven alteradas en personas con esquizofrenia. Con la aparición de sintomatología negativa, la dificultad reside en el autoiniciar respuestas, con una dificultad que puede llevar al síndrome apático, acínético, abúlico. También es importante plantearnos si es necesario dejar, en estos casos, la volición (decidir uno mismo para poder actuar) de la persona con esquizofrenia sin apoyo o consejo teniendo en cuenta la dificultad o imposibilidad para decidir en situaciones ambiguas.

La disfunción cognitiva varía en los diferentes subtipos de depresión, pero los déficits ejecutivos forman parte esencial de la clínica cómo es la perseveración y dificultad de inhibición de los automatismos y por tanto la búsqueda de opciones alternativas o pensamiento creativo. Los fallos en los planes de acción con varias etapas de ejecución y con objetivos concretos a lograr, así como la falta de compulsión o comprobación para poder rectificar cuando uno quiere hacerlo, la limitación para autoiniciar conductas y respuestas a estímulos y para mantener la atención en el tiempo. Este conjunto de dificultades hacen difícil a la persona con depresión cuando se le requiere para procedimientos y gestiones, por lo intenso y lo mantenido en el tiempo. En el trastorno bipolar, cuando el ánimo está expandido en la manía, la impulsividad y desinhibición hacen muy difícil ser efectivos hacer para conseguir un efecto esperado y real en cualquier actividad diaria básica o instrumental. Esto es evidente, pero también se han observado, incluso en momentos eutímicos, dificultad en tareas de abstracción, planificación y dirección de la conducta. Esto respondería a la gran exigencia que les supone cualquier gestión instrumental y como los observamos inefectivos y con necesidad de ayuda, incluso en los periodos de mejor respuesta funcional<sup>(15)</sup> <sup>(16)</sup> <sup>(17)</sup>.

## DISCUSIÓN

No existen publicaciones periódicas por parte del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (a partir de ahora SISAAD) del IMSERSO de los datos de personas dependientes diferenciando por tipo de patología o enfermedad, solo algún estudio aislado. El disponer de esta información periódica, nos enseñaría el alcance de la disparidad de datos entre personas dependientes por enfermedad mental y personas dependientes por otros tipos de patologías.

## CONCLUSIÓN

La limitación de la autoconciencia, la repercusión que tienen las etiquetas en la causalidad personal y en la autoeficacia como parte de la volición, el no tener en cuenta la estadificación clínica en la salud mental y/o el síndrome disejecutivo presente en el trastorno mental grave, podrían ser las causas de la baja representación de las personas con enfermedad mental grave después de sufrir y estabilizar un primer episodio agudo en el SISAAD y la consecuente pérdida de derechos.

Para poder comprender el funcionamiento de una persona con enfermedad mental requiere un seguimiento a largo plazo en los diferentes dispositivos de salud públicos y/o privados. Esto no siempre es posible debido a la propia evolución de la enfermedad y al, a veces irregular, cumplimiento del tratamiento. Esto limita la capacidad de los profesionales a la hora de orientarles en el uso de ayudas de servicios sociales, teniendo que sopesar variables volitivas, económicas y familiares. Este estudio puede favorecer que los profesionales de la salud mental orientemos de manera más eficaz hacia unos servicios que al final son derechos subjetivos, teniendo siempre en cuenta los condicionantes volitivos de la persona con enfermedad mental.

## AGRADECIMIENTOS



**COTOGA**  
COLEGIO OFICIAL  
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES  
DE GALICIA

No existe conflicto de intereses en la ideación, redacción y/o publicación de este estudio. No existe ningún tipo de financiación.

## DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA

ESF ha realizado la formulación del tema o necesidad, desarrollo de las ideas principales, búsqueda de información de apoyo, redacción y resultado final.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IMSERSO. Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD). Disponible: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad2022331.pdf>
2. Fuertes Zuriza J. Enfermedad mental, discapacidad y reconocimiento de dependencia en Castilla y León. Valladolid: Confederación Salud Mental España; 2011. Disponible en: <https://es.slideshare.net>
3. De la Fuente Tomás L, Sánchez Autet M, García Álvarez L, González Blasco L, Velasco A, Saiz Martínez PA, García Portilla MP. Estadificación clínica en los trastornos mentales graves: trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2019; 12: 106-115. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com>
4. Damasio AR. La sensación de lo que ocurre: cuerpo y emoción en la construcción de la conciencia. Madrid: Debate; 2001.
5. Sánchez Cubillo I, TirapuUstárroz J, Achover Roig D. Neuropsicología de la cognición social y la autoconciencia. En: TirapuUstárroz J, García Molina A, Ríos Lago M, Ardila Ardila A. Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas. Barcelona: Viguera Editores S.L; 2012. 351-390.
6. Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillen AI. Estigma y salud mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Disponible en: <https://www.ucm.es/BUCEM/ecsa/9788474919806.pdf>
7. Kielhofner G. Volición. En: Kielhofner G. Terapia Ocupacional. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación. 3ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2004. 49-70.
8. De la Fuente Tomás L, Sánchez Autet M, García Álvarez L, González Blasco L, Velasco A, Saiz Martínez PA, García Portilla MP. Estadificación clínica en los trastornos mentales graves: trastorno bipolar, depresión y esquizofrenia. Revista de Psiquiatría y Salud Mental. 2019; 12: 106-115. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com>
9. Gómez Tolón J, Salvanés Pérez R. Terapia ocupacional en psiquiatría. Zaragoza: Mira Editores S.A.; 2003.
10. Luria AR, Tsvetkova LS. La resolución de problemas y sus trastornos. Barcelona: Fontanella; 1981.
11. Ayesa Arriola R, Rodríguez Sánchez JM, Crespo Facorro B. Corteza prefrontal y funciones ejecutivas en los trastornos psiquiátricos. En: TirapuUstárroz J, García Molina A, Ríos Lago M, Ardila Ardila A. Neuropsicología de la corteza prefrontal y las funciones ejecutivas. Barcelona: Viguera Editores S.L; 2012. 467-486.
12. Bilder RM, Goldman RS, Robinson D, Reiter G, Bell L, Bates JA, et al. Neuropsychology of first-episode schizophrenia. Initial characterization and clinical correlates. Am J Psychiatry 2000; 157:549-59.
13. Morice R, Delahunty A. Frontal/executive impairments in schizophrenia. Schizophr Bull 1996; 22: 125-37.
14. Hutton SB, Murphy FC, Joyce EM, Rogers RD, Cuthbert I, Barnes TR, et al. Decision making deficits in patients with first-episode and chronic schizophrenia. Schizophr Res 2002; 55: 249-57.
15. Verdoux H, Liraud F, Assens F, Abalan F, Van Os J. Social and clinical consequences of cognitive deficits in early psychosis: a two year follow-up study of first-admitted patients. Schizophr Res 2002; 56: 149-59.
16. Quraishi S, Frangou S. Neuropsychology of bipolar disorder: a review. J Affect Disord 2002; 72: 209-26.
17. Martínez-Arán A, Vieta E, Colom F, Torrent C, Sánchez-Moreno J, Reinares M, et al. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. Bipolar Disord 2004; 224-32.

Derechos de autor

