

El derecho de ciudadanía del enfermo mental, un desafío al Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia

Amparo PULIDO MARTÍNEZ

Departamento de Coordinación de la Dependencia
Delegación Provincial de Málaga
Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de la Junta de Andalucía
mariaa.pulido@juntadeandalucia.es

Recibido: 2 junio 2010

Aceptado: 15 junio 2010

RESUMEN

La Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia garantiza el derecho social subjetivo de acceso al sistema de cuidados que establece. La enfermedad mental grave discapacita de forma específica en el desarrollo de las actividades de la vida diaria. La efectividad real del derecho adquirido por los enfermos mentales dependientes radica en la adecuación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia a sus necesidades. Una reflexión sobre el concepto de enfermo mental y el concepto de cuidado puede arrojar algo de luz a la situación actual de institucionalización de la invisibilidad social del enfermo mental y orientar en la toma de decisiones hacia un modelo de apoyo psicosocial para las personas dependientes a causa de una enfermedad mental.

Palabras clave: Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia, dependencia, enfermedad mental, derecho de ciudadanía, cartera de servicios y prestaciones, actividades de la vida diaria, cuidado, apoyo psicosocial.

Citizen's rights of the mentally ill: a challenge to the System for Autonomy and Care of Dependent Individuals

ABSTRACT

The «Law for the Promotion of Personal Independence and Care of Persons in a Dependent Situation» guarantees the subjective social right of access to the care system it establishes. Severe mental illness specifically handicaps the development of activities of daily living. The real effectiveness of the right acquired by the mentally ill in a dependent situation lies in the adjustment of the System for Independence and Care of Persons in a Dependent Situation to their needs. Reflection on the concept of mental illness and the concept of care can shed some light on the current institutionalization of the social invisibility of the

mentally ill and can guide decision-making towards a model of psychosocial support for persons who are in a dependent situation due to a mental illness

Key words: promotion of personal independence and care of persons in a dependent situation law, system for independence and care of persons in a dependent situation, dependency, mental illness, citizen's rights, portfolio of services, activities of daily living, care, psychosocial support.

SUMARIO: 1. Presentación. 2. La Ley garantiza la promoción de la autonomía de las personas dependientes. 3. La particularidad del reconocimiento de la situación de dependencia del enfermo mental. 4. Consideraciones previas a la intervención social en el campo de la enfermedad mental. 5. La problemática del Programa Individual de Atención a la persona dependiente con enfermedad mental. 6. La necesidad de un modelo de apoyo psicosocial al enfermo mental en el SAAD. 7. Bibliografía. 8. Referencias legislativas.

1. PRESENTACIÓN

El Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia comenzó su andadura tras la aprobación, el 14 de diciembre de 2006, de la Ley 39 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Es un recorrido suficiente en el tiempo como para poder hacer una reflexión sobre los retos a los que se enfrentan las Administraciones Públicas en la atención al colectivo de enfermos mentales.

Con la intención de evitar confusión respecto al alcance del presente texto, de análisis y opinión estrictamente personal, contextualizo mi posición profesional respecto a la distribución de competencias que se establece en Andalucía en materia de gestión de la ley de dependencia entre la Administración Local y Autonómica.

La normativa andaluza otorga a los Servicios Sociales Comunitarios competencia para iniciar la tramitación del procedimiento de valoración para el reconocimiento de la situación de dependencia y la posterior elaboración de la propuesta del Programa Individual de Atención (PIA). Y a las delegaciones provinciales de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social, a través de los equipos técnicos en los cuales se inscribe mi trabajo, les compete la resolución del procedimiento de valoración desde el Servicio de Valoración de la Dependencia, así como la validación y resolución de las propuestas del PIA desde el Departamento de Coordinación de la Dependencia.

2. LA LEY GARANTIZA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES

Importantes cambios demográficos por el progresivo envejecimiento de la población española, junto con otros factores como cambios estructurales en el modelo de familia y cambios sociales y culturales en relación al nuevo rol de la mujer en la sociedad actual, generan una crisis de las estructuras de provisión de cuidados a las personas dependientes.

Tradicionalmente, las necesidades y dotación de los cuidados ha venido siendo un tema perteneciente a la esfera íntima de la familia y más concretamente atendido con el trabajo no remunerado de la mujer, lo que se viene a denominar apoyo informal. La Ley 39, de 14 de diciembre de 2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante, LAAD) introduce un nuevo concepto de cuidados al socializar las atenciones personales del ámbito privado llevándolas a la esfera pública. La atención a personas con dificultad para el desarrollo de las funciones básicas de la vida cotidiana es ahora un tema del que tiene que responder el conjunto de la sociedad a través de la responsabilidad pública compartida con los propios afectados y los familiares o allegados.

En los procesos preliminares y apremiados por la presión demográfica que supone el envejecimiento mayoritario de la población española, el objetivo del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD) era llegar a cubrir las necesidades de las personas mayores. A consecuencia de la presión ejercida por los representantes de otros colectivos (discapacitados y enfermos mentales) se amplía la capacidad protectora a personas con discapacidad intelectual y mental, así como la edad de las personas susceptibles de derecho. Finalmente, el artículo 2 punto 2 de LAAD define de la siguiente manera la situación de dependencia: «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.»

El alcance en materia de política social de la LAAD es incuestionable, supone un salto cualitativo fundamental al superar, en materia de servicios sociales, al modelo de cuidados de orientación asistencial fuertemente apoyado en la familia para posicionarse en una política de orientación universalista. El modelo protector de la LAAD establece el derecho social subjetivo al nuevo sistema y garantiza un conjunto de servicios y prestaciones sociales fundamentados, entre otros, en los principios de universalidad en el acceso para todos los ciudadanos, equidad en la valoración de las necesidades de las personas para garantizar la igualdad real y calidad y accesibilidad de los servicios. Los poderes públicos se comprometen a poner los medios para hacer posible el desarrollo de los derechos de ciudadanía de esta población: «El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía» (Ley 39/2006: Exposición de motivos, 1).

La norma establece un criterio de acceso al sistema sin restricción alguna por razones de edad o situación y fija como único límite el reconocimiento de la condición de la dependencia funcional en la vida cotidiana. La intensidad protecto-

ra dependerá básicamente de cual sea el grado de dependencia que se haya reconocido, clasificándose por un sistema de puntos en tres grados y dos niveles por cada grado. En función de la autonomía personal y de la intensidad del cuidado requerido, se reconocerá un grado desde un nivel de dependencia moderada (Grado I) pasando por una dependencia severa (Grado II) hasta el máximo reconocimiento, con el Grado III, de gran dependencia. La implantación del sistema se está haciendo de forma escalonada con un calendario que se inició en el año 2007 dando preferencia a las personas con grandes dependencias y finalizará en el 2014 con el acceso de las personas con un grado de dependencia moderada.

Para garantizar la objetividad del procedimiento se estableció un instrumento de baremación de carácter general y aplicación igual en todo el territorio nacional. Los criterios que rigen el baremo fueron establecidos por el Consejo Territorial del SAAD. El Consejo Territorial es el instrumento de coordinación, de regulación y control del nuevo Sistema para la Autonomía y «estará constituido por el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas», además de «un número de representantes de los diferentes Departamentos ministeriales» (Ley 39/2006: art. 8,1).

El reconocimiento de un grado de dependencia es la puerta de entrada a las prestaciones del sistema de atención a la dependencia, en función del calendario de implantación previamente establecido. Se inicia así una segunda etapa de elaboración de una propuesta y posterior aprobación del Programa Individual de Atención (en adelante, PIA) a través del cual se determinará, con la intervención del trabajador social y la participación del propio interesado o su representante, el modelo de atención adecuado para cada persona en ese momento. La propuesta siempre será revisable ante cambios significativos de la persona dependiente.

Las prestaciones se detallan en la ley con un Catálogo de Servicios y Prestaciones. El objetivo es apoyar a la persona dependiente para mantenerla todo el tiempo que sea posible en su propio medio natural, en su domicilio, mediante prestaciones y servicios que complementan y apoyan las atenciones del cuidador informal.

El catálogo de servicios comprende los servicios sociales de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal. Se priorizan los servicios frente a la prestación económica que se considera de carácter excepcional. El catálogo enumera los siguientes servicios: Servicio de Teleasistencia, Servicio de Ayuda a Domicilio (atención de las necesidades del hogar y cuidados personales), Servicio de Centro de Día y de Noche y Servicio de Atención Residencial. Las prestaciones recogidas son: prestación económica vinculada al servicio (cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado), prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (como compensación a un cuidador no profesional que ofrece cuidados informales y continuados siempre que cumpla las condiciones de idoneidad del cuidador y de la convivencia así como de habitabilidad de la vivienda) y prestación económica de asistencia personal (para potenciar la integración de grandes dependientes en el mundo laboral y educativo) (Ley 39/2006: art. 15.1,17, 18 y 19).

Desde el punto de vista político, «la propia naturaleza del objeto de esta Ley requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas» (Ley 39/2006: Exposición de motivos, 3), administración local, administración autonómica, tercer sector e iniciativa privada que garantice al ciudadano un marco estable de recursos y servicios. Un sistema integrado que fuerza sobre todo a las distintas administraciones públicas a coordinarse y llegar a acuerdos para su gestión.

Gregorio Rodríguez Cabrero afirma, en el análisis que realiza de la LAAD (Rodríguez Cabrero, G., 2007) que el éxito de este sistema de intervención social radica, en la capacidad de las distintas administraciones públicas de superar la fragmentación entre ellas, sentando las bases de una coordinación múltiple y estable entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario, entre el sistema de servicios sociales comunitarios y los servicios especializados y entre el cuidado formal y el cuidado informal.

No obstante, aunque los fundamentos legales que garantizan los derechos de las personas dependientes están definidos, el desarrollo coherente y la efectividad real del SAAD aún está en juego e incluso seriamente comprometido: «falta desarrollar normativamente las posibilidades reales [...] con el compromiso financiero y regulador del Estado no dejando la responsabilidad única a las comunidades autónomas y a los ayuntamientos» (Rodríguez Cabrero, G., 2007).

Otro factor decisivo en el devenir del SAAD es el modelo de cuidados que se va definiendo y que determina el quehacer profesional. De las buenas prácticas, tanto de los profesionales como de los responsables de los equipos de trabajo, dependerá en buena medida el éxito o fracaso de la red de cuidados. Los distintos estilos profesionales responden a distintos modelos de intervención social. Un claro modelo de cuidados en la línea preventiva y de la rehabilitación social, sustentado en una sólida formación profesional capacita a los profesionales para crear vínculos con la persona dependiente y su familia, en una relación de ayuda, superando los rígidos límites de la simple gestión de recursos. Se precisa, a su vez, de un liderazgo basado en un sentido técnico de las funciones de coordinación y dirección.

Es imprescindible el crecimiento de la red de recursos. El SAAD es heredero de una situación de partida en los servicios sociales claramente deficitaria que adquiere tintes dramáticos cuando se habla de la red de servicios sociales para enfermos mentales.

3. LA PARTICULARIDAD DEL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DEL ENFERMO MENTAL

La primera etapa del procedimiento es crucial puesto que su resultado garantiza o no el derecho al acceso a los servicios del SAAD y determina la intensidad de los cuidados, en base a la necesidad de atención que se haya reconocido en la persona que solicita ser valorada. Al igual que las necesidades de atención cam-

bian en función de la evolución del estado de salud del interesado, la valoración será periódica y a demanda, se establece así el tránsito por los distintos grados de dependencia.

Según la LAAD, la autonomía trata de: «la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria» (Ley 39/2006, art. 1,1).

Es sensible la elección del modelo de valoración para calibrar el grado de autonomía de la persona, puesto que de él depende la correcta resolución del grado de dependencia. Se ha establecido el Baremo de Valoración de la Situación de Dependencia (BVD) aplicado por un equipo de profesionales cualificados y con la formación adecuada en el manejo del cuestionario. Con él se valora la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, así como en aquellas otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva.

La observación directa del profesional que entrevista a la persona dependiente en su propio domicilio habitual contextualiza los resultados del cuestionario. También se tiene en cuenta el informe de salud del dependiente aportado por la enfermera de enlace del centro de atención primaria de salud. La aportación de un informe de salud mental para los casos de enfermedad mental es, por el momento, de carácter voluntario, lo que en muchos casos dificulta su aportación efectiva. El baremo contiene una tabla de grupos de edad que matiza los campos de estudio en relación a la misma.

También es importante en el proceso de valoración la opinión propia de la persona sobre su dependencia. En los casos de enfermedad mental, el protocolo establece la necesidad de realizar la entrevista al interesado junto con la participación de una persona significativa de su entorno para complementar la información.

En los inicios, antes de su publicación definitiva, el cuestionario estaba enfocado hacia las personas mayores. Aportaciones decisivas del movimiento asociativo de familiares de enfermos mentales alentó el debate sobre a quien se considera persona dependiente y obligó al consenso político, lo que propició incluir a personas con discapacidad en general y con enfermedad mental en particular, además de ampliar la edad de las personas susceptibles de ser valoradas.

A diferencia de la discapacidad física, la discapacidad intelectual y mental recae en las habilidades cognitivas y en el control de la propia vida del sujeto. Por eso, una de las reivindicaciones del colectivo de representantes de enfermos mentales era que el estudio de la dependencia no se fundamentara exclusivamente en el concepto de independencia en el desempeño de las tareas cotidianas, ya que este concepto está relacionado con la discapacidad física. Se introdujo el concepto de autodeterminación, concepto que remite al ámbito cognitivo y no de la acción, y se incluyó en el baremo la cuestión de la discapacidad en la toma de decisiones para determinar la autonomía de personas con discapacidad intelectual,

mental y de aquellas otras situaciones en que las personas puedan tener afectada su capacidad perceptivo-cognitiva, tales como la sordoceguera y el daño cerebral.

Las preguntas son: ¿este concepto de autodeterminación da cuenta suficiente de la discapacidad que genera la enfermedad mental? ¿no habría que intentar ir más allá de la discapacidad cognitiva en la definición de la discapacidad mental, completándola con aspectos del área relacional o de la comunicación?

El baremo contempla un conjunto de actividades relacionadas con la movilidad física: «la capacidad para comer y beber, la regulación de la micción/defecación, lavarse, otros cuidados corporales (otras partes del cuerpo que requieren un cuidado mayor que lavarse y secarse como cortar las uñas), vestirse, el mantenimiento de la salud, las transferencias corporales, el desplazamiento dentro y fuera del hogar y la realización de las tareas domésticas» (Baremo, Real Decreto 504, 2007). El concepto de autodeterminación se recogió al incluir en el cuestionario los aspectos relacionados con la capacidad para la toma de decisiones, solo en el caso de tratarse de una persona con discapacidad intelectual o enfermedad mental o con deficiencia en la capacidad perceptivo-cognitiva. Además, se adaptó el sistema de puntuación aplicando en estos casos una tabla específica de pesos de las tareas, seleccionando como puntuación final aquella que resultara más beneficiosa para la persona valorada.

Las tareas que engloba la valoración en la toma de decisiones están orientadas a calibrar el grado de iniciativa de la persona dependiente, la comprensión y la coherencia en el desarrollo de las mismas «relativas a las actividades de autocuidado, actividades de movilidad, tareas domésticas, interacciones interpersonales básicas y complejas, usar y gestionar el dinero, y el uso de servicios a disposición del público» (Baremo, Real Decreto 504, 2007).

Es evidente que la formación profesional de las personas valoradoras es decisiva en el manejo del cuestionario, sobre todo en relación a las actividades que no se puedan medir con objetividad, especialmente ante la complejidad de la discapacidad del enfermo mental.

Con el modelo actual, recae sobre el valorador un alto grado de exigencia, al confiar en su capacidad de abstracción para adecuar la simplicidad del cuestionario con la observación de una realidad casi siempre mucho más compleja, como es la enfermedad mental. En su conocimiento o prejuicio de la enfermedad mental y en la interpretación personal radica gran parte del acierto o desacierto de la valoración de estos casos, así como la precisión en el grado de dependencia reconocida.

Para paliar este exceso de responsabilidad y de interpretación personal, el Consejo Territorial del SAAD publicó recientemente una resolución que aún no ha dado tiempo a que pase a ser efectiva, en el que se establece el acuerdo para introducir variaciones respecto a la composición de los órganos de valoración y plantea «la incorporación de equipos técnicos de evaluación, asesoramiento y control [...] definidos como equipo multiprofesional de carácter público, encuadrado en el modelo biopsicosocial» con las siguientes funciones: «colaborar y asesorar en la elaboración del Dictamen-propuesta de la situación de dependen-

cia. Asesorar a las personas valoradoras en los procesos y técnicas de valoración, así como en la utilización del baremo» (BOE nº 62, Resolución de 4/02/2010).

También se introducen modificaciones en cuanto a la cualificación exigible a las personas encargadas de la valoración, incorporando cursos formativos especializados y sugiriendo, entre otros aspectos, conocimientos sobre los trastornos mentales graves.

Así mismo, se establece la necesidad de una coordinación bajo «protocolo con acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, incluyendo en aquellos supuestos de enfermedad mental y otras patologías complejas en las que el órgano de valoración necesita del apoyo de la información de otras especialidades para poder emitir un dictamen objetivo», el informe del especialista «certificando el diagnóstico y la situación actual de la persona en relación a la enfermedad», (BOE nº 62, Resolución de 4/02/ 2010) señalando las alteraciones del comportamiento o deterioro cognitivo e indicando si alguna patología cursa por brotes.

Sin embargo, se echa en falta un desarrollo más preciso del cuestionario en aquellos aspectos que describen las dificultades para el manejo de las diferentes áreas de la vida personal y de la vida social del enfermo mental que, en definitiva, se traducen en su particular forma de pérdida de autonomía. Convendría especificar en los campos de las actividades básicas de la vida diaria dificultades como:

- **En el comer o beber:** el posible uso inapropiado o alterado (por exceso o por defecto) de los alimentos, el posible miedo a ser envenenado con el consiguiente recelo en la obtención y preparación de la comida...
- **En el vestir:** el uso inapropiado de la ropa, la acumulación de determinados objetos de calzado y ropa sin una lógica aparente o la eliminación indiscriminada de objetos útiles, la dificultad en la gestión (orden y limpieza) del vestuario...
- **Las dificultades en las relaciones sociales:** falta de red social o fragilidad de la red que lo sustenta, indicadores de aislamiento del grupo familiar y del enfermo que acentúan su discapacidad y propician la estigmatización social de ambos, aspectos relacionados con inadecuadas pautas de relación social, o la frecuencia en la interpretación autoreferencial de las relaciones personales, las teorías de conspiración que distorsionan los vínculos afectivos...

Hay otras áreas de la discapacidad por enfermedad mental que tampoco pueden ser valoradas con precisión con el baremo actual:

- **Funcionamiento cognitivo:** dificultades en la percepción de estímulos del entorno, problemas de concentración y de atención.
- **Grado de conciencia de enfermedad y aceptación de cuidados:** adherencia al tratamiento, vínculo con la persona asignada como cuidadora principal y naturaleza de sus cuidados para la estabilidad de la enfermedad, aceptación/conflicto por parte del enfermo de los cuidados otorgados.

- **Dificultades de los cuidadores para el desarrollo de sus competencias en el cuidado:** por agotamiento y estrés, por situaciones de alta intensidad emocional o por desconocimiento de la enfermedad, así como características significativas del entorno familiar.

4. CONSIDERACIONES PREVIAS A LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN EL CAMPO DE LA ENFERMEDAD MENTAL

El camino que queda por hacer en la atención al enfermo mental es aún basto, aunque imprescindible para dar respuesta eficaz al propio mandato de la Ley: el derecho a la autonomía y atención a la dependencia de los enfermos mentales.

El tipo de discapacidad que genera la enfermedad mental, de difícil observación directa y con una causa compleja, obliga a definir previamente qué entendemos por enfermo mental y desde qué concepto de cuidado se programan las actuaciones destinadas a atenderlo.

4.1. CONCEPTO SOCIOPOLÍTICO DE ENFERMEDAD MENTAL

La reforma psiquiátrica española se inicia de la mano de la Ley General de Sanidad de 1986 tras años de reivindicaciones del movimiento antipsiquiátrico. Se logra el cambio de modelo de atención a los enfermos mentales al liberar a la psiquiatría de la reclusión en los manicomios y de las dudosas prácticas psiquiátricas. Se acaba con una atención médica en la que el enfermo no tenía ningún derecho civil en el contexto de la España totalitaria de la dictadura. La atención centralizada en el hospital psiquiátrico se sustituyó por un modelo centrado en los servicios comunitarios y una atención médica integrada en la Red Nacional de Salud.

La desinstitucionalización de la psiquiatría abría las puertas al desarrollo de alternativas de apoyo en la comunidad, en la línea de garantizar la continuidad de los cuidados. Se afirma así el concepto de abordaje multiprofesional: solo el tratamiento psiquiátrico no es suficiente para tratar la salud mental. Se impone la colaboración en redes sociales y sanitarias para dar respuestas adecuadas.

Sin embargo, la pregunta que queda pendiente es ¿quién atiende al enfermo mental en la comunidad? La realidad demuestra que es la propia familia el principal recurso de apoyo social y en muchos casos el único.

El derecho a la atención de la discapacidad para el desarrollo de la autonomía personal se topa con el desconocimiento y los prejuicios de los profesionales y de la población en general. Pasar del concepto del «loco» al enfermo mental ha sido un logro importante, pero tal vez quede un paso más por avanzar: considerar la enfermedad mental como un signo de la vulnerabilidad de la condición humana a la que todos estamos expuestos. Y aceptar así la irremediable necesidad de aprender a convivir con ella, a entenderla y atenderla en el juego de las interacciones sociales, con dignidad y respeto, para superar la institucionalización de

la invisibilidad social del enfermo mental y su familia, que les condena al silencio, al aislamiento y la soledad de la vida privada.

Tanto o más incapacita la propia enfermedad mental como las consecuencias de aislamiento y soledad que de ella se derivan, por razones no estrictamente de la enfermedad. Soledad Murillo, en su artículo «La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios» (Murillo de la Vega, S., 2000) analiza la degradación social que supone enfermar, recoge la propuesta de Norbert Elías (Elías, N., 1989) que afirma que todo ser humano vive inmerso en una red de relaciones, lo que le convierte en un ser interdependiente, pero la acción de quebrar estos vínculos no está a su alcance: éstos no han sido creados a su voluntad. Vivir inserto en la sociedad es en primer lugar aceptar sus reglas de convivencia en tanto que seres interdependientes que somos. Por tanto, la red social en la que vivimos es tanto una red que nos capacita como sujetos y seres sociales, como una red que nos coarta y nos limita. Especialmente en los instantes en que la red se redefine y adquiere otro significado como sucede en el hecho de enfermar. La red social y el sujeto se transforman por comportamientos ya estipulados de antemano: la movilización familiar, la incorporación de nuevos vínculos formales de cuidadores, la hospitalización...

Murillo continúa su análisis con la aportación de Goffman que, en su obra «Internados», describe «el proceso de despersonalización que siguen los pacientes psiquiátricos en el mismo proceso de incorporación al hospital, al prescindir de su ropa y de sus enseres, nos ofrece unos procedimientos nada neutrales. En ellos vemos como se verifica un profundo desprendimiento de sí mismo, para transformarse en un sujeto deficitario: en un paciente» (Murillo de la Vega, S., 2000).

La misma despersonalización sufre el enfermo mental cuando la relación médico-paciente se establece exclusivamente atendiendo a los síntomas de la enfermedad para su clasificación diagnóstica y tratamiento psicofarmacológico. Queda anulada así la identidad del sujeto, se ignora su momento actual y los acontecimientos significativos desencadenantes de la crisis, se ignora su historia de vida y sus vínculos afectivos, su forma diferenciada de estar en el mundo. La narración de la tristeza, el miedo, los sentimientos y los hechos que generan el sufrimiento en el enfermo, son traducidos rápidamente a la jerga médica de «estado depresivo», «psicosis» o «pensamiento obsesivo»... Las vivencias del sujeto se escuchan bajo la clave de los síntomas, todo redundando en la enfermedad. En el ámbito de las relaciones sociales, la debilidad del discurso del enfermo mental lo posiciona siempre en el plano de la duda, de la pérdida de credibilidad y validez social. La existencia del enfermo se reduce a ser medicalizado o al control de su estado, como único abordaje posible.

El estatus de enfermo mental se añade a las consecuencias de la enfermedad y es tan invalidante o más que los propios síntomas de la enfermedad. Las acciones terapéuticas y de apoyo psicosocial encaminadas a potenciar la autonomía y el autocuidado del enfermo mental son herramientas que posibilitan salir del aislamiento y la estigmatización, para potenciar su identidad como persona y como ciudadano participe de la interacción social.

4.2. CONCEPTO DEL CUIDADO DEL ENFERMO MENTAL

El concepto de cuidados a personas dependientes encierra multitud de acepciones y matices importantes de desentrañar para comprender su naturaleza y sobre ella diseñar los programas y servicios que mejor se adaptan a las necesidades. En un interesante artículo sobre «Los cuidados y las mujeres en las familias», María Teresa Martín Palomo recoge el análisis que diversos autores hacen en relación a los cuidados, entre ellos, Rachel Salazar «diferencia en la vida familiar tres aspectos de los cuidados: los materiales, es decir aquellos relacionados con la oferta y consumo de servicios dentro del hogar; los morales —disciplinarios, socialización de los menores, sentido del deber y de la responsabilidad (abnegación, sacrificio)—; y los afectivos, donde se introduce la dimensión emocional de las relaciones familiares (calidad humana, preocupación por el otro, resentimiento, amor)» (Martín Palomo, M.T., 2008).

Los cuidados, en estas tres acepciones: aspectos materiales, afectivos y morales, pueden ser proporcionados por miembros de la familia y/o a cambio de una remuneración, dentro o fuera de los entornos familiares.

El aspecto material de los cuidados, por la objetividad y simplicidad del concepto, es el de más fácil análisis y planificación. Se mueve en el campo de la acción, es la versión práctica de las tareas: organizar la comida, dar de comer, vestir, organizar actividades ocupacionales y de ocio y tiempo libre... El servicio de ayuda a domicilio y los centros de carácter social se insertan en esta acepción del cuidado, aunque irremediamente se realiza con una determinada preocupación por la persona dependiente, lo que implica aspectos emocionales del servicio.

La segunda acepción es de más difícil visualización, se centra en el aspecto cognitivo de preocupación y cariño con el que se realiza la acción, el cuidado como sentimiento. El cuidado es sobre todo una labor que depende de lo relacional (dispensa atención y preocupación por la persona cuidada), tanto en los cuidados formales como informales. Este es un concepto decisivo en la atención formal al enfermo mental. El éxito en el cuidado del enfermo mental radica en el aspecto relacional de las emociones, aunque se esté hablando de la organización de las tareas domésticas, por la propia naturaleza de su discapacidad.

De la mano de Gustavo Paolo Rossi, en su reflexión sobre los cuidados a enfermos mentales en lo cotidiano y en su domicilio o entornos fuera de las entidades, podemos comprender por qué la discapacidad de este colectivo tiene sobre todo un carácter relacional y la importancia de acompañarle en su vida cotidiana. Con la enfermedad mental la subjetividad se desmorona sumiendo a la persona que padece una crisis aguda en una «situación similar a las situaciones de catástrofe por sucesos externos como inundaciones, terrorismo, guerras» (Rossi, G.P., 2007). Las situaciones de crisis del enfermo mental las denomina Gustavo Paolo Rossi «catástrofes subjetivas» que dañan la confianza vital del sujeto. La enfermedad mental compromete la propia disposición de la comunicación y de las relaciones sociales y afectivas. Desde esta perspectiva, cuidar es acompañar a la persona dependiente con una presencia cercana como la de un seme-

jante, en la proximidad que el sujeto pueda aceptar. Se trabaja con el sufrimiento del alma, no físico, proporcionando un relevo a la presencia familiar. El campo de acción es el acompañamiento en lo cotidiano que facilita la continuidad del tratamiento terapéutico.

La atención al vínculo con el enfermo mental es el objeto en sí del cuidado formal, lo que posibilita la confianza necesaria e imprescindible para el desarrollo del sujeto y permite avanzar en el desempeño de las tareas materiales que le capaciten en el logro de su autonomía personal. «No se trata de curar a estos sujetos, sino de restablecer su dignidad de persona y sus derechos como ciudadanos de vivir en comunidad, atendiendo a la rehabilitación de las capacidades perdidas en el proceso de enfermar-hospitalización.» «La cronificación es el deterioro como efecto del aislamiento, de la falta de estimulación, de la marginación manicomial» (Rossi, G.P., 2007).

En el aspecto afectivo cabe hablar también del cuidado al cuidador, tan importante en el SAAD. Con la mirada vuelta hacia los cuidadores, se descubre la sobrecarga emocional de las familias en la atención al enfermo mental. En muchos casos, la situación de determinadas dependencias genera en el cuidador y personas significativas de su entorno, fuertes sentimientos contradictorios y un alto nivel de estrés. En un estudio sociológico recogido en el libro de P. Boss «La pérdida ambigua», se analizan los sentimientos de los familiares de desaparecidos en guerras u otras situaciones similares y se identifican con los sentimientos que sufren las familias de enfermos con demencias o con enfermedad mental. En todos los casos, la persona ha desaparecido o físicamente o en su integridad psicológica, pero no del todo, puesto que no se puede confirmar su muerte o, en el caso de la pérdida de sus facultades mentales, ha dejado de ser lo que era o podría llegar a ser como sujeto, ha muerto gran parte de su psiquismo (más ambiguo aún en la enfermedad mental que cursa con estados cíclicos de estabilidad y crisis). Este tipo de duelos producen efectos devastadores en los sentimientos de las personas significativas, peores que el de la muerte misma, por su dilatación en el tiempo. La muerte permite cerrar el sufrimiento una vez elaborado el duelo, pero en una pérdida ambigua no es posible, porque no existe un final tan contundente como la muerte.

Ante estas situaciones se generan reacciones caracterizadas por: un alto nivel de estrés continuado en el tiempo; sentimientos de irrealidad o negación de los hechos; rabia y enfado por la no definición de la situación; bloqueo de los afectos y los vínculos existentes con anterioridad; miedos; deseos de muerte física de la persona enferma con el correspondiente sentimiento de culpa; etc.

La tercera acepción del concepto cuidado, la que responde a aspectos morales y de responsabilidad, lo encuadra en el marco de la política social y la «organización social del cuidado: cómo se reparten los cuidados entre el Estado, la familia, el mercado y la sociedad civil [...] El concepto de cuidado social trasciende las dicotomías conceptuales de lo público y lo privado, de lo profesional y lo profano, de lo asalariado y lo no asalariado. E Incorpora elementos personales, afectivos, normativos y morales específicos» (Martín Palomo, M.T., 2008).

5. LA PROBLEMÁTICA DEL PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN A LA PERSONA DEPENDIENTE CON ENFERMEDAD MENTAL

Cabe afirmar que, a la hora de decidir la modalidad de atención adecuado al enfermo mental dependiente con el PIA, nos topamos básicamente con tres debilidades del sistema: el SAAD no hace una mención explícita a los servicios específicos para enfermos mentales; los servicios que se ofrecen no responden suficientemente a las necesidades particulares de este tipo de dependencia; y la red de apoyo en la comunidad existente presenta deficiencias en concepto y calidad para su incorporación al sistema.

5.1. DIVERSIDAD DE SITUACIONES SOCIALES QUE ACOMPAÑAN A LA ENFERMEDAD MENTAL

Tras el término de enfermedad mental se esconde no sólo una variedad de diagnósticos que recorre un amplio espectro de la gravedad de los síntomas, sino también multitud de situaciones sociales que inciden de muy diversa forma en la evolución de la enfermedad:

- Vinculación a los servicios sanitarios.
- El momento del ciclo vital.
- Socializaciones secundarias: trabajo, asunción del rol parental.
- Apoyos familiares.
- Momento de la enfermedad.

Respecto a la vinculación a los servicios sanitarios, se puede matizar que existen enfermos con conciencia de su trastorno y de la necesidad de tratamiento terapéutico y una situación estable de su enfermedad, quizá sean las personas con un perfil de mayor adecuación a los servicios no residenciales del actual catálogo del SAAD. Pero un alto porcentaje de personas con trastorno mental grave, vive situaciones caracterizadas por frecuentes ingresos hospitalarios, o mantiene un contacto débil o nulo con los dispositivos de salud. En definitiva, presentan un estado inestable de la enfermedad y una baja adherencia al tratamiento. A estos casos, se le suelen sumar un entorno familiar agotado por la intensidad del estrés emocional. También se detectan otro grupo de enfermos mentales que no han estado diagnosticados y que se encuentran abandonados a su propio desvalimiento. Son personas que están llegando a los Centros de Servicios Sociales, de la mano de sus familiares, solicitando al SAAD una ayuda en los cuidados.

5.2. DEBILIDADES DE LA CARTERA DE SERVICIOS Y PRESTACIONES

El objetivo último de la LAAD está en no solo potenciar los centros, sino generar una red sociosanitaria que permita a los beneficiarios no tener que abandonar su casa y su entorno más inmediato. Para poder responder a la diversidad

de situaciones, y desde la naturaleza de cuidado del enfermo mental antes descrita, es imprescindible incorporar a la cartera de servicios del SAAD nuevos dispositivos de apoyo psicosocial para el enfermo mental, antes del ingreso en recursos de tipo residencial, además de potenciar estos últimos.

En el análisis de los servicios disponibles en el sistema se pueden apreciar luces y sombras en su adecuación a la problemática de los enfermos mentales.

5.2.1. *El servicio de autonomía personal*

Constituye una demanda histórica del movimiento de vida independiente, sin embargo se ha recogido en forma de prestación económica para la asistencia personal a las personas con gran dependencia, menores de 65 años, al objeto de facilitar la integración de la persona dependiente en actividades formativas y laborales. Es una prestación pendiente aún de que se determine por vía reglamentaria el acceso a la misma.

5.2.2. *Prestación económica para el cuidado en el entorno familiar (PECEF)*

En la actualidad, muchos de los Programas de Atención Individual para enfermos mentales que se están resolviendo son PECEF, recurso que la propia LAAD considera de carácter excepcional. La PECEF, en caso de trastorno mental grave, sin necesidad de profundizar mucho, es evidente que no aporta cambios a la situación inicial del dependiente y del cuidador, sino más bien perpetúa el status quo. En muchas ocasiones, es el único recurso posible, teniendo en cuenta la dificultad de atención de algunas personas dependientes con enfermedad mental grave y los servicios inespecíficos disponibles en el catálogo actual del sistema.

5.2.3. *Servicio de ayuda a domicilio*

La LAAD establece que «el SAD lo constituyen un conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestada por entidades o empresas acreditadas para esta función y distingue: 1) Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina y otros. 2) Servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades básicas de la vida diaria» (Ley 39/2006, art. 23).

El contenido principal de la ayuda a domicilio son las tareas del hogar, en un 75% de las horas, y las atenciones personales y la movilidad dentro y fuera del hogar ocupan un 25% del tiempo; y sólo de forma incipiente se proporciona apoyo psicosocial (Libro Blanco de la Dependencia: 2005).

La formación exigida para el perfil profesional de auxiliar de ayuda a domicilio, hasta la actualidad, es heterogénea. Conviven titulaciones de formación profesional, tipo auxiliar de clínica, con otras de formación ocupacional y, en algunos casos, no se requiere ninguna formación específica. Sin embargo, la normativa

que regula este servicio para la LAAD obliga a la acreditación de estos profesionales, pretende alcanzar un cuerpo de conocimiento común y con un nivel mínimo de formación tras un período de reciclaje.

No obstante, teniendo en cuenta el perfil profesional actual así como la caracterización que la propia experiencia ha destilado del servicio, cabe pensar que para responder a otras funciones de rehabilitación psicosocial, más próximas a la necesidad del enfermo mental, se precisa de la incorporación de perfiles profesionales cualificados y de otro concepto de atención domiciliaria. Se trataría de perfiles del tipo: enfermería, trabajador social, auxiliares de psiquiatría... y con la supervisión directa del psiquiatra.

El contexto de los Servicios Sociales de atención primaria, junto con el encuadre de la intervención basado en la relación con el dependiente en el domicilio y en su entorno puede ser, por sí solo, altamente terapéutico, sin pretender realizar una intervención terapéutica estrictamente hablando. Fuera del ámbito sanitario, aunque en estrecha coordinación con él, este abordaje se centra en las áreas más funcionales del enfermo mental, potenciando la capacitación desde su propia subjetividad, en un proceso de resocialización que aporte herramientas para responder a las demandas de la vida cotidiana, desde las particularidades que el propio proceso personal requiera.

La atención domiciliaria es especialmente útil en aquellos casos en los que hay una enfermedad mental grave, baja o ninguna adherencia al tratamiento y dificultad de vinculación a la red de servicios sanitarios y sociales. Personas que no suelen ser atendidas en los despachos de los centros de salud ni en los servicios sociales y que, sin embargo, sus cuidadores han solicitado la entrada en el SAAD.

Gustavo Pablo Rossi denomina a este tipo de atención domiciliaria «acompañamiento terapéutico» (Rossi, G.P., 2007). Según su propuesta, el objetivo es acompañar, que es lo mismo que cuidar y ofrecer una presencia cercana al enfermo además de un relevo a la persona cuidadora del dependiente. El campo de acción es la capacitación básica del enfermo para la organización diaria (compras, tareas del hogar, arreglos domésticos, etc.) y ayudar en la continuidad de los cuidados al enfermo: al acompañar en el autocuidado, en la administración de la medicación y en seguimiento terapéutico, al ejercer una función de contención del enfermo y la propia familia.

«Se trata de un interlocutor de lo cotidiano, en su práctica, un interlocutor para aquel a quien acompaña, a veces también para su familia. [...] Donde el lazo social aparece en conflicto y donde la cronificación fue dejando sus huellas o empuja a inscribirlas, haciendo indispensable un trabajo en red que traspasa el consultorio y el esquema institucional» (Rossi, G.P., 2007). Es una herramienta que trata de encarar la enfermedad en el quehacer cotidiano, mediante el trabajo interdisciplinario en red. También se puede insertar estos equipos de atención especializada en el domicilio, en el trabajo con enfermos mentales que no se encuentren en un periodo de crisis o desborde de la enfermedad, con la finalidad de potenciar el lazo social o incentivar la reinserción social, laboral, recreativa... «Es un elemento privilegiado, entre otros recursos, para evitar la estigmatización so-

cial, la segregación y la cronificación. [...] Trabajar para que el enfermo mental continúe en su medio habitual y no pierda sus actividades y sus vínculos» (Rossi, G.P., 2007).

5.2.4. *Centros de Unidad de Estancia Diurna (UED)*

Servicio definido en la LAAD como «una atención integral durante el periodo diurno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal» (Ley 39/2006, art. 24, 1, 2). La tipología de centros incluye: Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día para mayores, Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen, y Centros de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

Las comunidades autónomas cuentan con una red muy dispar de servicios sociales especializados en salud mental, tanto en su tipología como en la calidad y la titularidad de los mismos: desde la existencia de Centros de Rehabilitación Psicosocial integrados en los programas de atención social a personas con enfermedad mental grave del sistema de Servicios Sociales, pasando por centros sociales de ocio y tiempo libre, hasta centros ocupacionales.

En Andalucía, se ha optado por desarrollar una red de programas de apoyo social integrada en el sector público y gestionada mediante un organismo específico con figura jurídica de fundación: FAISEM (Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental), de responsabilidad y con financiación de la Junta de Andalucía. La red incluye, en el Programa de fomento de las relaciones sociales: centros sociales y clubes sociales para enfermos mentales (II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, 2008-2012).

No obstante, estos centros no son UED y, por tanto, no están inscritos como tales en la red de Servicios Sociales ni pueden cumplir las funciones descritas en la LAAD, lo que les invalida para ser incluidos en el SAAD.

5.2.5. *Servicio de atención residencial*

La LAAD contempla la atención residencial desde un enfoque biopsicosocial, como un servicio de carácter personal y sanitario, y con una previsión temporal o de larga estancia. La Ley contempla distintas modalidades de residencias según el tipo de dependencia. Y añade que «el servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados» (Ley 39/2006, art. 25). Las residencias para mayores son igualmente un recurso para enfermos mentales que no sufren grave alteración de su conducta y son mayores de 65 años. Se atienden en psicogeríátricos aquellos otros casos que sí tienen graves problemas de conducta.

La red de alternativas residenciales comunitarias para enfermos mentales también es diversa en titularidad y en número de plazas disponibles en las distintas comunidades autónomas. La tendencia es la de ofertar servicios residenciales en la comunidad, tipo casas hogar, pisos supervisados, plazas supervisadas en pensiones y mini residencias.

En Andalucía, se ha incorporado al SAAD, la red de servicios residenciales para enfermos mentales existente con anterioridad y manteniendo la normativa anterior a la LAAD en cuanto a control de calidad y de funcionamiento (BOJA 102: 2000 Orden 28 julio de 2000).

En las propuestas de PIA de atención residencial en personas con enfermedad mental se observa una tendencia a recurrir a los centros residenciales como alternativa de atención específica al enfermo mental, ante la ausencia de otros apoyos adaptados a la problemática dentro del SAAD. También cabe destacar el envejecimiento de las familias que constituyen el soporte a estos enfermos y la urgente necesidad de planificar suficientes recursos de alojamientos protegidos.

6. LA NECESIDAD DE UN MODELO DE APOYO PSICOSOCIAL AL ENFERMO MENTAL EN EL SAAD

Tan importante es la cuestión económica del gasto público en la creación de recursos comunitarios al enfermo mental y su familia, como la naturaleza de las ayudas públicas para hacer frente a los cuidados para la autonomía de este colectivo. El SAAD necesita completar el abanico de servicios específicos que deben intervenir en la rehabilitación psicosocial de las capacidades del enfermo mental.

El SAAD tiene ante sí el reto y la oportunidad de definir y completar la red de servicios comunitarios de atención al enfermo mental, desde la estructura de los servicios sociales, de tal forma que garantice la continuidad de cuidados, con un mínimo de calidad en todas las comunidades autónomas.

El Consejo Territorial del SAAD es el órgano a quién se le encomienda la fijación de criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del sistema, así como adoptar criterios comunes de evaluación. Cabe esperar la asunción de responsabilidad del Estado en alcanzar un consenso respecto al modelo de apoyo psicosocial a la persona dependiente por enfermedad mental.

Son tareas pendientes: definir la red de servicios sociales especiales para enfermos mentales incorporando nuevos servicios y especificando en que consiste la adaptación de los ya existentes; establecer mecanismos de control de calidad mediante un sistema de acreditación de centros estándar; exigir un perfil profesional de los cuidadores formales acorde con la complejidad de la enfermedad mental; y establecer convenios de colaboración entre la administración de salud y la de Servicios Sociales que garanticen la coordinación intersectorial. En definitiva, completar y dotar de nuevos contenidos al SAAD, ante la especificidad de la dependencia derivada de la enfermedad mental, para hacer efectivo el derecho a ejercer la ciudadanía de toda persona dependiente, tal como se recoge en la propia Ley de dependencia.

7. BIBLIOGRAFÍA

BOSS, P.

2005 *La pérdida ambigua*. Editorial Paidós.

CONSEJERÍA DE SALUD

2008 *II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía, 2008-2012*. Junta de Andalucía.

ELÍAS, N.

1989 *La sociedad de los individuos*. Editorial Península.

GÓMEZ-ALLENDE, M. Colaboración: GARCÍA MARTÍNEZ, B., y MARTÍN PAREDES, S.

2009 *El nuevo Sistema de Atención a la Dependencia en España: demandas y ofertas de atención. La nueva Ley y su aplicación*. Ediciones GPS.

INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES

2004 *Libro blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid.

MARTÍN PALOMO, María Teresa

2008 «Los cuidados y las mujeres en las familias». *Revista Política y Sociedad* 45.

MURILLO DE LA VEGA, Soledad

2000 «La invisibilización del cuidado en la familia y los sistemas sanitarios». *Revista Política y Sociedad* 35.

RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio

2007 «La protección social de la dependencia en España. Un modelo sui generis de desarrollo de los derechos sociales». *Revista Política y Sociedad* 44.

ROSSI, Gustavo Pablo

2007 *Acompañamiento terapéutico. Lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*. Buenos Aires: Editorial Polemos.

VARIOS

2003 *Dossier Enfermedad mental I y II. La atención a personas con trastorno mental severo en España*. Minusval.

VICENTE MOCHALES, Concha

2008- *Memoria postgrado: En busca de los derechos de ciudadanía del enfermo mental grave: rescatando sujetos, liberando identidades*.

8. REFERENCIAS LEGISLATIVAS

BOE NÚM. 62, 12 MARZO 2010: RESOLUCIÓN DE 4 FEBRERO DE 2010, DE LA SECRETARÍA GENERAL DE POLÍTICA SOCIAL Y CONSUMO. Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia.

LEY 39/2006, DE 14 DE DICIEMBRE, DE 2006. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

ORDEN DE 28 DE JULIO DE 2000, CONJUNTA DE LAS CONSEJERÍAS DE LA PRESIDENCIA Y DE ASUNTOS SOCIALES. Requisitos materiales y funcionales de los Servicios y Centros de Servicios Sociales de Andalucía y modelo de solicitud de las autorizaciones administrativas. BOJA núm. 102, 5 septiembre de 2000.

ORDEN DE 15 DE NOVIEMBRE DE 2007. El servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía. BOJA núm. 231, 23 de noviembre 2007.

REAL DECRETO 504/2007, DE 20 DE ABRIL, BAREMO DE VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.