

Discapacidad Intelectual, Enfermedad Mental y Dificultades en la Regulación de las Emociones y la Conducta: Hacia un modelo Comunitario de Coordinación Socio-Sanitaria



Ramón Novell Alsina

Servicio Especializado en Salud Mental y Discapacidad Intelectual

Instituto de Asistencia Sanitaria, Girona

Servicio Catalán de la Salud

Grupo de Investigación en Trastornos del Neurodesarrollo

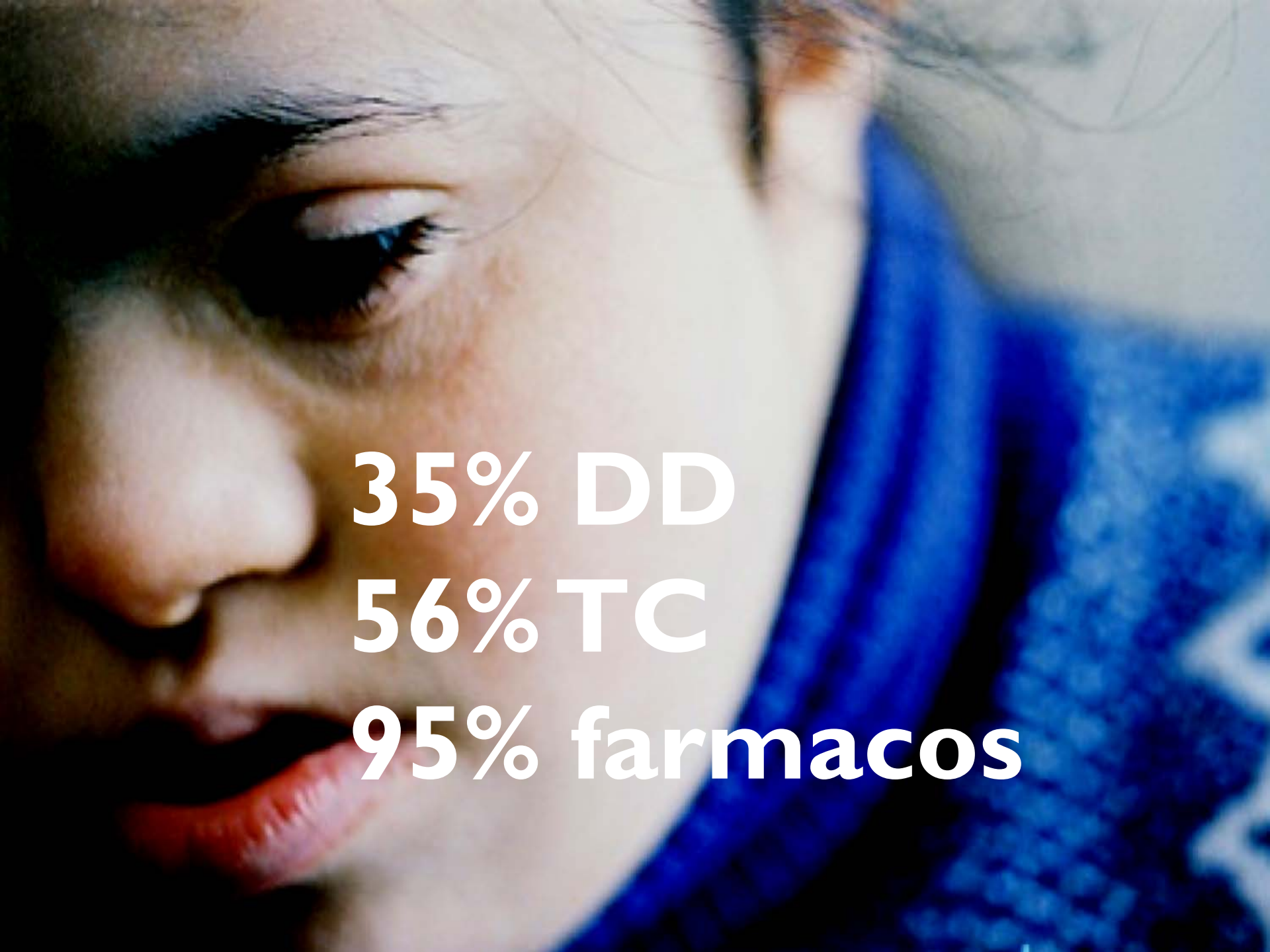


**Generalitat
de Catalunya**

A photograph of three young children with Down syndrome. The child in the foreground is a young boy with short brown hair, looking directly at the camera with his mouth wide open in a joyful expression. Behind him, another child with reddish hair is smiling, and a third child is visible in the background, slightly out of focus. The background is dark, making the children stand out.

20

**Mil personas
tienen DI en
CyL**

A close-up, slightly blurred photograph of a woman's face, focusing on her eye and nose. She is wearing a blue patterned garment. Overlaid on the right side of her face is white text.

35% DD

56% TC

95% farmacos

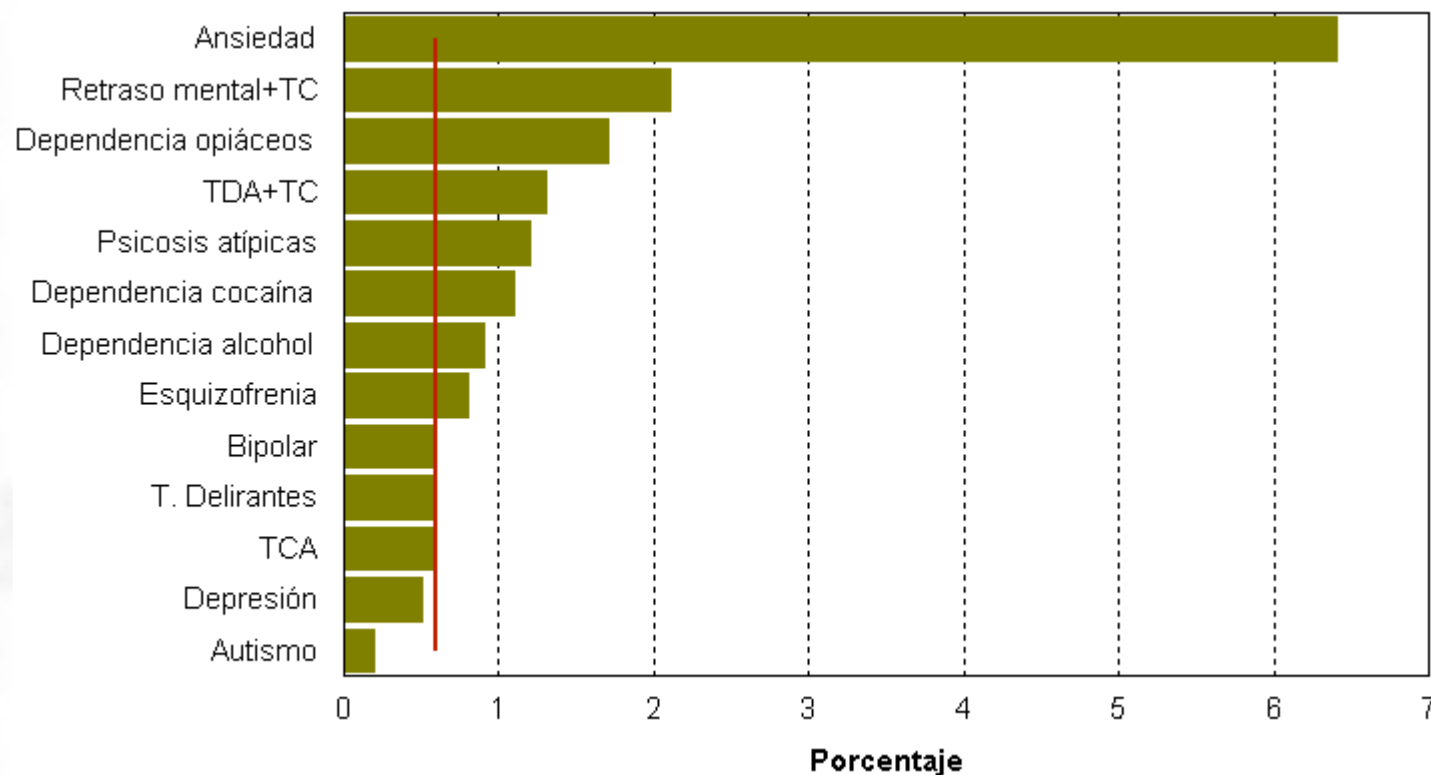
Problemas

Falta de apreciación de la magnitud y naturaleza del problema , por el mismo médico que **CONSIDERA** el trastorno mental , como " algo" relacionado con la discapacidad, y por el propio sistema asistencial que ha priorizado los aspectos sociales , educativos - vocacionales sobre los sanitarios .



Población atendida más de 10 veces en urgencias en los últimos 6 meses

 Generalitat de Catalunya
Pla interdepartamental d'atenció
i interacció social i sanitària



Red Social vs. Red Sanitaria

- Falta de Políticas dirigidas a las necesidades de las personas con DI y enfermedad mentales / TC (Fletcher , 1993).
- El resultado ha sido una difusión de las responsabilidades, más sujetas a condicionantes administrativos que a la realidad de la persona, dando lugar a una falta de servicios y soportes y , cuando están disponibles, una fragmentación entre los servicios y los apoyos intermedios como el atención domiciliaria, viviendas tuteladas , programas de respiro , servicios pre y laborales, etc.

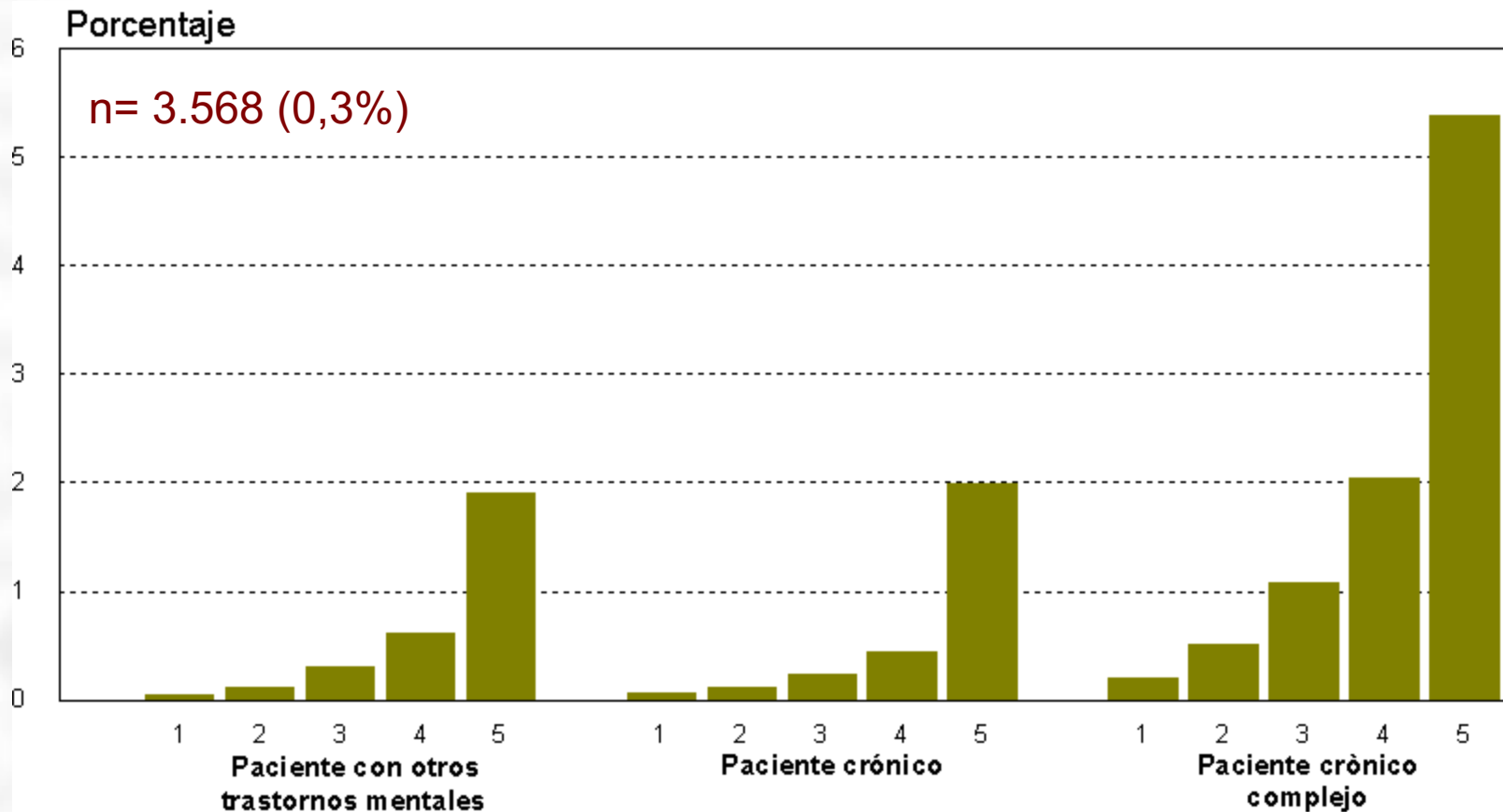
Red Social vs Red Sanitaria

- Separar y diferenciar los Servicios de Salud de los Servicios Sociales puede ser útil el punto de vista administrativo, pero en el caso de la patología dual esta línea de separación es confusa y borrosa (Bouras , 1994), y puede conducir a que ambas administracions manifesten que es la otra la responsable de dotar de Apoyos Específicos (Rowitz, 1980; Menolascino, 1988).

Un gran Reto!!

- Si ambas redes están insuficientemente equipadas para proporcionar un adecuado servicio a la persona , el riesgo de fracaso es muy alto.
- Cada red debe aceptar su responsabilidad en relación a las Necesidades Especiales de las Personas con enfermedad mentales / TC.
- Se precisa de un elevado nivel de formación y de coordinación entre los diferentes servicios si se quiere evitar una innecesaria presión sobre las personas afectadas, se familias y los responsables de atenderles.

Población atendida más de 10 veces en urgencias en los últimos 6 meses



ENFERMEDAD CRÓNICA

DEFINICIÓN

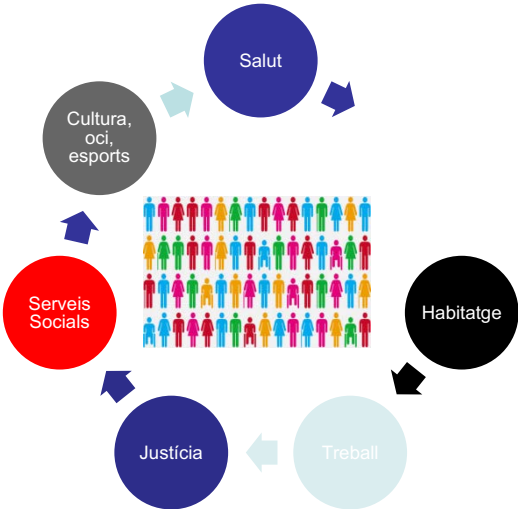
Enfermedad crónica es aquella **CONDICIÓN** que al menos durante 1 año o más requiere atención médica **CONTINUADA** y / o las **ACTIVIDADES** de la vida diaria están **LIMITADAS**. Aparte de las condiciones físicas las **CONDICIONES CRÓNICAS** incluyen problemas como los de abuso de sustancias y los trastornos por adicción, **ENFERMEDADES MENTALES**, demencias y otros **déficits cognitivos y discapacidades del desarrollo**.

(U.S. Department of Health and Human Services. Multiple Chronic Conditions—A Strategic Framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions. Washington, DC. December 2010).

¿Podemos considerar a las PTDI + EM/DREC como a personas con necesidades complejas sanitarias y sociales? (Paciente Crónico Complejo – PCC)

- Las necesidades sociales complejas se identifican a partir de tres ámbitos : las vinculadas a la **autonomía personal y dependencia funcional** ; las referidas a la **cobertura de requerimientos instrumentales o materiales** y las relacionadas con la **calidad de las relaciones familiares y sociales**
- También se incluirá un grupo determinado de pacientes que , sin cumplir los criterios anteriores, presentan situaciones que requieren ser consideradas dentro del perfil de « pacientes en situación de complejidad clínica:
 - En el ámbito de la salud mental , el caso del trastorno mental severo, la esquizofrenia y la **discapacidad intelectual con trastorno de conducta**.



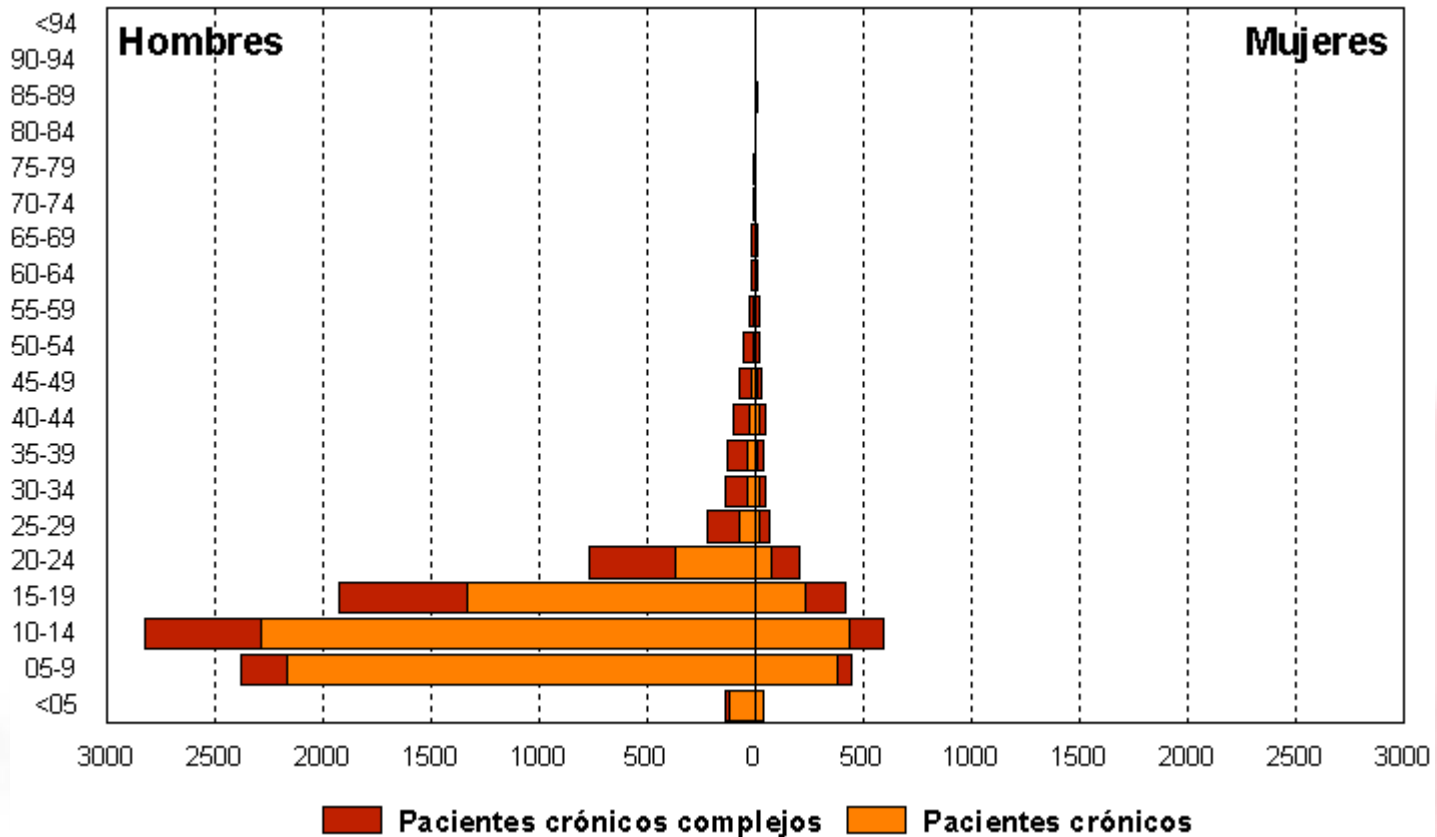


- A lo largo de la vida **TODAS LAS PERSONAS** deben tener garantizados unos servicios públicos de calidad siempre que los necesite.
- La persona que padece alguna discapacidad intelectual, física o de salud mental, debe tener **TAMBIÉN LAS MISMAS OPORTUNIDADES Y GARANTÍAS DE ACCESIBILIDAD** los **SERVICIOS NECESARIOS Y ADECUADOS DURANTE TODAS LAS ETAPAS DE SU VIDA EN SU TERRITORIO.**
- En la complejidad hay muchos momentos en la vida de la persona que acceder a los servicios actuales o generales **NO ES SUFICIENTE NI FÁCIL.**
- **CONSTATAMOS QUE UN% DE POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD INTELECCTUAL Y NECESIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS COMPLEJOS QUEDA EXCLUIDA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS Y DE LA MISMA SOCIEDAD.**



Programa de Abordage Integral de los casos de Salud Mental de Elevada Complejidad. PAIcSaMEC

Población con autismo



Tasa de prevalencia en la población general:

141,0 (x100.000h)

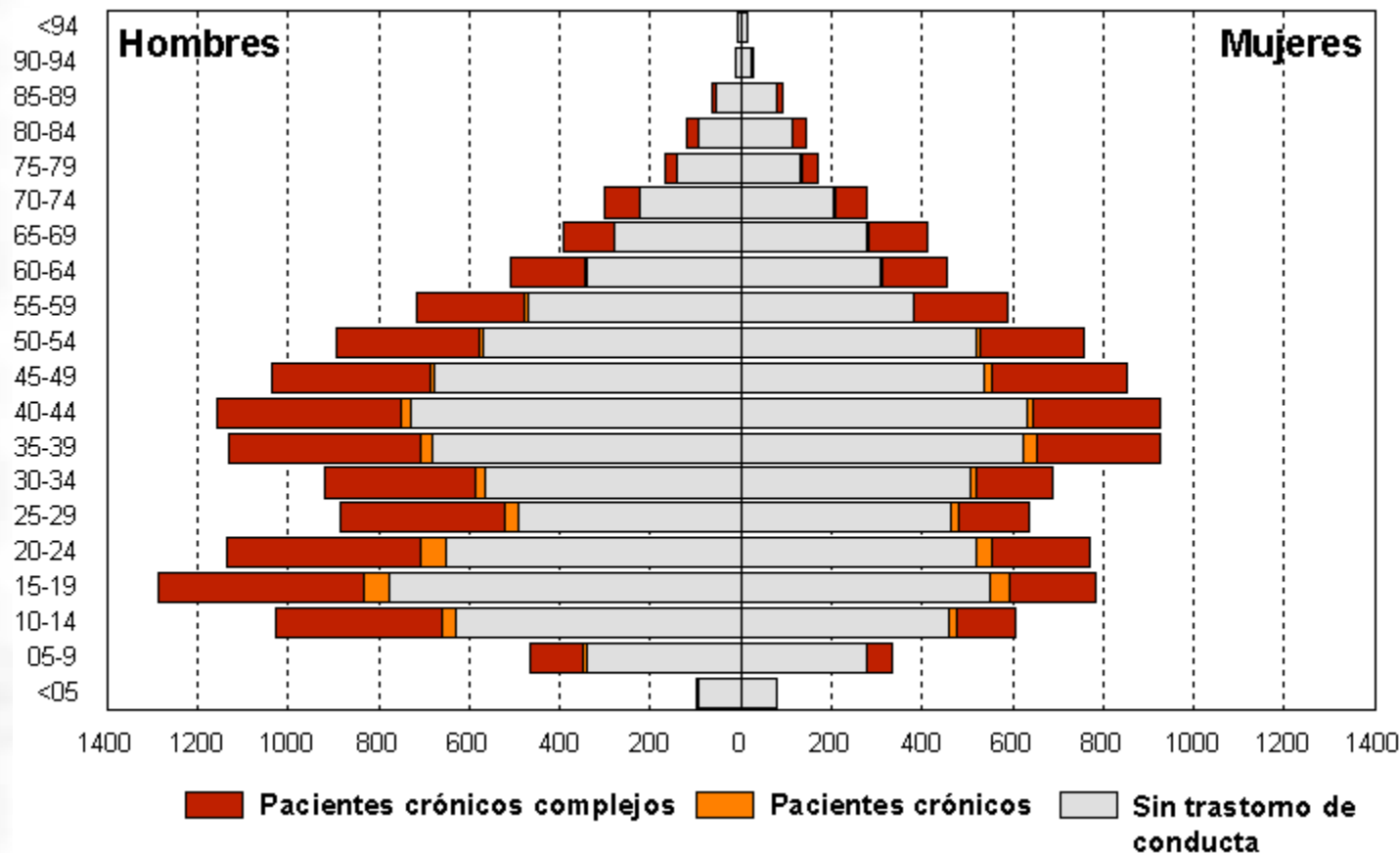
Tasa de prevalencia en la población <18 años:

562,4 (x100.000h)



**Generalitat
de Catalunya**

Població amb retard mental



Tasa de prevalencia en la población general:

283,8 (x100.000h)

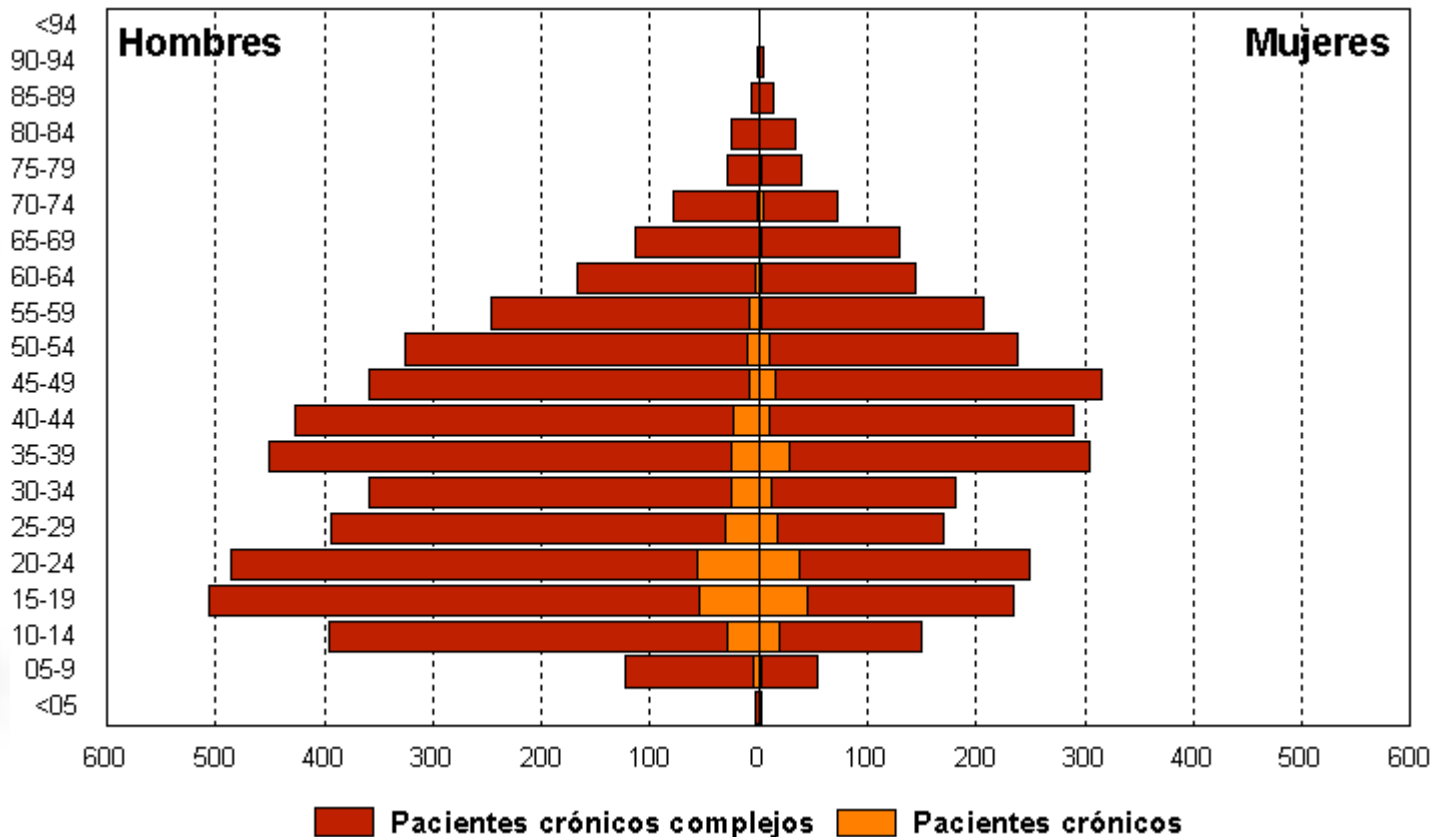
Tasa de prevalencia en la población <18 años:

268,9 (x100.000h)



**Generalitat
de Catalunya**

Població amb retard mental i trastorn de conduct



Tasa de prevalencia en la población general:

13,8 (x100.000h)

Tasa de prevalencia en la población <18 años:

16,1 (x100.000h)



**Generalitat
de Catalunya**

Valores y Fundamentos

- Modelo integrado social y sanitario que abarque todas las actuaciones poblacionales a lo largo de todo el periplo vital de las personas.
- Modelo integral, centrado en las necesidades de las personas.
- Continuidad en la atención, con independencia de entrada a los sistemas.
- Nueva cultura profesional, trabajando colaborativamente de manera planificada y proactiva.

Valores y Fundamentos

- Personas empoderadas y con una nueva relación con los servicios.
- Sistemas de información compartidos, seguros y de calidad.
- Atención de base comunitaria, cercana al lugar de residencia de la persona.
- Uso de los recursos con una visión única, producto de una valoración compartida y priorizada de las necesidades de asistencia de la persona.

EL PAIcSaMEC ESTA BASADO EN EL MODELO COMUNITARIO Y DE RECOVERING

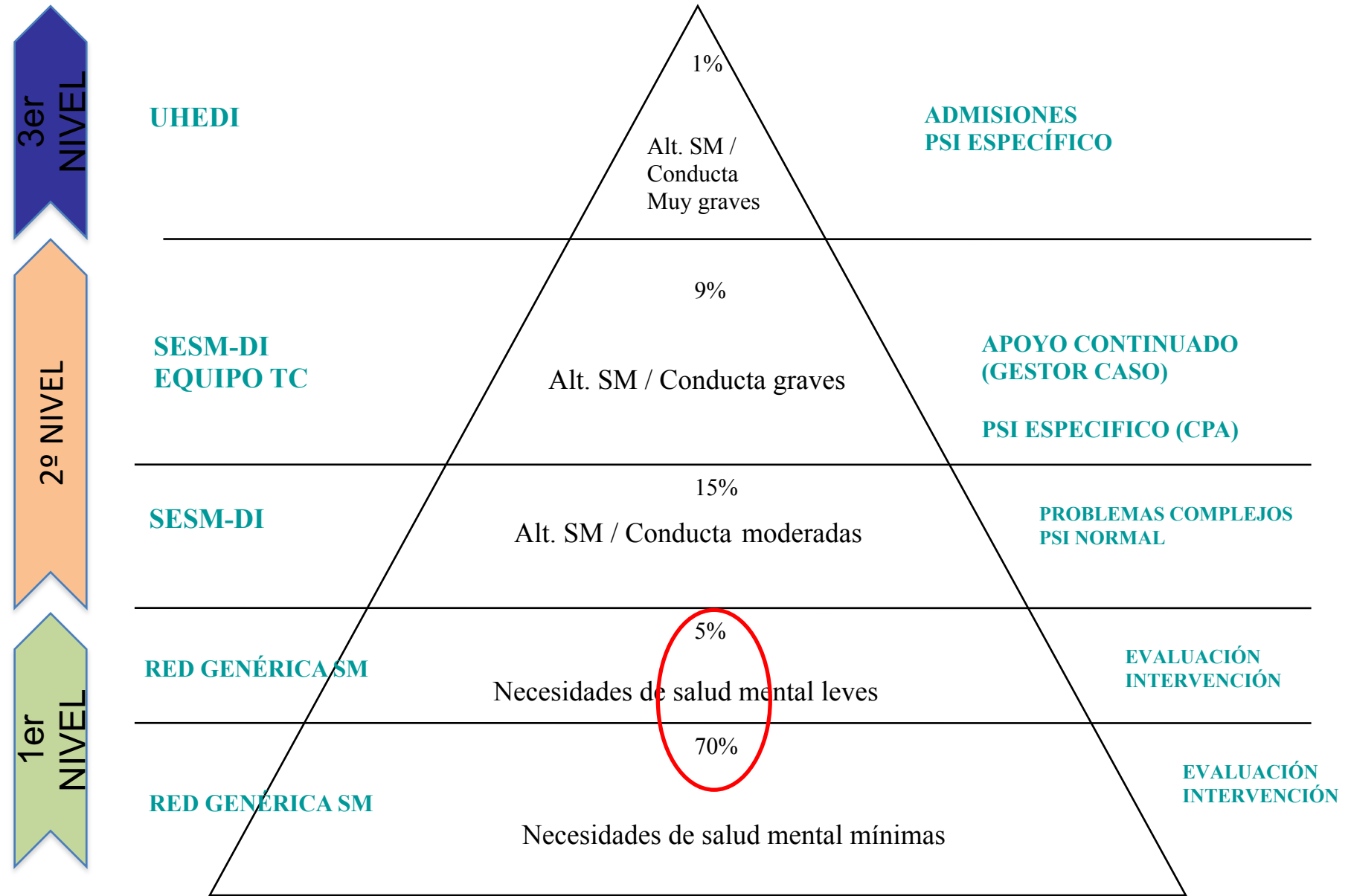
Modelo comunitario:

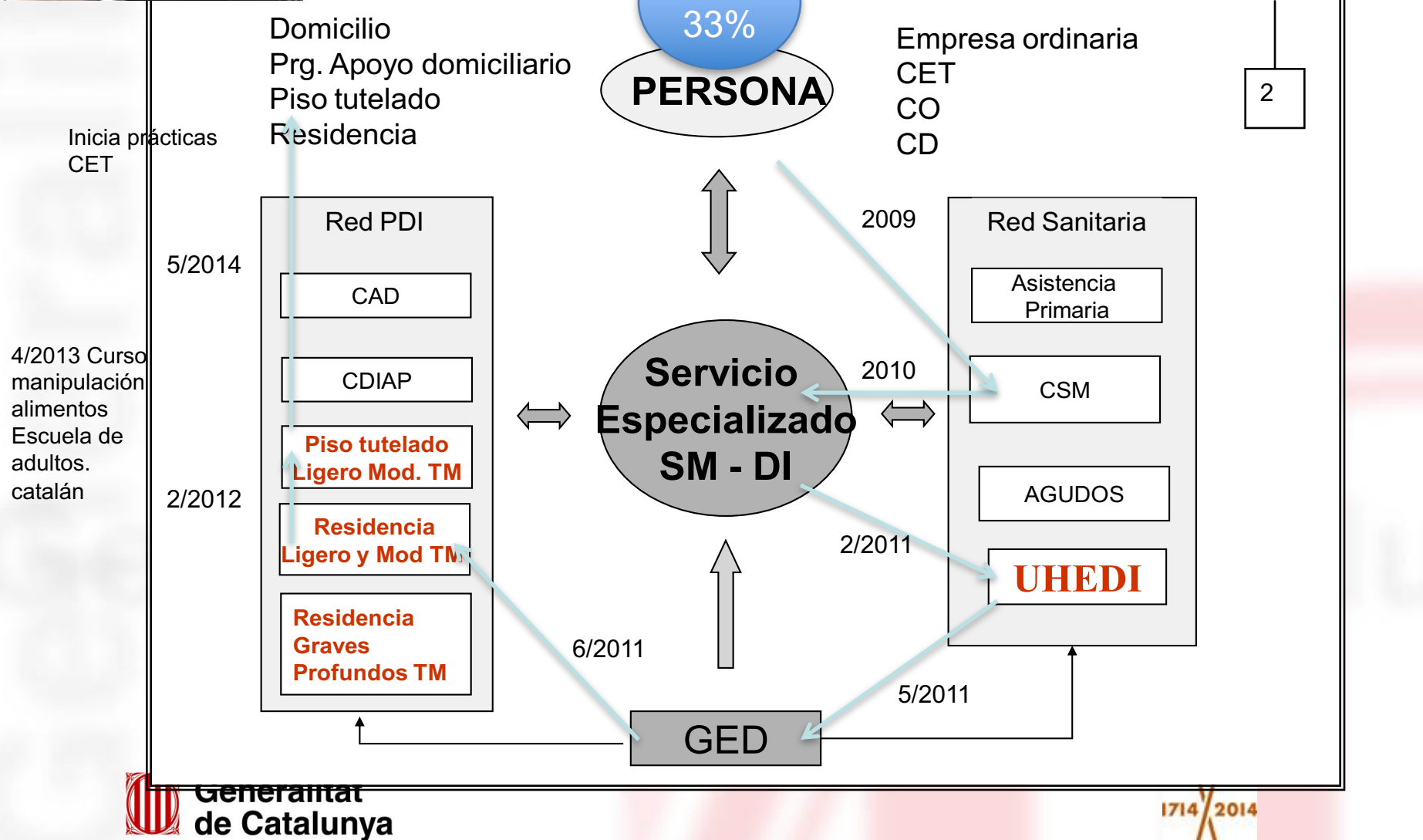
- Programas de DETECCIÓN E INTERVENCIÓN PRECOZ
- Evaluación multidisciplinar.
- Plan Terapéutico individualizar (PTI).
- Plan Individualizado de Intervención Compartido (PIIC)
- Protocolo de Gestor de Caso.
- ATENCIÓN INTENSIVA EN DOMICILIO DESDE LOS CENTROS SANITARIOS COMUNITARIOS Y EN LA CALLE CON MODELO DE METODOLOGÍA CONSENSUADO POR LOS PROFESIONALES Y FORMACIÓN ADECUADA
- Intervención en crisis.

Modelo de recuperación:

- Velar por los Derechos de los usuarios.
- Participación de la Primera Persona y de sus familiares
- Proyecto vital y derechos a lo largo de la vida.
- Nivel de recuperación, funcionamiento y bienestar.

Personas con discapacidad intelectual y necesidades de atención relacionada con la salud mental.





ANEXO 1

Criterio 1: enfermedad mental relevante PC

Diagnósticos principales en salud mental y adicciones de adultos que indican cronicidad:

- Trastorno esquizofrénico: 295.0 a 295.9. Excluido el T. Esquizofreniforme 295.4
- Trastorno Esquizaafectivo : 295.7
- Trastorno Delirante Crónico: 297.1
- Trastorno Esquizotípico de la Personalidad: 301.22
- Trastorno Delirante crónico Compartido : 297.3
- Trastorno Bipolar: 296.4, 296.5, 296.6, 296.7 y 296.8
- Trastorno depresivo mayor: con sintomatología psicótica 296.34
- Trastorno Depresivo Mayor Recurrente 296.3
- Psicosis atípica y otras psicosis no orgánicas: 297.9 298.9

ANEXO 1

- Trastorno límite de la personalidad: 301.83
- Trastorno Obsesivo Compulsivo: 300.3
- Trastorno por dependencia al Alcohol: 303.0 i 303.9
- Trastorno por dependencia a la cocaína: 304.2
- Trastorno por dependencia a la heroína: 304.0
- Trastorno por dependencia a opiáceos y otras drogas: 304.7
- Trastorno Autístico: 299
- Trastorno Conducta Alimentaria: 307.1 y 307.51
- Agorafobia con crisis de pánico: 300.21
- **Trastorno de conducta + Discapacidad Intelectual: 312.0 + 317, 318 o 319**



PLAN DE ACCIÓN

PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TRASTORNOS DE SALUD MENTAL.

SEPAD

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.
Junta de Extremadura





salud mental y discapacidad intelectual y/o del desarrollo

INFORME DE NECESIDADES Y PROPUESTAS DESDE FEAPS-PLENA INCLUSIÓN La Rioja



Logroño 15 de Abril de 2016

DID	Grados de Discapacidad							
	Moderado		Grave		Muy Grave		Total	
	(33%-64%)		(65%-74%)		(75% y más)			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	957	5,29%	474	2,62 %	334	1,85%	1.765	9,76%

PROPUESTA DE TRABAJO Y COLABORACIÓN

Creación de un Grupo de Estudio y Derivación (GED)

Este grupo estaría formado por:

- profesionales de la red pública de salud
- profesionales de la red pública de servicios sociales
- profesionales de la red específica de apoyo a personas con

discapacidad intelectual y/o del desarrollo de FEAPS-PLENA Inclusión La Rioja. Esta mesa de trabajo se reuniría mensualmente en las instalaciones de la red pública de salud para:

- + evaluar las necesidades de las PDID, que presentan problemas de salud mental y/o de la conducta.
- + realizar sesiones de análisis de los casos que se presenten.
- + ser un punto de referencia para profesionales y usuarios con discapacidad intelectual y/o del desarrollo que precisen atención en salud mental.
- + desarrollar medidas de colaboración social y sanitaria para apoyar a las a las personas con discapacidad intelectual y /o del desarrollo con alteraciones en la salud mental.

Sesiones clínicas conjuntas entre la red pública de salud mental y la red específica del movimiento asociativo FEAPS-PLENA Inclusión La Rioja

Se propone que, dentro de la programación de sesiones clínicas de la red pública de salud mental, incluir una sesión anual conjunta con la red específica de apoyo a personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo.

Diseñar un programa de formación a profesionales de la red de salud Mental

Se trata de incluir en la oferta formativa de la red pública de salud, un programa específica que conste de dos partes:

- un seminario formativo presencial en el CIBIR
- la rotación externa de un profesional de la red de salud mental

de La Rioja en servicios de otras Comunidades Autónomas que ya están funcionando (CEGEM-DI)

MODELO INTEGRADO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE DE CASTILLA Y LEÓN

**Dirección General de Asistencia Sanitaria
Gerencia Regional de Salud**

- Incidencia Enfermedad Mental Grave y Prolongada (EMGP): 0,5-1%
 - Trastornos psiquiátricos graves.
 - Precisan uso simultáneo o sucesivo de recursos sanitarios y/o sociales.
- Estimación Castilla-León: 25.000



GESTIÓN DE CASOS EN SALUD MENTAL: PROCESO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO DE SM

¿Dónde están las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo?

2.

TRASTORNO CRÓNICO COMPLEJO EN SALUD MENTAL

En este proceso, se define el Trastorno Crónico Complejo, a través de tres aspectos:

2.1 Duración de la enfermedad

En este proceso se utiliza como criterio de duración, una evolución del trastorno de **dos años o más**, o un deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos **6 meses**, tomando como referencia la GPC de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave.

2.2 Diagnóstico médico

Los diagnósticos principales que se incluyen en este proceso, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (OMS 2003), son los siguientes:

- F20, F21, F22, F24, F25, F28, F29: Esquizofrenia, Trastorno esquizotípico, Trastorno delirante, Trastorno psicótico compartido, Trastorno esquizoafectivo, Trastorno psicótico no especificado, otros trastornos psicóticos de origen no orgánico. Trastorno Esquizofrénico residual.

¿Dónde están las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo?

- F31: Trastorno bipolar con mala evolución.
- F32.3, F33: Trastornos depresivos mayores graves y recurrentes.
- F60: Trastornos de la personalidad severos.
- F42: Trastorno obsesivo compulsivo.
- F50: Trastornos de la conducta alimentaria.
- Otros trastornos mentales que por su duración y gravedad sean subsidiarios de ser incluidos.

Con **exclusión** de aquellos casos que tengan como diagnóstico único:

- Trastornos mentales orgánicos (F00-09).
- Retraso mental (F70-79).
- Abuso y dependencia de sustancia psicotrópicas, como diagnóstico único y exclusivo (F10-F19).

2.3 Déficit en el funcionamiento personal y/o psicosocial que será evaluado por la escala **PSP**, (con una Puntuación igual o menor de 60), siendo necesario identificar los **Diagnósticos de Enfermería**, (Clasificación NANDA 2015) y los **Diagnósticos Sociales** (CIE-10 y DSM 5), relacionados con el paciente y la familia, que justifiquen la necesidad de cuidados específicos y las necesidades sociales.

CON BUENOS APOYOS

PLENA
INCLUSIÓN

