

# PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

GRUPO DE TRABAJO  
DISCAPACIDAD INTELECTUAL  
Y SALUD MENTAL

DICIEMBRE 2013

# INDICE

1.- JUSTIFICACION	.....	PAG. 01
2.- DESCRIPCION DEL PROBLEMA	.....	PAG. 01
2.1.-REFERENCIA HISTORICA	.....	PAG. 01
2.2.-MAGNITUD DEL PROBLEMA	.....	PAG. 03
2.3.-MODELOS DE ATENCIÓN	.....	PAG. 07
3.- PROPUESTAS DE MEJORA CONSENSUADAS POR EL GRUPO DE TRABAJO.	.....	PAG. 08
3.1. El grupo de trabajo sobre Personas con Discapacidad Intelectual y Salud Mental.	.....	PAG. 08
3.2. Propuesta para la mejora en la atención a personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental.	.....	PAG. 10
3.2.1.- Formación	.....	PAG. 10
3.2.2.- Coordinación	.....	PAG. 11
3.2.3.- Adaptación y especialización de recursos	.....	PAG. 12
4.- RECOMENDACIONES PARA LA PUESTA EN PRACTICA DE LAS PROPUESTAS	.....	PAG. 14
5.- REFERENCIAS	.....	PAG. 15
6.- ABREVIATURAS	.....	PAG. 16
ANEXO I	.....	PAG. 17
ANEXO II	.....	PAG. 19

## **1.- JUSTIFICACION**

La atención a las Personas con Discapacidad Intelectual y Enfermedad Mental (PDI-EM), en la mayoría de las regiones y países de nuestro entorno<sup>1</sup>, genera en la actualidad valoraciones insatisfactorias y presenta evidentes elementos de mejora.

Esta valoración deficiente se sustenta en distintas consideraciones. Se acepta que a un porcentaje importante de PDI-EM no se les diagnostica apropiadamente su enfermedad; que muchos profesionales sanitarios no tienen formación específica o actualizada sobre tal problema; que los servicios públicos y privados involucrados en su asistencia encuentran importantes dificultades para la coordinación y acción conjunta; que los casos especialmente complejos son derivados de uno a otro servicio sin encontrar una respuesta suficiente y adaptada a las necesidades concretas; que en ocasiones entre las asociaciones, los profesionales y la Administración que financia los servicios, surgen opiniones no coincidentes sobre la conveniencia y utilidad de crear recursos específicos.

Esta situación, en gran medida, también se suscita en la Comunidad Autónoma Andaluza, pese a los avances en la atención a las personas con discapacidad intelectual y el desarrollo del modelo comunitario de atención a la salud mental<sup>2</sup>.

Lo que las personas con discapacidad intelectual necesitan es lo mismo que el resto de la población, ser comprendidas por profesionales cualificados para ayudarlas a afrontar sus trastornos mentales y de conducta, que eviten sufrimientos a sí mismas y a sus familias, mejoren su calidad de vida y puedan desarrollarla en la comunidad.

Por ello, tras años de constatación de esta problemática sin respuesta satisfactoria, en 2013, la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, convocó un grupo de expertas y expertos de distintas redes de atención a las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental, con el objetivo de emitir un informe delimitando las propuestas prioritarias que se puedan implantar en este ámbito.

La creación, por tanto, del Grupo sobre Discapacidad Intelectual y Salud Mental, pretende ofrecer puntos de reflexión y consenso que puedan facilitar la toma de decisiones para la mejora de la situación citada. Y, por otro lado, la elaboración del III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía es una oportunidad para dar respuesta a las propuestas que en este documento se realizan.

## **2.- DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

### **2.1.- REFERENCIA HISTORICA**

En España la atención sanitaria y social a las personas con discapacidad intelectual ha experimentado cambios importantes en los últimos decenios, cambios que, aunque con diferencias significativas entre distintas Comunidades Autónomas, responden a la articulación de algunos procesos generales:

- a) Las políticas de desinstitucionalización y Reforma psiquiátrica, oficializadas en la Ley General de Sanidad de 1986 pero de desigual aplicación territorial, que han dado lugar a una pérdida de peso de las instituciones asilares en las que se recluían muchas personas con discapacidad intelectual habitualmente con pocos recursos e importantes trastornos de conducta. No obstante, solo en muy pocas Comunidades Autónomas se cerraron realmente al menos los Hospitales Psiquiátricos Públicos, como es el caso de Andalucía<sup>3</sup>.
- b) La evolución de la atención sanitaria especializada en salud mental hacia una posición muy secundaria y habitualmente reticente con respecto a la atención a las necesidades de las personas con discapacidad intelectual más allá de episodios graves de descompensación.
- c) El desarrollo de un sector privado, en gran parte derivado de los movimientos asociativos de familiares, que mediante acuerdos con las Administraciones y sostenidos con financiación pública, ofertaron modelos diversos de atención, en general dentro de sectores no sanitarios (sociales y laborales). Proceso, paralelo al de normalización e integración escolar, que ha tenido un notable éxito en España, permitiendo la incorporación a programas ocupacionales, y en menor medida a estrategias de empleo, de una mayoría de personas con DI leve o moderada.

Sin embargo este proceso no ha tenido el mismo desarrollo en las personas con DI-EM. De hecho, el traspaso de la atención desde los servicios sanitarios a los servicios sociales (fundamentalmente recursos residenciales y de día), marginó a este subgrupo de personas, que se vieron parcialmente excluidas de la atención sanitaria y que por sus características presentaron un mayor abandono de los programas comunitarios, pasando a ser atendidas en el medio familiar.

Como consecuencia de todo ello, aunque se han desarrollado modelos de atención residencial, ocupacional y laboral de gran calidad, el proceso ha determinado que:

- a) Siga habiendo en muchas CCAA personas institucionalizadas en grandes estructuras, públicas y privadas, que, aunque hayan cambiado de nombre, siguen siendo de características manicomiales.
- b) El sistema sanitario se haya desentendido de la atención sanitaria especializada en salud mental de la mayoría de las personas con discapacidad intelectual, aunque presenten síntomas de distintos tipos de trastornos mentales.

- c) El sistema de servicios sociales se haya visto superado en ocasiones por la problemática sanitaria de una parte de sus usuarias y usuarios, optando por generar respuestas al margen de los servicios sanitarios públicos, como fue el caso de incluir en la normativa reguladora la necesidad de disponer de psiquiatras en los servicios residenciales específicos para personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta.<sup>4</sup>
- d) Se produzcan además distorsiones “profesionales” como son:
- En el sector sanitario: la ignorancia o infravaloración de los problemas psíquicos que afectan a personas con DI y la tendencia a rechazar su atención.
  - En el sector social: la equiparación de problemas de conducta y dificultades de manejo con enfermedades mentales que deben ser atendidas en el sistema sanitario y la tendencia a transferir la atención de personas “difíciles” al mismo o al sector social especializado en trastornos mentales graves.
  - Y en ambos sectores la confusión diagnóstica entre distintos tipos de problemas, a veces por la escasa formación específica pero también por un cierto oportunismo (derivar la atención a una u otra red modificando el diagnóstico, sobre todo a la hora de acceder a recursos residenciales públicos y determinadas prestaciones). Así, el profesional puede sentirse presionado a evitar un diagnóstico que suponga cargas de trabajo indeseables, riesgos de una alta frecuentación o mal uso de servicios, y/o que no sea deseable por la persona usuaria o por sus allegados. Un diagnóstico que resalta una de las dos condiciones (EM/DI) minimizando, o incluso negando la otra, condicionando una evaluación errónea del caso concreto y sus diversas dimensiones para una correcta atención.

## **2.2.-MAGNITUD DEL PROBLEMA**

Es difícil determinar el número de personas con DI y EM, ya que los estudios epidemiológicos, que miden las tasas de prevalencia y los factores asociados con los problemas de salud mental en personas adultas con discapacidad intelectual, han determinado resultados muy diferentes y a veces contradictorios, principalmente debido a problemas metodológicos.

Dificultades que se relacionan con determinados factores<sup>5</sup>:

- Se han utilizado distintos términos sobre trastornos de la salud mental sin una definición detallada.

- Los criterios diagnósticos utilizados presentan una alta variabilidad y a veces no son coincidentes los que se utilizan en las redes de servicios sociales en relación con los de salud mental.
- Existen dificultades atribuibles a los instrumentos de evaluación, a quien entrevista, como a quien informa.
- Los estudios epidemiológicos presentan sesgo en la selección de las muestras.

En la década de 1980, se admitía que, en general, las personas con discapacidad intelectual no tenían capacidad cognitiva para experimentar problemas de salud mental y que sus trastornos de conducta eran atribuibles únicamente a su discapacidad.

Esta confusión ha sido mantenida, fundamentalmente, por lo que se denomina el *“efecto eclipsador”*<sup>6</sup> de la Discapacidad Intelectual. Según esto, muchos profesionales consideran a la Discapacidad Intelectual como el problema nuclear y el objetivo principal, incluso único, de las distintas actuaciones. Dicho efecto impide ver que D.I. y E.M. son dos tipos de problemas que pueden darse en una misma persona y que requieren atención sanitaria y social.

Pese a las dificultades para determinar la prevalencia de problemas de salud mental en las personas con discapacidad intelectual y consecuentemente, la ausencia de datos rigurosos desde un punto de vista científico, en la actualidad se acepta que se trata de personas probablemente más vulnerables al desarrollo de patología mental.

A pesar de las citadas limitaciones, podemos establecer algunas estimaciones extrapoladas de datos generalmente admitidos:

### **Prevalencia de Discapacidad Intelectual**

Si la población andaluza en 2.013<sup>7</sup> es de 8.421.274 personas (7.697.093 españoles), puede estimarse que 84.000 personas presentan D.I. (1% de prevalencia estimada de D.I.)

A 30 de septiembre de 2.013 el número de personas en Andalucía en quienes los Equipos de Valoración y Orientación (EVO) habían apreciado una Discapacidad igual o superior al 33% y que presentaban una D.I. era de 80.171 personas, lo que indica una prevalencia casi exacta con respecto a las estimaciones.

Calculando que la prevalencia asistida es un 0.6% de la población, puede estimarse que unas 50.400 PDI están en contacto con los servicios.

## **Prevalencia de problemas de salud mental en personas adultas con discapacidad intelectual, en estudios internacionales**

La revisión de los datos publicados indica que aproximadamente un 30% de las personas con DI en el medio comunitario presentan trastornos mentales, y un 30% algún tipo de trastorno conductual, aunque ni todos los casos con diagnóstico de trastorno mental conlleva un problema de conducta, ni todos los casos diagnosticados se deben a un problema de salud mental o requieren tratamiento.

En cuanto a trastornos específicos<sup>8</sup>:

- Esquizofrenia 3%
- Trastorno afectivo bipolar 1,5%
- Depresión 4%
- Trastorno de ansiedad generalizada 6%
- Fobia específica 6%
- Agorafobia 1,5%
- Trastorno obsesivo-compulsivo 2,5%
- Autismo 7%
- Demencia a la edad de 65 años y más del 20%

En relación a los Problemas de conducta grave, es aceptado que existe<sup>9</sup>:

- Una tasa de prevalencia del 10-15%
- Son más comunes en hombres
- Son más frecuentes en el grupo de edad 15-34 años
- Tienen una mayor prevalencia a medida que aumenta la gravedad de la discapacidad intelectual.
- Suelen darse más de un tipo de comportamiento problemático habitualmente.
- Aunque algunos estudios han encontrado una mayor tasa de problemas de comportamiento en las personas con epilepsia, se desconoce si la epilepsia tiene un papel en la etiología de la conducta problema.

## **Prevalencia de problemas de salud mental en personas adultas con discapacidad intelectual, en nuestro medio:**

Conforme a esos datos internacionales puede estimarse que unos 25.200 andaluces y andaluzas con D.I. presentan Enfermedad Mental en algún grado.

Según los datos de los EVO de Andalucía, a fecha 30 de septiembre de 2.013, y los datos del Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía (SISMA) del año 2.004:

- 1.342 andaluces con DI presentan un Trastorno de Personalidad asociado; mientras que los datos SISMA 2004 dicen que el número de PDI y Trastorno de Personalidad Atendidos por los Servicios de Salud Mental del SSPA fueron 247;
- 1.613 PDI en Andalucía sufren un Trastorno Afectivo. Los atendidos por SM del SSPA fueron 234;
- 1.796 PDI en Andalucía padecen un Trastorno Mental Grave asociado a su DI. Los datos SISMA hablan de 108 PDI y Abuso de Substancias; 397 PDI con Psicosis no afectivas;

El número de andaluces con DI que fueron atendidos en el año 2.004<sup>10</sup> por los Servicios de Salud Mental del SSPA fue de 3.123.

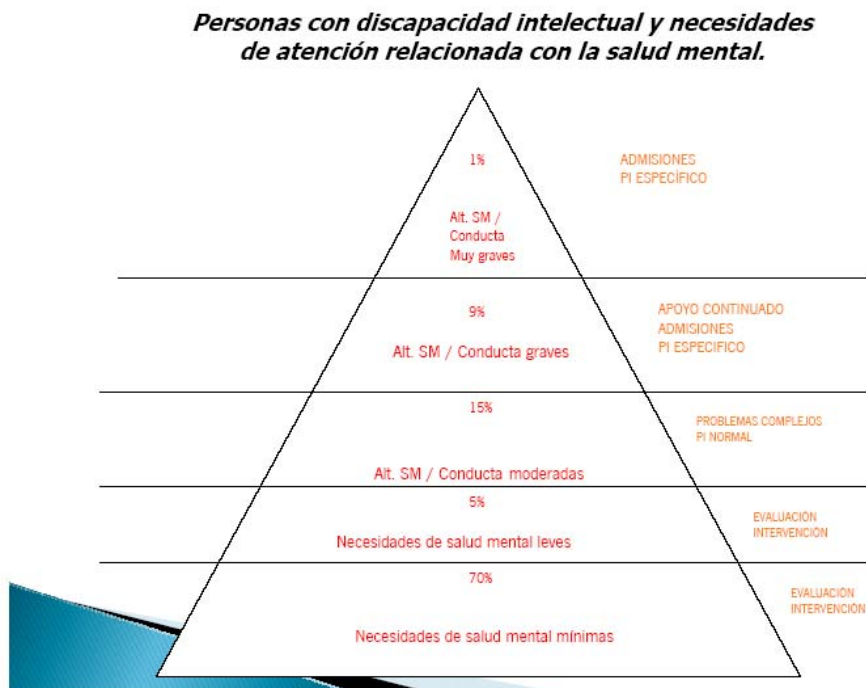
### **Necesidades de atención a los problemas de salud mental.**

Una necesidad básica es diferenciar problemas distintos e intentar obtener información epidemiológica al respecto:

- Personas con discapacidad intelectual con distintos niveles de funcionamiento cognitivo, que tienen necesidades de atención, básicamente social y laboral, con atención sanitaria puntual.
- Personas con DI y trastornos graves de conducta que necesitan, por parte de los servicios sociales, entornos residenciales y ocupacionales más especializados, con eventual soporte sanitario (Salud Mental) externo.
- Personas con DI y distintos tipos de trastornos mentales que necesitan atención sanitaria especializada en salud mental como el resto de la población.
- Y un grupo minoritario de personas con DI y Trastornos Mentales Graves de necesidades más complejas y prolongadas que pudieran necesitar algún tipo de programa más específico, basado en la cooperación de las distintas redes sociales y sanitarias (además de Drogodependencias en bastantes ocasiones).



Esquemáticamente se puede representar de la siguiente forma<sup>11</sup>.



- Realizando algunas extrapolaciones, se estima que al menos un 25% de las personas con DI leve o moderada en el medio comunitario y en contacto con el sistema social y/o sanitario requerirán atención por problemas de salud mental (aproximadamente 85.250 personas en España) en base a sus problemas de enfermedad mental y/o de trastorno conductual;
- Se considera que la presencia de problemas conductuales puede ser el doble en el medio residencial (63.9%) que en el comunitario (38%);

### 2.3.- Modelos de atención.-

A partir de los años 90 se fueron creando en algunas CCAA (por ejemplo, Cataluña, Andalucía, Castilla y León) servicios residenciales específicos para personas con DI-EM, pero sigue existiendo una gran variabilidad en la organización de la red de atención en las 17 CCAA <sup>1</sup>.

En Andalucía la atención a este grupo de población se efectúa desde los servicios generales de salud mental, sin que existan servicios específicos de tipo ambulatorio.

La filosofía subyacente en el modelo de atención, tanto social como sanitaria, en nuestra Comunidad Autónoma es que los servicios genéricos deben hacerse cargo de la atención especializada a este colectivo y están capacitados para ello; si bien no se ha llegado a establecer una estrategia concreta hasta ahora, como podría deducirse del hecho de que el II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía no menciona a este grupo de población, salvo en la atención efectuada en las Unidades de Salud Mental Comunitarias.

### **3.- PROPUESTAS DE MEJORA CONSENSUADAS POR EL GRUPO DE TRABAJO.**

#### **3.1. El grupo de trabajo sobre Personas con Discapacidad Intelectual y Salud Mental.**

Quedó conformado por:

- Matilde Blanco. Psiquiatra USMC Alcalá de Guadaira ( Sevilla)
- Catalina Cobo. Psicóloga EVO Sevilla
- María Paz Conde. Médica de Familia. Programa de Salud Mental. SAS
- Gonzalo Fernández. Sociólogo Jefe de Servicio Programa de Salud Mental. SAS
- Daniel Jiménez. Trabajador Social. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia
- Soledad Jimenez. Trabajadora Social y Pedagoga. Subdirectora General de Personas con Discapacidad.
- Andrés López. Psiquiatra FAISEM
- Manuel Masegoza. Psiquiatra. Residencia para personas con discapacidad intelectual y graves trastornos de conducta "Santa María" de la Asociación Paz y Bien.
- Rosa Moreno. Trabajadora Social USMC Rinconada (Sevilla)
- Remedios Orozco. Técnica de FEAPS (Confederación Andaluza de Organizaciones a favor de las personas con discapacidad Intelectual), que se incorpora en la última sesión presencial del grupo, tras la celebración del Taller sobre "Cooperación en red: Discapacidad Intelectual y Salud Mental".

El grupo de trabajo ha venido realizando sesiones presenciales desde el mes de abril de 2013, en la que se han elaborado los siguientes documentos:

- Documento inicial sobre información introductoria: Epidemiología, Modelos europeos de atención, datos sobre recursos sociales y sanitarios de atención en Andalucía.
- Borrador sobre las propuestas generales para la mejora de la atención en salud mental para personas con discapacidad intelectual.
- Escala sobre las tareas y propuestas más importantes, prioritarias y factibles. Se puntuaron el grado de relevancia para la consecución del objetivo, el nivel de preferencia en la realización de las tareas y la posibilidad de llevarse a cabo.

- Importancia: Siendo 0 nada importante y 5 de máxima importancia.
- Prioridad: Siendo 0 poco prioritaria y 5 imprescindible
- Factibilidad: Siendo 0 poco posible y 5 fácilmente realizable

<b>TABLA DE TAREAS puntuar de 0 a 5</b>	Importancia	prioridad	factibilidad
<b>Formación:</b>			
-Sensibilización			
-Mejora de capacidad diagnóstica y de intervención			
-Creación de documento informativo sobre ambas redes			
-Redacción de documento con la descripción y magnitud del problema			
-Formación para Servicios sociales en aspectos sanitarios			
<b>Coordinación</b>			
-Designar referente en USMC			
-Designar referente en servicios sociales			
-Realización de PIT/PIA conjuntos			
-Reuniones periódicas			
-Censo de personas con discapacidad mental y trastornos de conducta			
<b>Adaptación y especialización de recursos</b>			
-Identificación de problemas detectados			
-Diversificación y Adaptación de los recursos a distintas necesidades ( <i>Ej., adaptación a recursos similares a Comunidad terapéutica con programas de día y residenciales y dispositivos de alta contención</i> )			

Las tareas que obtuvieron un mayor porcentaje de factibilidad, por parte de los integrantes del grupo de trabajo, fueron: designar referentes en las USMC y en la red de servicios sociales (84%) y la redacción de un documento con la descripción del problema (84%). En contrapartida, la diversificación y adaptación de los recursos fue la que obtuvo un menor porcentaje de factibilidad (40%).

- Colaboración en la organización y desarrollo del taller Cooperación en Red organizado por FEAPS Andalucía, el 25 de noviembre, con la colaboración de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, con el objetivo de definir las necesidades de atención a las personas con discapacidad intelectual y graves trastornos de conducta para la mejora de su calidad de vida y la de sus cuidadores y cuidadoras.

### **3.2. Propuesta para la mejora en la atención a personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental.**

Las propuestas se han articulado en torno a acciones en estos ámbitos:

- **Formación**
- **Coordinación**
- **Adaptación y especialización de recursos**

#### **3.2.1.- Formación**

##### **Objetivos:**

- Conseguir un conocimiento de la estructura y actuaciones de ambas redes.
- Lograr una formación básica, de todos los profesionales implicados, sobre las patologías de mayor prevalencia en esta población.
- Compartir objetivos alcanzables.
- Unificar información para la persona usuaria.
- Desarrollo de un Plan de acogida para las familias que afrontan un diagnóstico de déficit intelectual.
- Fomentar la difusión de escuelas de padres y madres.

##### **Áreas:**

- Organización, estructura y organigrama de ambas redes.
- Especificidad sobre la comorbilidad entre enfermedad mental y la población con discapacidad intelectual.
- Técnicas de intervención apropiadas para esta población.
- Circunstancias familiares y sociales.

- Aspectos clínicos (Epidemiología, Cuadros nosológicos, específicos, métodos de diagnóstico, tipos de intervención: física, biológica, psicológica, educativa, social, medidas coercitivas, consentimiento informado).

**Dirigida a:**

- Profesionales de Salud Mental en todos los niveles de atención.
- Profesionales de Servicios Sociales.
- Profesionales de las Delegaciones territoriales.
- Familiares.

**3.2.2.- Coordinación**

Se proponen distintos ámbitos, métodos y formas de establecerla:

- Procedimientos o protocolos de actuación para la atención.
- Protocolos de relaciones intersectoriales.
- Necesidad de la existencia de Profesionales de referencia en todos los dispositivos.
- Mapas organizacionales (peculiaridades organizativas y funcionales de las distintas instituciones, sus principios y valores, sus prioridades, su distribución y ubicación).
- Contemplar y establecer cauces permanentes de comunicación con los cuidadores no sanitarios, familias y residencias. La incorporación del movimiento asociativo puede aportar un plus de cooperación y un estímulo al empoderamiento de las personas afectadas y su entorno.
- Coordinación Clínica: Propuesta de seguir la estructura desarrollada en el PAI TMG<sup>12</sup>:
  - Censo de personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta severos. Al igual que en el TMG la pertenencia al censo estaría condicionada a la solución de las dificultades detectadas, saliendo del mismo tras dos años sin incidencias. Determinar cual es la prevalencia esperable según los datos internacionales (0.6% aprox. prevalencia, asistencia en el 50%).
  - Realización del Plan Individualizado de Tratamiento incluyendo los puntos de vista y las herramientas de todos los profesionales involucrados. Como en el TMG se evaluarían los aspectos familiares, ocupacionales y posibles necesidades residenciales adecuadas a las características de la persona.

- o Contacto directo y reuniones de discusión de los nuevos casos detectados y de seguimiento de los casos identificados previamente. Valorar el contexto y los participantes en función de la prevalencia. Estas reuniones deberían celebrarse en las USMC, Unidad de Gestión Clínica y espacios equivalentes en SS. SS (valorar la creación de una comisión específica). Los participantes deberán conocer la situación de la persona de primera mano y serán los responsables inmediatos de la ejecución de las medidas.

### 3.2.3.- Adaptación y especialización de recursos

#### **Diversificación de los cuidados en función de las necesidades: en la red sanitaria.**

- Déficit intelectual sin trastornos de conducta: seguimiento en Atención Primaria.
- Derivación a Salud Mental si la persona con déficit intelectual presenta trastornos de conducta para diagnóstico diferencial. Plantear la posibilidad de referente específico en este dispositivo de igual manera que se hace en poblaciones como TMG o Infanto –Juvenil. Identificación de un/a referente en salud mental para el seguimiento de las patologías estables (alteraciones de conductas mantenidas o graves aunque puntuales) y el tratamiento y alta de patologías transitorias (Ej.: depresión, alteraciones de conducta leves o esporádicas). En caso de que se resuelva en este punto no se precisaría mayor intervención.
- Población con discapacidad intelectual con trastornos de conducta moderada-severa: tratamiento en red, inclusión de distintas categorías profesionales dentro de salud mental como enfermería y trabajo social, planteamiento de visitas domiciliarias, posibilidad de realizar plan terapéutico individualizado. Identificar posibles actuaciones desde otros puntos de la red sanitaria (información a atención primaria o realización de ingresos programados hospitalarios por parte del referente y desarrollo de plan de contingencias) y desde otras redes. Los ingresos serán preferentemente gestionados por el/la referente, clarificando objetivos y duración para lo que se coordinará con las Unidades de Hospitalización de Salud Mental. Podría plantearse también un/a referente en discapacidad intelectual en estas unidades con formación específica.

Sería también función del referente, la identificación y el apoyo de los dispositivos ocupacionales y residenciales de las personas con discapacidad intelectual (conocimiento personal, evaluación de dichas personas en el medio más natural posible fuera de la distorsión sanitaria desplazándose a los centros, accesibilidad telefónica y desarrollo conjunto de plan de contingencias donde se incluyan las distintas medidas a tomar en función de los trastornos identificados).

Podría considerarse la posibilidad de crear para este colectivo, los equivalentes a hospital de día o comunidad terapéutica con la posibilidad de disponer de un dispositivo de medio/largo plazo (posiblemente a nivel provincial) para realizar tratamientos integrales con idea de reincorporar a la persona al entorno familiar o derivarla a dispositivo residencial según el plan individualizado.

- Población con discapacidad intelectual muy grave. Tal como se ha recogido en el apartado de coordinación, la identificación del censo de esta población con un PIT que incluya las actuaciones de las redes involucradas y la consideración de comisiones de discusión similares a las del TMG. Plantear la discusión conjunta de los casos en los que existan discrepancias e inclusión de la familia para la comunicación de las resoluciones (intentar evitar informaciones contradictorias y triangulaciones).
- Valorar la creación de dispositivos sanitarios específicos y unidades de media estancia para problemas conductuales graves.

Es necesario identificar aquellos casos o situaciones con necesidades especiales, los territorios con difícil acceso, y las estructuras asistenciales complejas. (Centros de Reforma, Centros para personas con DI y graves trastornos de conducta)

#### **Diversificación de los recursos residenciales:**

- Redefinición y especialización de los recursos existentes, especialmente las RGA para PDITC, acabando con el modelo de servicio único para cualquier persona con DITC.
- Diversificar por niveles de gravedad y/o dificultad en la atención a las personas (distintos costes, nº de profesionales, especialización...), apoyando externa e internamente la temporalidad y los traslados de las personas.
- Algunos de estos recursos pueden albergar otros, como por ejemplo Servicios de apoyo a personas con DITC residentes en sus domicilios, otros Servicios residenciales, etc.
- Disponibilidad de dispositivos de muy alta supervisión para casos de extrema violencia. Pueden ser compartidos por personas con y sin DI.
- Adaptar las USMHG para la prestación del servicio, adecuada en su duración y contexto, a las necesidades de la persona con DI.

#### **4.- RECOMENDACIONES PARA LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LAS PROPUESTAS.**

Una medida inexcusable y previa para la puesta en marcha de estas propuestas, radica en el seguimiento y control del grado de cumplimiento del protocolo de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento, elaborado por la Dirección General de Personas con Discapacidad<sup>13</sup>.

También sería necesario estudiar las fórmulas para formalizar estas propuestas, que en alguna medida exigiría el establecimiento de contrato-programa.

En los apartados señalados, podemos concretar lo siguiente:

Los actuales Presupuestos para Formación Continuada podrían contemplar este ámbito de capacitación profesional como prioritario para 2.014, independientemente de que se puedan articular presupuestos específicos.

Y la eventual aprobación de tales presupuestos específicos debiera contemplar la posibilidad de extender la acción formativa a los profesionales del sistema judicial<sup>14</sup> dado su papel relevante en la protección de derechos de las PDI.

Del mismo modo, podría priorizarse la Investigación en DI y SM<sup>14</sup> en las Ayudas Públicas a la Investigación.

La designación de personas referentes para DI-SM dentro de los Servicios no requiere de recursos nuevos, si se sigue el criterio por el que se han designado referentes para Salud Mental Infanto-Juvenil



## 5.- REFERENCIAS.

1. Trastornos de la salud mental en las personas con discapacidad intelectual. Declaración FEAPS e Informe Técnico (2005).
2. Consejería de Salud (2006). Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012.
3. F. Pérez (Coord.). (2006); AEN: 239-273. Dos Décadas tras la Reforma Psiquiátrica. "Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria". López M, Laviana M y García-Cubillana P.
4. Orden de 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad, aún vigente.
5. Elita Smiley (2005): Epidemiology of mental health problems in adults with learning disability: an update. *Advances in psychiatric treatment* vol 11, 214 - 222.
6. Novell Alsina, R, Rueda Quillet P, Salvador-Carulla,L (2003): Salud mental y Alteraciones de Conducta en personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores. Madrid: Colección FEAPS.
7. Revisión del Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de 2013 (datos provisionales). Instituto de Estadística de Andalucía.
8. Cooper, S. A. (1997): Epidemiology of psychiatric disorders in elderly compared with younger adults with learning disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 170, 375–380.
9. Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., et al (2001): The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 77–93.
10. Servicio Andaluz de Salud. Sistema de información de Salud Mental de Andalucía (2004).
11. Novell Alsina, R (2009). Alternativas a la atención a las PDITC. Experiencia de los Servicios Especializados en Discapacidad Intelectual en Cataluña.
12. Consejería de Salud (2006). Proceso Asistencial Integrado. Trastorno Mental Grave.
13. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (2009). Protocolos de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento.
14. Taller Cooperación en Red (2013): Discapacidad intelectual + salud mental. Propuestas debatidas.

## 6.- ABREVIATURAS.

CCAA	Comunidades Autónomas
CVO	Centros de valoración y orientación
DI	Discapacidad intelectual
DI-EM	Discapacidad intelectual y enfermedad mental
DITC	Discapacidad intelectual y trastornos de conducta
EVO	Equipo de valoración y orientación
FAISEM	Fundación andaluza para integración social del enfermo mental
FEAPS	Confederación andaluza de organización en favor de las personas con discapacidad intelectual
PAI TMG	Proceso asistencial integrado para personas con trastornos mentales graves
PDI	Personas con discapacidad intelectual
PDI-EM	Personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental
PDITC	Personas con discapacidad intelectual y trastorno de conducta
PIT/PIA	Plan individual de tratamiento/Programa individual de atención
RGA	Residencia gravemente afectadas/os
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SISMA	Sistema de información de salud mental de Andalucía
SM	Salud mental
SS.SS	Servicios sociales
SSPA	Servicio sanitario público andaluz
TMG	Trastorno mental grave
UED	Unidad estancia diurna
USMC	Unidad salud mental comunitaria
USMHG	Unidad salud mental de hospital general

## ANEXO I

### CENTROS RESIDENCIALES Y DE DÍA PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y GRAVES Y CONTINUADOS TRASTORNOS DE CONDUCTA.

#### 1.- Centros Residenciales (RGA para PDITC).

Provincia	Servicios residenciales	
	Nº de centros	Nº de plazas
Almería	2	35
Cádiz	3	39
Córdoba	5	129
Granada	2	75
Huelva	2	30
Jaén	2	55
Málaga	2	192
Sevilla	2	80
<b>Andalucía</b>	<b>20</b>	<b>635</b>

#### 2.- Relación de centros

Almería:

R. ASPAPROS, Huércal de Almería, 20 plazas.

R. Las Peñicas, Vélez Rubio, 15 plazas.

Cádiz:

R. Casa de la playa, Los Barrios, 17 plazas.

R. Duque de Tetuán, La Línea, 10 plazas.

R. La Paloma, El Puerto de Santa María, 15 plazas.

Córdoba:

R. El Esparragal, Priego de Córdoba, 34 plazas.

R. Miguel Vacas Gutiérrez Sacer, Villanueva de Córdoba, 21 plazas.

R. IEMAKAIE, Guadalcazar, 26 plazas.

R. Matías Camacho Alcolea, Córdoba, 24 plazas.

R. PRODE, Pozoblanco, 24 plazas.

Granada:

R. Purísima Concepción, Granada, 45 plazas.

R. Casa familiar Doctor Juan Segura, Granada, 30 plazas.

Huelva:

R. Ntra. Sra. de la Granada, El Campillo, 20 plazas.

R. BETSAIDA, Beas, 10 plazas

Jaén:

R. Virgen de la Cabeza, Andújar, 15 plazas.

R. Entrepinares del Mercadillo, Cambil, 40 plazas.

Málaga:

R. San Juan de Dios, Málaga, 129 plazas.

R. Ntra. Sra. del Sagrado Corazón, 63 plazas.

Sevilla:

R. San Sebastián, Cantillana, 60 plazas.

R. Santa María, Alcalá de Guadaíra, 20 plazas.

### **3.- Centros de Día.**

Almería:

UED CAO 2: 1 plaza

UED Igualdown: 12 plazas.

Málaga:

UED AIDIS: 15 plazas

UED San Juan de Dios: 8 plazas

Sevilla:

UED San Luca (SAMU): 31 plazas

## ANEXO II

### CENTROS DE VALORACION Y ORIENTACION (30-9-2013)

#### 1.- PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL RECONOCIDAS

#### EN LOS CVO CON UN GRADO DE DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 33%

PROVINCIA	Hombre	Mujer	
ALMERIA	2862	2148	5010
CADIZ	6977	4832	11809
CORDOBA	5054	3614	8668
GRANADA	5051	3592	8643
HUELVA	3248	2354	5602
JAEN	3340	2455	5795
MALAGA	8139	5472	13611
SEVILLA	12499	8534	21033
	<b>47170</b>	<b>33001</b>	<b>80171</b>

2.- PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL RECONOCIDA CON UN GRADO IGUAL O SUPERIOR AL 33% QUE ADEMÁS TIENEN ASOCIADO UN TRASTORNO DE PERSONALIDAD

PROVINCIA	Hombre	Mujer	
ALMERIA	6	5	11
CADIZ	70	26	96
CORDOBA	74	35	109
GRANADA	32	21	53
HUELVA	51	23	74
JAEN	26	14	40
MALAGA	206	115	321
SEVILLA	480	248	728
	<b>945</b>	<b>487</b>	<b>1432</b>

**3.- PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL RECONOCIDA CON  
UN GRADO IGUAL O SUPERIOR AL 33% QUE ADEMÁS TIENEN ASOCIADO UN  
TRASTORNO DE LA AFECTIVIDAD**

PROVINCIA	Hombre	Mujer	
ALMERIA	10	23	33
CADIZ	103	147	250
CORDOBA	82	130	212
GRANADA	33	43	76
HUELVA	29	47	76
JAEN	41	75	116
MALAGA	137	204	341
SEVILLA	197	312	509
	<b>632</b>	<b>981</b>	<b>1613</b>

#### 4.- PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL RECONOCIDA CON

UN GRADO IGUAL O SUPERIOR AL 33% QUE ADEMÁS TIENEN ASOCIADO UN TRASTORNO MENTAL GRAVE

PROVINCIA	Hombre	Mujer	
ALMERIA	44	21	65
CADIZ	176	103	279
CORDOBA	103	84	187
GRANADA	122	70	192
HUELVA	70	47	117
JAEN	96	61	157
MALAGA	172	103	275
SEVILLA	340	184	524
	<b>1123</b>	<b>673</b>	<b>1796</b>