

**Quaderns  
de salut  
mental  
5**

CONSELL  
ASSESSOR  
SOBRE  
ASSISTÈNCIA  
PSIQUIÀTRICA  
I SALUT  
MENTAL

# **Necessitats de salut mental en persones amb discapacitat intel·lectual (SM-DI)**



Servei Català  
de la Salut



Generalitat de Catalunya  
Departament de Sanitat  
i Seguretat Social



Generalitat de Catalunya  
Institut Català d'Assistència  
i Serveis Socials

**Quaderns  
de salut  
mental  
5**

CONSELL  
ASSESSOR  
SOBRE  
ASSISTÈNCIA  
PSQUIÀTRICA  
I SALUT  
MENTAL

# **Necessitats de salut mental en persones amb discapacitat intel·lectual (SM-DI)**



Servei Català  
de la Salut

 Generalitat de Catalunya  
Departament de Sanitat  
i Seguretat Social

 Generalitat de Catalunya  
Institut Català d'Assistència  
i Serveis Socials

Necessitats de salut mental en persones amb discapacitat intel·lectual (SM-DI). – (Quaderns de salut mental ; 5)  
ISBN 84-393-6163-7

I. Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental (Catalunya) II. Servei Català de la Salut III. Institut Català d'Assistència i Serveis Socials IV. Col·lecció: Quaderns de salut mental ; 5  
1. Discapacitats mentals – Assistència psiquiàtrica – Catalunya 2. Discapacitats mentals – Salut mental – Catalunya 364.26.05(467.1)

Necessitats de salut mental en persones amb discapacitat intel·lectual (SM-DI). 2002

President:  
José García Ibáñez  
Sanatori Villablanca (Grup Pere Mata)

Secretari:  
Anna Camprubí  
Gerència d'Atenció Psiquiàtrica i Salut Mental

Vocals:  
Consol Almenar  
Centres Assistencials Torribera

Sílvia Àngel  
Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental

Xavier Bouzas  
Institut d'Assistència Sanitària (IAS)

Laura Cardona  
Federació Catalana Pro Persones amb Disminució Psíquica (APPS)

Antoni Laliga  
Direcció General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació - Departament de Justícia i Interior

Carme Mariscot  
Institut d'Assistència Sanitària (IAS)

Ramon Novell  
Centre Ave Maria

Ramon Planella  
Gerència d'Atenció Psiquiàtrica i Salut Mental

Rosa Passols  
Departament de Benestar i Família

Pere Rueda  
Departament de Benestar i Família

Jordi Tudela  
Federació Catalana Pro Persones amb Disminució Psíquica (APPS)

Josep Tristany  
Sagrat Cor, SSM de les Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús

Carmen Vargas  
Benito Menni, Complex Assistencial en Salut Mental

© Generalitat de Catalunya  
Departament de Sanitat i Seguretat Social

Edició: CatSalut  
1ª edició: Barcelona, juny de 2003  
Disseny gràfic: Anechina-Osambela  
Producció gràfica: Uan-Tu-Tri  
Tiratge: 2000 exemplars  
ISBN: 84-393-6163-7  
Dipòsit legal:

Per a l'elaboració d'aquest document s'ha tingut molt en compte el treball d'un grup anterior que l'any 1998 va estudiar el mateix tema i en el qual van participar, juntament amb altres membres del grup actual, les persones següents: Carme Guijarro (Programa de Salut Mental), Josep Codonyés (CO La Bóvil), Joan Escolà (Associació ASPROS de Lleida), Carles Jacobo (ICASS-Departament de Benestar Social), J. Antonio Larraz (Sagrat Cor SSM), Àngel Logan (Centre Especial de Treball), Lluís Miquel Martí (CSMA, Sant Feliu de Llobregat), Francesc Pelac (Centre Mas Casadevall) i Jordi Peris (Institut Pere Mata).

L'estudi realitzat als hospitals psiquiàtrics ha comptat amb la col·laboració dels equips de les unitats de disminuïts psíquics de mitja i llarga estada. Antonio Infante (Universitat Rovira i Virgili i Centre Villablanca), amb la col·laboració de Misericòrdia Malet i Eva García Martínez, ha dut a terme el tractament i l'elaboració de les dades.

**Necessitats de salut mental en persones amb discapacitat intel·lectual (SM-DI)**

índex

<b>Introducció</b>	5
<b>Problemàtica actual en els diferents recursos de la xarxa</b>	9
<b>Necessitats d'atenció en salut mental</b>	13
<b>Exploració i diagnòstic</b>	15
<b>Instruments de treball</b>	18
<b>Definició dels recursos</b>	19
<b>Formació del personal de la xarxa de discapacitat intel·lectual i trastorn mental</b>	29
<b>Funcionament del circuit assistencial</b>	31
<b>Avaluació</b>	35
<b>Reconversió de les unitats de retard mental d'estada mitjana i llarga (MILLE) als hospitals psiquiàtrics</b>	37
<b>Recomanacions</b>	42
<b>Annex 1 - Estudi de la població amb retard mental hospitalitzada actualment a les unitats d'estada mitjana i llarga (MILLE)</b>	43
<b>Annex 2 - Recursos per a persones amb trastorns de conducta</b>	54
<b>Bibliografia</b>	55

## Introducció

### Retard mental. Un repte socio sanitari

És difícil trobar en medicina un cas semblant al del retard mental (RM). Es tracta d'una entitat freqüent, les conseqüències de la qual s'estenen al llarg de tot el cicle vital de la persona. Actualment no es disposa d'un tractament curatiu, tret d'alguns casos excepcionals relacionats amb problemes metabòlics. El RM afecta aproximadament l'1,5 % de la població en països amb una economia consolidada i la seva prevalença es duplica en les regions menys desenvolupades del planeta (OMS, 1983). Les despeses socio sanitàries associades a aquesta entitat són enormes, com ho és també la càrrega de dependència per al mateix subjecte i per a les persones properes, la família o els que en tenen cura. De fet, els estudis recents realitzats a Holanda i al Regne Unit indiquen que el retard mental no només encapçala la taula de classificació de les despeses directes i indirectes derivades dels trastorns mentals, sinó també del conjunt de tot el sistema sanitari (Smith i cols, 1995; Beecham i cols, 1997).

Malgrat tot, les polítiques de salut dels països desenvolupats i els organismes internacionals releguen sistemàticament el RM a un segon pla, o bé l'ignoren totalment. Molts països no tenen polítiques sanitàries adreçades al RM, que és considerat com un problema dels serveis socials, la qual cosa subestima les necessitats assistencials d'aquest conjunt de la població, compartimenta l'assistència entre diferents administracions i contravé el més elemental principi de l'equitat, en negar els recursos i els serveis comparables de què disposa, per exemple, un malalt diabètic. De fet, no és infreqüent que els gestors sanitaris considerin que el retard mental no és un problema sanitari, sinó purament social.

La manca de recursos sanitaris es repeteix pel que fa a la investigació i a la formació sobre aquest problema. Al nostre país, un estudiant de qualsevol disciplina de ciències de la salut no pot adquirir un coneixement integrat del problema i acabarà la seva formació de pregrau sense el contacte mínim imprescindible amb aquests trastorns.

Des de fa mig segle, aquesta actitud d'abandonament ha afectat sobretot la psiquiatria, que ha delegat una part important de l'atenció a les persones amb discapacitat intel·lectual al que ara s'inclou en la disciplina de la psicopedagogia. De fet i tret d'alguns casos com el del Regne Unit, la formació en RM ni tan sols apareix en els plans d'estudi de l'especialitat. Es tracta d'una tendència mundial, que en els darrers anys ha canviat de sentit gràcies, sobretot, als avenços espectaculars en el coneixement del RM en diferents àmbits (genètics, detecció i atenció primerenca, avaluació psiquiàtrica, psicofarmacologia, intervenció psicosocial, etc.), la pressió de les associacions de famílies i la presa de consciència progressiva de l'autèntica dimensió del problema per part de les autoritats sanitàries.

### ¿Què s'entén avui per retard mental?

Aparentment, la definició de RM és senzilla i presenta poques variacions entre els tres sistemes internacionals acceptats: la CIE-10, el DSM-IV i la classificació de l'AAMR (Associació Americana de Retard Mental). Se centra en tres criteris comuns:

- 1 - Nivell intel·lectual significativament inferior a la mitjana (inferior a 69-75 segons els criteris).
- 2 - Capacitat d'adquirir habilitats bàsiques per al funcionament i la supervivència: comunicació, autocura, habilitats domèstiques i vocacionals, utilització de la comunitat, autodirecció, salut i seguretat, habilitats acadèmiques i oci.
- 3 - Inici anterior als 18 anys.

Malgrat tot, sota aquest aparent acord, s'amaquen greus problemes conceptuals. En primer lloc, ¿Quin nom hem d'utilitzar: "retard mental", "minusvalidesa psíquica", "discapacitat d'aprenentatge", "discapacitat intel·lectual"? Actualment es tendeix a considerar com a políticament correcte l'últim terme.

Una altra qüestió fa referència al significat de

RM. ¿Què és el RM: una malaltia, un conjunt de malalties o el dèficit o la discapacitat associats a la malaltia?. En realitat el RM és una agrupació sindròmica similar al concepte de demència. Com aquella, inclou una àmplia sèrie de malalties i trastorns d'origen genètic i ambiental, els quals tenen la característica comuna d'un dèficit de les funcions cerebrals superiors d'una intensitat que produeix una interferència significativa en el funcionament normal de la persona. A diferència de la demència, els problemes cognoscitius són anteriors al desenvolupament maduratiu i a l'adquisició d'habilitats mitjançant l'aprenentatge, per la qual cosa parlem de *dèficit* i no de *deteriorament*.

### **¿Les persones amb RM poden patir trastorns de salut mental?**

En els darrers anys s'ha introduït el concepte de diagnòstic dual (DD) per expressar la presència de malaltia mental en el subjecte amb retard mental, si bé pot conduir a certa confusió ja que també s'aplica a la població que consumeix substàncies tòxiques quan són presents trastorns mentals. La situació de comorbiditat des d'un punt de vista clínic no implica una major prevalença d'un diagnòstic sobre l'altre. Malgrat tot, la realitat és que, avui per avui, la discapacitat de la població afectada es reconeix com a retard mental i les seves necessitats són cobertes pel Departament de Benestar i Família. Queda, doncs, per reconèixer que el seu trastorn mental requereix atenció sanitària.

El diagnòstic de trastorn mental ha estat eclipsat en dos àmbits: pels professionals sanitaris, que en la seva majoria no el reconeixen i només valoren el retard mental; i per l'Administració, que el desplaça de l'àmbit d'actuació de la salut mental. Cal assenyalar que un 75 % de les persones amb diagnòstic dual no són mai diagnosticades ni molt menys ateses en els serveis de salut mental, ja que aquests serveis no tenen ni la preparació adequada ni la sensibilització necessària vers aquesta població. Diverses generacions de psiquiatres i de psicòlegs no han visitat pacients amb retard mental i, si ho han fet ha estat amb finalitat administrativa o per administrar-los

una medicació que els fes més dòcils. Aquest fet ha estat molt evident en el desplegament de la xarxa de salut mental pública, ja que tant en els centres de salut mental com en les unitats d'hospitalització d'aguts, les persones amb retard mental han provocat rebuig o han estat tractades de forma molt superficial, fins i tot en aquells casos en què presentaven un trastorn mental com a motiu principal d'atenció.

Hi ha una gran variabilitat entre els diferents estudis pel que fa a la prevalença de trastorns psiquiàtrics en aquesta població, que oscil·la entre el 10 i el 50 % dels casos. És possible que aquesta variabilitat sigui el resultat de diferents problemes metodològics (àrea de cobertura o ubicació de la persona, gravetat del RM, representativitat de les mostres, utilització d'instruments estandaritzats i sistemes de diagnòstic, etc.). De fet encara no es tenen dades transculturals fiables sobre la prevalença dels trastorns psiquiàtrics en aquesta població. Les xifres dels estudis sobre poblacions hospitalàries o institucionalitzades (vegeu l'ANNEX 1) i sobre les derivacions als serveis de salut mental són clarament superiors a les trobades en estudis sobre poblacions comunitàries. Els estudis publicats en el nostre àmbit en centres ocupacionals assenyalen una taxa entre el 20 i el 35 % (Salvador Carulla i cols, 1998). Una dada significativa és l'elevada morbiditat oculta (casos de trastorn psiquiàtric no detectats pel professional sanitari) en persones amb RM. En un estudi sobre 205 persones amb RM ateses en centres de la comunitat, només havia estat diagnosticat un de cada quatre pacients amb trastorns psiquiàtrics (Reiss, 1990).

Tradicionalment s'ha pensat que l'etiologia dels trastorns mentals en les persones amb RM és similar a la de les persones amb intel·ligència normal. Però l'experiència clínica ens indica una altra cosa. És cert que les persones amb RM poden experimentar problemes psiquiàtrics similars als de l'adult normal, sobretot si el seu nivell de funcionament és límit o lleuger, però, en molts casos hi ha diferències notables relacionades amb la divergència genètica de molts síndromes, l'entorn psicosocial diferent del subjecte i, sobretot, la seva afectació cognitiva i comunicativa.

S'han proposat moltes explicacions possibles de la prevalença elevada de trastorns psiquiàtrics en persones amb RM. Fraser i Nolan (1995) assenyalen que la disfunció cerebral interactua amb altres factors psicològics i ambientals i altres anormalitats per produir trastorns psiquiàtrics.

Així doncs, la manifestació clínica del trastorn, la seva gravetat, la discapacitat funcional i el trastorn emocional subjectiu que s'hi associa no es poden considerar el resultat d'una causa única, encara que n'hi hagi una de coneguda, sinó el resultat de la interacció entre nombrosos factors i mecanismes, els quals finalment determinaran l'adaptació social de la persona.

### ¿Quina és la magnitud del problema a Catalunya?

La prevalença assistida del retard mental a Catalunya és del 0,52 al 0,59 %. Està determinada en 28.893 persones en l'estudi *L'atenció residencial a les persones amb disminució a Catalunya* (Departament de Benestar i Família. Generalitat de Catalunya, 2001). La xifra és bastant inferior, com hem vist, a l'assignada per l'OMS per a les nacions industrialitzades (1,5 %, és a dir, unes 90.000 persones).

TAULA 1 - NIVELL DE GRAVETAT DEL RETARD MENTAL A CATALUNYA

	ED 2000*	ICASS 2000
Greus-profunds	0,124 %	0,134 %
Moderats	0,233 %	0,144 %
Lleugers	0,166 %	0,214 %
Total	0,523 %	0,592 %

\*Enquesta de discapacitats. *L'atenció residencial a les persones amb disminució a Catalunya*, Departament de Benestar Social

La conclusió és que possiblement la detecció de casos no és completa o, almenys, que els registres actuals no són prou fiables.

Pel que fa a les persones amb retard mental que presenten trastorn mental o de conducta, la situació tampoc és bona i s'està molt per sota de cobrir les necessitats existents.

TAULA 2 - RETARD MENTAL AMB TRASTORN DE CONDUCTA (DD) A CATALUNYA

	0 a 19 anys		20 anys i més	
	Núm.	%	Núm.	%
Profunds	200	4,7	1.872	7,6
Greus	432	10,2	3.969	16,1
Greus+DD			386	1,6
Moderats	884	21,0	6.926	28,1
Moderats+DD			1.031	4,2
Lleugers	2.039	48,0	6.758	27,4
Lleugers+DD			1.143	4,6
Límits	684	16,1	2.254	9,1
Límits+DD			315	1,3
Total	4.239	100,0	24.654	100,0

Font: ICASS. Explotació de dades SAD, maig 2001

Com es pot observar, el nombre de casos amb DD detectat és de 2.875, la qual cosa representa un 9,95 % de les persones que presenten un diagnòstic de retard mental (molt allunyat del 35 %, que és una mitjana de les xifres més acceptades en aquest moment).

Atesa la urgència social o la complexitat de la disminució (profunds o greus amb malaltia mental associada), aproximadament un 10 % de les demandes corresponen a persones menors de 20 anys procedents de la xarxa de la Direcció General d'Atenció al Menor.

Segons les dades del Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD) de l'any 2000, el nombre de casos tractats als centres de salut mental d'adults i als centres de salut mental infantil i juvenil ha estat de 1.726 (1.253 casos nous i 473 antics), la qual cosa representa l'1,3 % de la població total atesa als centres de salut mental (CSM). Si es compara aquesta xifra amb els casos detectats, que ja s'havia vist que era una dada molt baixa, també s'observa que està molt allunyada.

Nota - Durant tot el document utilitzem el concepte de retard mental per referir-nos a aquesta població, atès que la seva utilització en l'estudi clínic no comporta caràcter pejoratiu. Tanmateix, per a la denominació dels nous recursos, de cara als usuaris i les seves famílies, i tenint en compte el consens europeu s'utilitza el concepte de discapacitat intel·lectual.



## Problemàtica actual en els diferents recursos de la xarxa

### ¿Quina és la situació als centres de salut mental?

- En general, la demanda més habitual que es fa als centres de salut mental és per valorar un trastorn de conducta.
- Ateses les dificultats que comporta, no s'acostuma a establir un diagnòstic psiquiàtric i només s'assenyala que es tracta d'una persona amb retard mental. En la majoria dels casos ni se n'especifica el grau.
- En alguns casos es consulta el centre per valorar l'ingrés del pacient en la unitat de psiquiatria de referència.
- En els casos d'instabilitat o de contenció ambulatoria difícil, s'indica l'ingrés del pacient en la unitat psiquiàtrica de referència.
- Un cop orientat el cas, si aquest és tributari de tractament es realitza un control cada dos o tres mesos.
- El temps que es dedica a aquestes persones és menor que l'habitual.
- No s'acostumen a fer visites domiciliàries.
- El tractament és predominantment farmacològic.
- Pel que fa a la coordinació, hi ha grans diferències entre els centres de salut mental i la xarxa de benestar i família. Aquesta coordinació (quan es fa) es porta a terme sobretot als tallers i en alguna llar-residència. La periodicitat és variable, de major a menor freqüència, i en alguns casos és esporàdica i puntual. En aquestes reunions, s'intenten consensuar els objectius terapèutics que cal assolir i s'estableixen plantejaments conjunts. Actualment, no es pot parlar d'una estructura de coordinació que cobreixi totes les necessitats existents.

### Problemes generals

No sempre es parteix del supòsit que el disminuït psíquic, com a persona integrada en la societat, ha de rebre assistència psiquiàtrica en els recursos assistencials existents per a la població general, tenint en compte les peculiaritats específiques que presenta.

Hi ha dificultats diagnòstiques, clíniques, de comunicació i llenguatge, d'identificació de signes i símptomes, etc.

Sovint es redueix la intervenció a la combinació d'aspectes farmacològics, amb una orientació conductual molt reduccionista.

Manquen criteris clars per l'assignació de places, en els casos de doble patologia, entre la xarxa de benestar i família i la xarxa de salut mental.

Manca de formació específica que afecta la majoria dels professionals.

Resulta difícil en ocasions implicar les famílies en el tractament del fill.

### ¿Quina és la situació a les unitats d'aguts?

- Les unitats d'aguts no disposen de programes específics d'atenció a la crisi dels disminuïts psíquics.
- L'ambient terapèutic d'una unitat de crisi d'adults no és el més adequat per als pacients amb disminució psíquica, sobretot si és severa o profunda, ja que aquests necessiten un tipus de relació específica (pel que fa a la forma de comunicar i al llenguatge). Cal crear espais diferenciats amb una atenció molt individualitzada i certa especialització.
- Una estada excessivament perllongada no és terapèutica per a una persona amb disminució, ja que en l'entorn hi ha elements (alta rotació, poca estabilitat dels usuaris, situacions de gravetat) que dificulten l'organització del pacient.

- En moltes ocasions, hi ha greus dificultats per donar d'alta el pacient un cop s'ha resolt la fase aguda de la malaltia psiquiàtrica o del trastorn de conducta, ja que és difícil:

Tornar a derivar el malalt al recurs que utilitzava.

Accedir a un recurs específic per a persones amb disminució, la qual cosa facilitaria una millor disposició de la família davant de l'alta en els casos en què el pacient provenia de la llar familiar.

Coordinar-se amb altres professionals.

### **¿Què succeeix als centres ocupacionals?**

- El trastorn mental sol aparèixer en l'àmbit familiar (o residencial en el seu cas) i en el centre on es detecta, que és on s'han de prendre les primeres decisions. En aquest moment, el cas pot seguir diferents camins, que variaran segons les circumstàncies. Poden produir-se algunes d'aquestes situacions:

Els símptomes es consideren normals en una persona amb retard mental i no es pren cap decisió.

L'acció terapèutica s'endarrereix o s'encalla a causa d'un ambient molt estructurat i poc flexible.

La família i/o el centre ocupacional contenen la situació amb moltes dificultats.

La coordinació entre professionals és inexistent o difícil.

El Programa individual de rehabilitació (PIR) és un instrument d'avaluació que no inclou els problemes de salut mental.

- En qualsevol cas, és evident l'existència de dificultats i la diversitat a l'hora d'abordar casos de diagnòstic dual, sobretot perquè la població

és molt heterogènia (físics, sensorials, etc.) i perquè el model d'atenció d'aquests centres no inclou els mitjans de suport suficients per atendre les persones amb diagnòstic dual.

- Pel que fa a la coordinació hi ha una gran diversitat d'orientacions. Hi ha casos que es porten en diversos centres i per diferents professionals. La coordinació i l'actuació depèn de cada situació. Hi ha pocs casos que s'hagin pogut canalitzar cap al centre de salut mental.

### **¿Quins problemes hi ha als centres especials de treball?**

- Se segueixen criteris econòmics d'organització i de legislació, com a qualsevol empresa, però en aquest cas s'agregen perquè es tracta de centres orientats a la producció.
- Es difícil oferir alhora als usuaris i als contractats unes activitats que afavoreixin l'ajustament personal i social. Al mateix temps, cal tenir en compte que el treball és important però que cal vetllar per l'equilibri i la integritat de la persona amb disminució.

### **¿Quins són els problemes més importants a les residències especialitzades en diagnòstic dual?**

- No sempre els ingressos s'ajusten al perfil.
- No està clara l'acceptació de la temporalitat de l'ingrés i el seu condicionament a la millora clínica del trastorn psíquic.
- En la demanda d'utilització d'aquest recurs no es valora tant la patologia com el trastorn social. En molts casos, els criteris no són tècnics sinó polítics o judicials.
- Hi ha una gran dificultat, i fins i tot impossibilitat, per donar d'alta els casos derivats.

## **¿Quins problemes hi ha a les residències de profunds?**

- Percentatge elevat d'usuaris amb patologia doble.
- Hi ha un grup afectat d'autisme i psicosi infantil, que a causa del seu defecte o deteriorament, requereix programes d'atenció especialitzats.
- Manca de coordinació amb la xarxa de salut mental.
- La problemàtica dels grups anteriors s'agreuja pel fet que en aquestes residències no hi ha un equip d'atenció psiquiàtrica.
- Sovint es converteix en un recurs finalista per a persones amb problemes conductuals greus, independents del seu nivell cognitiu.

## **¿Quina és la situació als hospitals psiquiàtrics?**

- A les unitats de disminució no hi ha hagut fins ara un pla de reconversió.
- La població està molt envellida, amb una edat mitjana superior als 60 anys.
- Una avaluació actual sobre patologia mental afegida en els malalts amb retard mental estableix una prevalença del 77 % amb trastorns psiquiàtrics segons la CIM-9 (vegeu l'annex 1).
- Els nivells greu i profund són els que comporten una major dificultat d'identificació psicopatològica. En aquests moments s'estan avaluant unes eines diagnòstiques més adients per tal de precisar el diagnòstic clínic de forma més acurada.
- En línies generals, la població amb diagnòstic dual es caracteritza per uns requeriments d'atenció especialitzada en salut mental que moltes vegades no es poden oferir.

## **¿Quins problemes hi ha a la xarxa d'educació?**

- Molts alumnes segueixen estudiant als centres d'educació especial (CEE) fins al 20 anys, ja que esperen disposar de programes de continuïtat que s'adeqüin a les necessitats individualitzades, ja sigui de recursos laborals o assistencials (centre ocupacional, centre especial de tallers, centre de dia, llar, residència...). Tanmateix, segons el Decret 299/1997, publicat al DOGC 2.528, està permès prolongar l'escolaritat als CEE dels 16 als 20 anys, per oferir programes adaptats de garantia social i de formació per a la transició a la vida adulta.
- El seguiment es fa difícil, ja sigui per la dificultat que comporta o perquè sembla que el pacient que ha d'acudir al centre de salut mental infantil i juvenil està pitjor del que aparenta.
- En alguns CEE la problemàtica de salut mental pot ser molt elevada, fins a un 30 % de l'alumnat.
- En ocasions, es troba a faltar que els professionals de salut mental es desplacin als centres per tal de prestar l'atenció i fer el seguiment necessari a tots aquells que ho necessitin.

## **¿Quina és la situació de les persones sota mesures d'execució penal?**

- De la població empresonada s'estima que el 0,77 % presenta un cert grau de disminució psíquica. El 67 % dels disminuïts psíquics tenen altres trastorns mentals associats (trastorns de la personalitat en dues terceres parts).
- El retard mental és límit o lleuger, encara que hi ha algun cas moderat.
- Altres característiques d'aquest col·lectiu són: tenir antecedents de consums de tòxics (98 % dels casos), tenir un nivell sociocultural baix (el 55 % són analfabets totals o parcials) i no disposar de recursos econòmics (74,5 %).

- La disminució psíquica d'aquestes persones sol detectar-se de manera tardana (sovint quan ja estan ingressats al centre penitenciari), la qual cosa ha comportat una manca d'estimulació i d'atenció adients fins aleshores.
- Majoritàriament provenen d'ambients marginals, amb desarrelament social i familiar, per la qual cosa la disminució és una dificultat afegida i sol comportar una conducta de negació o una compensació anòmala de la discapacitat.
- En no tenir coneixement de la disminució no es pot intervenir en el procés judicial abans que hi hagi una condemna, ni hi ha l'opció d'evitar l'ingrés a presó o complir una pena alternativa a la mesura penal.
- Els equips de tractament penitenciari del Departament de Justícia i Interior proporcionen una atenció especialitzada a aquestes persones, a través d'un conveni amb la Federació Catalana Pro Persones amb Retard Mental –APPS–, mitjançant el Programa ACCEPTA. Tanmateix, no poden ser atesos tots els interns amb diagnòstic dual de les presons catalanes, a causa de la manca de places i al fet que els grups de treball d'ACCEPTA només estan desplegats a dos dels nou centres penitenciaris existents.
- No hi ha una coordinació suficient entre els diferents departaments de la Generalitat que tracten amb aquest col·lectiu. Caldria disposar d'una informació unificada de cada cas per poder donar sortida a les derivacions necessàries, ja fossin residencials, laborals o socials.
- Manca de recursos extrapenitenciaris per dur a terme les derivacions adreçades a complir penes alternatives a les mesures d'execució penal.
- Encara que hi hagi hagut un delictes, no es pot oblidar que les presons no són el recurs adequat per atendre les necessitats sanitàries i socials d'aquest col·lectiu.

## Necessitats d'atenció en salut mental

Quan es parla de *necessitats d'atenció* del pacient amb disminució psíquica, cal pensar que, d'una banda, és una persona que té les mateixes necessitats que la població general, i que, de l'altra, presenta una sèrie de peculiaritats que, com a disminuït però també com a persona diferent a les altres, s'han de respectar.

De manera general, s'ha de considerar que aquesta població forma part del grup de pacients que presenten un trastorn mental sever (TMS), encara que en el seu moment no se'ls hi inclogués. Per tant, la seva assistència requereix una adaptació a les seves singularitats.

### 1 - Tractament global

El pacient amb disminució psíquica pot rebre i ha de rebre atenció per part dels diferents professionals de la xarxa de salut mental: psiquiatres, psicòlegs, assistents socials i infermers, que conformen l'equip segons la situació i la necessitat específiques. Atès que fins ara no ha estat possible rebre atenció a la xarxa de salut mental d'una forma igualitària, en aquest document es recomana crear un servei especialitzat que ofereixi un tractament global. Aquest servei ha d'incloure les prestacions següents:

- Tractament farmacològic i biològic
- Suport psicològic i psicoterapèutic
- Suport relacional: tractament en la vida quotidiana (PAD)
- Suport conductual
- Suport familiar
- Aspectes de l'entorn

Es poden fer ús de les tècniques específiques de cada àmbit de treball. És important rescatar els aspectes de personalitat i psicològics, pel que això suposa per a les necessitats d'acompanyament, relació, tracte adequat, comunicació afectiva, emocional i cognitiva de la persona amb disminució.

Per això, s'ha d'evitar el reduccionisme i la parcialitat de fixar només intervencions instrumentals, orientades a l'àmbit laboral, la productivitat o el dèficit cognitiu. Es reduccionista, també, parlar solament de "problemes de conducta" i oblidar moltes vegades els aspectes sanitaris o els relacionals i afectius. En les persones disminuïdes cal que la intervenció sigui integral i combini les qüestions més properes a la rehabilitació (que també es treballen ara) amb altres de més terapèutiques.

Finalment, l'actitud ha de ser intentar no "psiquiatritzar" tot allò que aparegui com a dissonant en una persona amb RM. Per fer-ho bé, s'ha d'avançar en el coneixement de les conductes alterades, que, com en qualsevol persona, poden expressar moltes coses (dolor, disgust, cansament, frustració...) i no precisament una patologia psiquiàtrica.

El tractament global implica que hi hagi un *referent* clar del cas, que vetlli i es responsabilitzi del procés global i a llarg termini de l'usuari.

### 2 - Tractament al centre de residència o de treball

Cal tractar el pacient de forma continuada al seu centre, per això el professional de salut mental s'hi hauria de poder desplaçar. És important que conegui l'entorn en què es desenvolupa la vida del pacient.

Aquesta població introdueix una diferenciació important respecte a la resta. La seva discapacitat, la singularitat de la simptomatologia, les dificultats de la llar en alguns moments i l'assistència a centres especials (centre ocupacional, centre especial de treball, etc.) fa necessari el desplaçament al mateix lloc on es produeix el conflicte derivat de la malaltia psíquica o del trastorn de conducta.

D'aquesta manera, el suport del professional del servei específic a les persones que atenen els usuaris en els seus llocs de residència o ocupacionals facilita que la intervenció pugui tenir un

efecte terapèutic. Així mateix, l'espai més purament terapèutic (salut mental) s'aproparà millor a la comprensió dels casos que hagi de tractar, gràcies als coneixements que adquireix el professional en desplaçar-se als diferents centres per on circula l'usuari amb RM.

### **3 - Intervenció doble**

- Directa (entrevistes de seguiment amb el psiquiatra/psicòleg, personal d'atenció directa).
- Indirecta (supervisió i formació del personal d'atenció directa per part de professionals especialitzats, actuacions sobre l'entorn).

### **4 - Prevenció**

La prevenció s'ha de dur a terme a la infantesa, amb el suport dels pares i des del centre de salut mental infantil i juvenil i el centre de desenvolupament infantil i atenció precoç (CDIAP). Això implica la reproducció del model de coordinació també durant la infantesa. Es tracta d'una població de risc que ha de ser estudiada des de la Comissió Interdepartamental per a la Coordinació d'Actuacions de l'Administració de la Generalitat adreçades als infants i adolescents amb discapacitats o amb risc de patir-ne (CTIC).

### **5 - Model assistencial adaptat**

Totes aquestes necessitats han de ser recollides en un model assistencial, que ha de tenir les característiques següents:

- Model diversificat i integrat: social i sanitari; global i especialitzat; que cobreixi la prevenció, el tractament i la rehabilitació; que inclogui el treball comunitari i institucional.
- Garantir la continuïtat. Per això cal: establir objectius comuns; fer un seguiment compartit; les xarxes sanitària i social han de conèixer quins altres serveis s'estan oferint. El PIR hauria d'acompanyar sempre l'usuari.

- Coordinació de les intervencions mitjançant una taula territorial de coordinació, el treball interdisciplinari i la formació.
- Integració de la família en el projecte de tractament i rehabilitació.
- Avaluació periòdica dels resultats.

## Exploració i diagnòstic

Per dur a terme un tractament eficaç de qualsevol persona que presenta trastorns mentals, cal dur a terme una avaluació psicopatològica adequada i correcta per arribar a establir un diagnòstic fiable. Si es considera que el concepte d'avaluació clínica és el procés mitjançant el qual els professionals obtenen la comprensió necessària del pacient per prendre decisions de forma informada (Korchin), el diagnòstic clínic també s'ha d'entendre d'una forma no restringida, és a dir, com un element descriptiu, predictiu i en revisió permanent que permet planificar i executar les diferents estratègies terapèutiques.

Fins fa ben poc, els diagnòstics psiquiàtrics de RM es reduïen al simple judici clínic subjectiu, sempre qüestionable, no solament perquè és difícil o sovint impossible dur a terme una entrevista, sinó, tal com ja s'ha assenyalat, perquè el nombre de professionals experts és molt petit, la formació és insuficient i encara hi ha enormes desacords entre professionals sobre les condicions necessàries per establir un diagnòstic específic.

D'altra banda, la mateixa conducta pot ser considerada com un símptoma de trastorn mental en una persona amb coeficient intel·lectual normal, i atribuïda al RM en una persona amb dèficit intel·lectual. Aquest fenomen, que Reiss (1982) anomena diagnòstic ocult, indica la tendència a infradiagnosticar els trastorns psiquiàtrics en persones amb RM.

El diagnòstic clínic de trastorn mental en persones amb RM s'ha d'establir amb molta precaució i cal efectuar revisions periòdiques, tenint en compte, sobretot, el curs evolutiu. S'han definit una sèrie de principis que caldria considerar en l'avaluació psiquiàtrica d'aquesta població (Reiss, 1992):

- Diagnosticar patrons de simptomatologia.
- Diagnosticar canvis de conducta: és molt important determinar els canvis de conducta en el temps.

- Tenir en compte les deficiències cognitives de la persona.

- Tenir en compte els límits dels instruments d'avaluació en aquesta població.

Pel que fa a aquest darrer punt, cal fer-se les preguntes següents: ¿Fins a quin punt es pot acceptar que la CIE-10 i el DSM-IV són útils en les persones amb RM?. ¿Es pot fer un diagnòstic en individus no verbals amb la tercera part de la informació que es necessita?

L'expressivitat clínica, especialment en els casos més greus de RM, pot mostrar-se en forma de múltiples símptomes no específics, especialment conductuals, la qual cosa dificulta la utilització de criteris diagnòstics tal i com apareixen en els sistemes estandarditzats de classificació. És per aquesta raó que cal utilitzar sistemes específicament dissenyats per a aquesta població. Creiem que els criteris diagnòstics per a la discapacitat intel·lectual (DC-LD) desenvolupats pel Royal College of Psychiatrist (2001) són l'eina adequada i específica per a l'avaluació dimensional de RM i caldrà traduir-los i adaptar-los al nostre entorn com a sistema estandarditzat de la xarxa de salut mental proposada.

Es tracta d'un sistema de diagnòstic psiquiàtric multiaxial, complementari a la CIM-10, que es basa en tres eixos. En el tercer eix (trastorns psiquiàtrics), assenjala quatre nivells amb una sèrie de codis diagnòstics.

- Eix I - Nivell de retard mental
- Eix II - Causa del retard mental
- Eix III - Trastorns psiquiàtrics
  - Nivell A - Trastorns del desenvolupament
  - Nivell B - Malaltia mental
  - Nivell C - Trastorns de la personalitat
  - Nivell D - Problemes de conducta

Ara bé, ja que la majoria de trastorns mentals no es poden fonamentar en l'etiologia, diversos autors han assenyalat que és més important entendre la psicopatologia que presenta una persona amb RM que situar-la en el context d'un sistema rígid de classificació. En aquest cas esta-

ria justificat fer observacions detallades per assolir dimensions psiquiàtriques potencialment tractables.

En els darrers anys, s'ha fet un esforç considerable per millorar les tècniques de diagnòstic i avaluació dels trastorns mentals en la població amb RM. Actualment hi ha més de 50 instruments aplicables al RM que inclouen inventaris de símptomes, escales d'avaluació, entrevistes semiestructurades, sistemes clínics d'informació, bateries d'avaluació clínica i sistemes estandaritzats de diagnòstic.

A l'hora de diagnosticar els trastorns mentals cal insistir en els aspectes següents:

- S'ha de tenir en compte l'impacte dels handicaps intel·lectuals i físics en l'expressió simptomatològica i, per tant, confirmar-ne doblement la presència o l'absència.
  - En una gran part de la població que presenta RM, l'eina fonamental per portar a terme el procés d'avaluació psicopatològica no ha de ser l'entrevista clínica, sinó *l'observació i els registres conductuals* realitzats, sempre que sigui possible, en els llocs on viu el pacient.
  - Cal entrevistar les *persones properes al pacient* (família, personal d'atenció directa...). En les persones que presenten retard mental profund són la font d'informació primordial.
  - S'ha de reduir l'efecte de *l'aquiescència*.
  - S'ha de tenir en compte l'efecte de *l'emascarament psicosocial* (Sovner, 1986), que reflecteix com l'empobriment de les experiències de la vida i de les capacitats socials poden tenir influència en l'expressió simptomatològica.
  - És important conèixer les característiques i les possibles *alteracions comunicatives* del pacient i utilitzar un llenguatge adaptat a la seva comprensió, és a dir, al més senzill i entenedor possible.
  - Convé utilitzar la *comunicació no verbal* com a forma d'apropament i com a element aclaridor de les qüestions plantejades.
- Aquestes orientacions poden semblar òbvies i no són alienes a la població general, però s'ha de tenir en compte que en l'àmbit de la disminució tenen una incidència molt més acusada i que, en determinades circumstàncies, poden arribar a distorsionar les conclusions clíniques i diagnòstiques.

Fent un pas més en aquests plantejaments, i d'acord amb les característiques específiques anteriorment esmentades, es poden arribar a establir condicionaments o recomanacions que afecten els equips interdisciplinaris i com han d'afrontar la tasca assistencial en relació amb les persones amb RM que presenten trastorns mentals.

- Cal establir una *formació específica* per als professionals que han de portar a terme el procés d'avaluació clínica i els enfocaments terapèutics posteriors.

- Convé tenir en compte que quan es treballa amb persones amb RM *el temps corre més lentament*.

- És important *vèncer les resistències* i les dificultats professionals que implica establir un diagnòstic en persones que presenten un nivell de comunicació verbal limitat o abolit.

- Sempre que sigui possible i dins del procés d'avaluació clínica en salut mental, s'han d'utilitzar *instruments complementaris* d'exploració psicopatològica dissenyats especialment per a la població amb RM.

- S'ha d'establir un *sistema de comunicació i de col·laboració* eficaç amb la resta de professionals implicats en l'atenció integral d'aquestes persones.

- Cal dur a terme una *amplia anàlisi funcional de la simptomatologia*, que inclogui una anàlisi socioambiental, mèdica i psiquiàtrica, que permeti desenvolupar una o més hipòtesis de treball per orientar el tractament.



■ És important acceptar que *no sempre és possible arribar a establir una categoria diagnòstica concreta* segons els criteris fixats en els sistemes de classificació utilitzats actualment.

### **Instruments complementaris recomanats d'avaluació clínica**

Tenint en compte la conveniència d'utilitzar instruments específics com a eines complementàries, les propietats diagnòstiques de cadascun dels instruments i les característiques actuals de la xarxa assistencial de salut mental, els instruments complementaris d'avaluació clínica adients són els següents:

- 1 - Sistemes genèrics adaptats al RM  
OMS (1996) Guia CIM10 per al RM  
NADD Adaptació DSM IV
- 2 - Criteris diagnòstics específics  
Sovner (1986) Criteris de trastorn afectiu en RM  
Menolascino (1990) Criteris d'esquizofrènia en RM
- 3 - Sistemes específics de diagnòstic psiquiàtric per al RM  
Cooper (1999) Sistema de classificació DC-LD
- 4 - Bateria d'avaluació psiquiàtrica  
MEROPE (1999) *Screening* per al RM (PAS-ADD)
- 5 - Anàlisi funcional del comportament
- 6 - Grups internacionals de consens  
IASSID MH-SIRG

El grup considera que són bàsicament recomanables per a la seva utilització generalitzada els instruments de la TAULA 3.

TAULA 3 - INSTRUMENTS BÀSICS PER A L'AVALUACIÓ CLÍNICA DE LES PERSONES AMB RM

Diagnòstic	Àmbit	Sistema de classificació i diagnòstic	Eines d'avaluació psicopatològica i conductual
RM lleuger i moderat	Hospitalització	CIE-9/CIE-10 DC-LD	Bateria PAS-ADD/ICAP ABS-RC: 2
RM lleuger i moderat	Assistència ambulatoria	CIE-9/CIE-10 DC-LD	Bateria PAS-ADD/ICAP ABS-RC: 2
RM greu i profund	Ambdós àmbits	DC-LD	DASH-II ABC

## Instrumentes de treball

Els instruments per valorar i elaborar les intervencions adequades a les necessitats que presenta cada persona són:

- El programa individual de rehabilitació (PIR) en el sector dels disminuïts psíquics:

És fonamentalment pedagògic, rehabilitador i funcional, amb objectius molt específics, instrumentals i operatius.

Als centres es complementa amb altres documents, com la història clínica o l'anamnesi. Però el PIR és el document més important.

- El pla terapèutic individualitzat (PTI) al circuit de la xarxa de salut mental:

L'interès que ofereix el PTI com a eina de treball és que fonamentalment es tracta d'un instrument de consens i coordinació entre serveis i professionals,

Recull els aspectes clínics, socials i familiars bàsics que necessiten tots els professionals implicats i proposa consensuar objectius de treball.

Es proposa el següent:

A - Que el PIR, com a instrument sobretot intern del centre, s'ampliï, es millori i consideri la persona en les seves quatre dimensions:

Funcionament intel·lectual i habilitats d'adaptació

Consideracions psicològiques i emocionals

Consideracions físiques, de salut i etiològiques

Consideracions ambientals

És primordial que el pla d'actuació sigui global i que inclogui també aspectes de personalitat, clí-

nics i relacionals. S'està atenent una persona i s'ha de fer de forma integral, no només tenint en compte els aspectes instrumentals.

B - Que, en els casos en què l'usuari del centre de disminuïts utilitzi diferents serveis de la xarxa de salut mental, hi hagi un instrument amb la voluntat de consensuar objectius bàsics de treball i responsabilitats.

C - Que el model d'aquest document s'elabori per a cada circuit i reculli tant els continguts del PIR com del PTI, després d'arribar a un consens entre els diferents professionals pel que fa als instruments de valoració i la recollida de la informació. Aquest document s'haurà d'incloure a l'expedient o a la història de l'usuari en tots els serveis.

## Definició dels recursos

### A - Suport a les famílies

Des de la xarxa de benestar i família el suport a les famílies de persones amb RM que presenten problemes de conducta o malaltia mental es porta a terme mitjançant el programa de suport a les famílies de persones amb dependències, com també a través del programa unificat d'ajuts (PUA).

#### 1 - Programa "Viure en família"

Aquest programa té com a objectiu facilitar la pertinença en l'entorn familiar i social de les persones amb disminució.

Una de les característiques del programa és la compactació de serveis a la persona (estades curtes, atenció domiciliària i atenció de dia) i a la família (respir, formació, etc.).

Els destinataris són persones amb el 75 % o més de disminució reconeguda i necessitat de cures per a les activitats de la vida diària. Abasta tot el ventall d'edats.

Es tracta, en definitiva, de prestar atenció a les persones amb dependències, donar suport a les famílies, oferir atenció i millora de l'entorn i proporcionar una ajuda econòmica de suport a la dependència.

#### 2 - Programa de suport a les persones amb dependències per facilitar el manteniment en l'entorn familiar i social

L'objectiu d'aquest programa consisteix a oferir una prestació econòmica per ajudar que les persones amb dependència es mantinguin en l'entorn familiar i social habitual. S'emmarca dins de les actuacions del programa "Viure en família".

L'ajuda a les persones amb dependència i les seves famílies constitueix un dels reptes més impor-

tants que avui tenen les societats del benestar. Hem de tenir en compte que segons l'Enquesta de salut de Catalunya (1994), l'1,63 % de la població general requereix ajuda personal per dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària, a causa d'una dependència. La prestació econòmica és de 240,40 euros mensuals.

### 3 - Programa unificat d'ajuts (PUA)

És un programa que contempla tres modalitats d'ajuts: ajuts per a serveis (tractaments, assistència social i domiciliària, assistència en establiments); ajuts per a la mobilitat i el transport (per assistir als serveis); i ajuts per a l'autonomia personal i la comunicació (visual, auditiva i física).

### B - Recursos actuals

#### 4 - Unitat d'ajuts (xarxa de salut mental)

■ Criteris d'ingrés d'un disminuït psíquic amb trastorn mental:

Gravetat clínica (psicopatologia).

Desbordament de la contenció sociofamiliar.

Limitació temporal del procés

Esgotament de la utilització de recursos terapèutics comunitaris en l'abordatge i la contenció de la situació de crisi

■ Criteris d'exclusió d'ingrés (que coincideixen amb la resta de la població):

Problemàtica social: com a criteri únic, sense psicopatologia activa o amb psicopatologia estable (generalment per mort dels pares o canvis en la situació social). En aquest cas s'atén la demanda i es deriva al centre de salut mental i als serveis socials de base.

Procés orgànic que requereix atenció prioritària en un hospital general. En

qualsevol cas, una cop estudiat el pacient, es deriva a l'hospital.

- Elaboració d'un disseny d'atenció molt individualitzat segons les característiques de cada cas. Aquest disseny ha d'incloure la intervenció terapèutica del pacient en els àmbits següents:

Elaboració d'un pla de cures generals, segons el grau d'autonomia (neteja personal, menjar, roba, etc.).

Ubicació del pacient en l'espai físic de la unitat on l'ambient li sigui més favorable i li faciliti la integració.

Valoració de la seva possible integració en tallers ocupacionals o teràpia de treball al centre. En cada cas concret, això implica la continuïtat d'uns hàbits ocupacionals que el pacient ja tenia en el seu mitjà social habitual (tallers, residències, centre de treball, etc.).

- Intervenció clinicoterapèutica:

Psicofarmacologia: amb la finalitat d'aconseguir una remissió simptomàtica.

Diagnòstica: en aquells casos (són l'excepció) en què no s'hagi quantificat la disminució ni s'hagi dut a terme una investigació clínica mitjançant la reconstrucció biogràfica del cas amb la família.

Psicoterapèutica: s'han d'intentar esbrinar els possibles factors que han desencadenat la crisi. En aquest sentit la relació terapèutica amb el disminuït és molt diferent, ja que a causa del seu funcionament mental primari es basa més en la comunicació sensorial, i per tant, gairebé sempre comunica el seu patiment per mitjà d'un llenguatge no verbal. Cal mantenir la proximitat física amb el pacient per intentar comprendre'n el patiment i relacionar-lo amb possibles desencadenants (dol per una pèrdua,

problemes sentimentals, etc.). En aquest sentit, són necessàries una certa formació i disposició de l'equip, ja que si no resulta difícil entendre el pacient, la qual cosa influeix en la seva evolució. Moltes vegades és imprescindible que la família, els professionals que en tenen cura o els educadors de les residències, tallers o centres ocupacionals en què està integrat el pacient participin en l'entrevista.

Psicoeducativa: inclou la psicoeducació en habilitats bàsiques (deteriorades en les situacions de crisi o absents per no haver-les adquirit de manera excepcional), com també els aspectes socials i relacionals. Això és fonamental perquè el pacient pugui expressar els seus sentiments en l'entorn sociofamiliar d'una manera més evolucionada, la qual cosa permet que se l'entengui millor.

- L'estada mitjana d'un disminuït psíquic en la unitat d'aguts ha de situar-se per sobre de la mitjana habitual, entre 30-60 dies.
- El procés d'hospitalització del pacient finalitza amb la seva derivació, una vegada superada la crisi, al recurs residencial o ocupacional d'origen i el centre de salut mental de zona per al seguiment ambulatori.
- Els casos que siguin atesos al centre de salut mental necessitaran, en alguns casos, d'una hospitalització, que en principi s'ha de plantejar com a breu.

### **5 - Residència per a disminuïts psíquics lleugers i mitjans amb greus trastorns psiquiàtrics o de conducta (xarxa de benestar i família)**

Equipaments creats a la xarxa fa sis anys que depenen del Departament de Benestar i Família. Només hi ha tres centres amb aquesta tipologia de serveis i tres centres amb reserva d'unes 5/8 places per a aquesta tipologia. La capacitat total és de 112 places.

## ■ Perfil dels usuaris

Són persones amb disminució psíquica lleugera i moderada, que presenten patologia psiquiàtrica o de comportament afegida, de manera permanent o de llarga evolució. Presenten les característiques següents:

Majors de 18 anys, d'ambdós sexes.

La disminució psíquica és el diagnòstic o la condició principal sobre la qual s'expressen els trastorns psiquiàtrics.

Els trastorns psiquiàtrics o de comportament segueixen criteris de gravetat.

Els intents d'adaptació que s'han realitzat en la xarxa normalitzada han resultat negatius, o bé la protecció dels altres no aconsella una integració en el moment actual.

## ■ Criteris d'exclusió en la unitat residencial

Els trastorns psiquiàtrics de llarga evolució amb deteriorament per a ells mateixos.

Els motius psicosocials, quan és un criteri exclusiu.

Els trastorns aguts afegits a una disminució que puguin ser tractats en una unitat d'hospitalització de la xarxa de salut mental.

Les situacions judicials que requereixen custòdia o un àmbit penitenciari, llevat que l'equip de la unitat consideri viable un projecte de treball.

## ■ Tipologia del servei

La unitat s'adreça a les persones definides quan es requereix un projecte assistencial de mitjana-llarga estada.

Podria definir-se com un centre sociosanitari de llarga estada, destinat a "prestar assistència als pacients que no necessiten l'aplicació dels mitjans diagnòstics i

terapèutics d'un hospital d'aguts, però que necessiten controls mèdics i farmacològics diversos, continuats i permanents, que no poden ser duts a terme en el seu domicili".

A diferència del centre sociosanitari, els nivells d'atenció rehabilitadora i de contenció són més elevats.

## ■ Serveis que presta

Acolliment i convivència, allotjament i menjador, descans i lleure, higiene, assistència mèdica i psiquiàtrica, assistència psicològica, assistència social, assistència d'infermeria, assistència terapèutica i control farmacològic, rehabilitació integral i postural assistencial segons demanda.

## ■ Objectius assistencials

Atenció a les persones amb disminució i greus trastorns de conducta que no puguin viure al seu domicili.

Estabilització del trastorn i readaptació.

Atenció als conflictes emocionals del pacient, tenint en compte les característiques relacionals característiques de les persones amb disminució.

Programa individual de teràpia i rehabilitació, amb objectius d'autonomia personal i social.

Suport a les famílies.

Reinserció ocupacional i social.

Formació, docència i recerca, especialment en els àmbits de l'assistència i la prevenció d'aquests trastorns.

## ■ Programa assistencial

El programa assistencial es basa en un projecte assistencial individualitzat i compta amb els nivells i activitats següents:

Activitat clinicoterapèutica: diagnòstic i tractament multidisciplinari.

Activitat de rehabilitació: educació d'hàbits (convivència, ocupacionals, etc.).

Suport a les famílies.

Coordinació amb altres serveis: sector de disminuïts (recursos residencials), centre d'assistència a la disminució (CAD), serveis laborals, altres.

Formació continuada. Docència i recerca.

## **6 - Residència per a disminuïts psíquics greus i profunds amb greus trastorns psiquiàtrics o de conducta (xarxa de benestar i família)**

Les característiques són similars a les residències dels pacients psíquics lleugers i mitjans, amb les adaptacions adequades al grau de RM, que en aquest cas és greu o profund.

## **C - Recursos de nova creació**

### **Des de la xarxa de salut mental**

#### **7 - Servei especialitzat de salut mental per a les persones amb discapacitat intel·lectual (SESM-DI)**

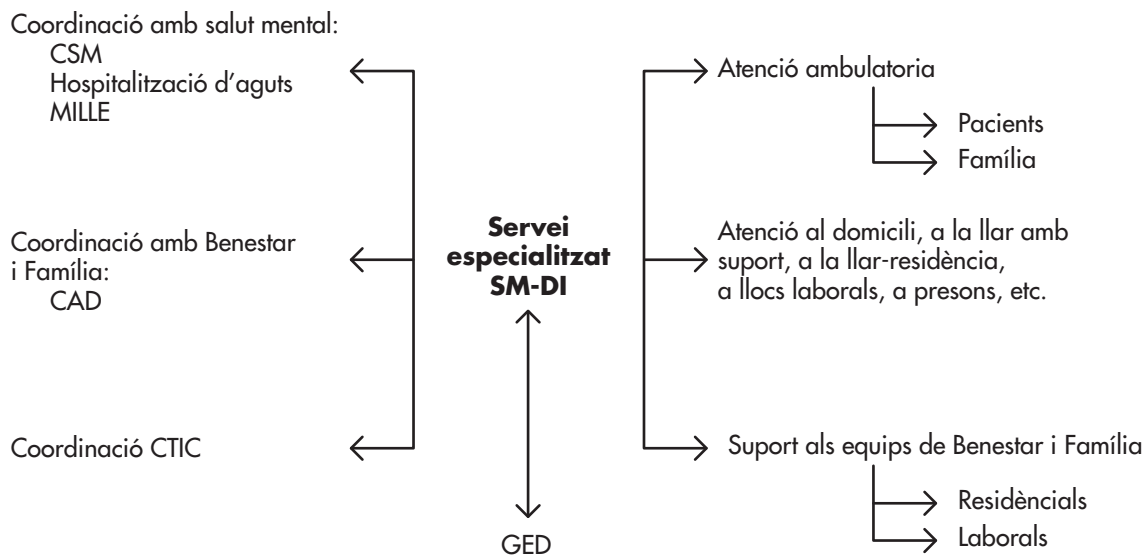
Per tal d'atendre amb una millor qualitat la salut mental de les persones amb retard mental, des de la xarxa normalitzada de salut mental es proposa la creació de serveis especialitzats, tant per a la formació específica dels professionals, com per als estils d'intervenció (adequats a les necessitats d'aquestes persones i les seves famílies) i el compromís de donar formació i suport al personal dels diferents centres (residencials, ocupacionals, centres especials de treball, etc.) que acullen aquestes persones. L'àrea sociogeodemogràfica de referència ha de ser suprasectorial, amb un mínim d'un SESM-DI per regió sanitària. Atès el nombre reduït de persones involucrades és difícil

(els professionals no arriben a tenir l'especialització necessària) i car (caldrà tenir professionals especialitzats i amb dedicació exclusiva) proporcionar l'atenció des de tots els centres de salut mental. El SESM-DI es configura com l'eix vertebrador de tot el seguiment de la persona amb RM que presenta un trastorn psíquic o de conducta, la qual cosa permetrà una millor atenció a l'usuari i a la seva família. Aquest servei també pot ser el referent per a l'ensenyament i l'aprenentatge d'aquests temes (FIGURA 1).

#### ¿Per què cal aquest servei especialitzat?

- El diagnòstic de trastorn mental en persones amb retard mental és difícil, ja que els quadres clínics no presenten l'expressió simptomàtica habitual. Cal una especialització i un entrenament específic de les habilitats necessàries per poder valorar, observar, interpretar i relacionar-se terapèuticament amb aquestes persones.
- Cal aplicar tècniques d'avaluació i investigació complexes.
- Atesa la presència de limitacions, tant cognitives com d'altres tipus (per trastorns sensorials, malalties somàtiques, discapacitats i invalidesa), cal que les intervencions terapèutiques adoptin modificacions en la seva aplicació.
- En els tractaments farmacològics, la presència d'efectes col·laterals i respostes poc habituals determinen un seguiment i una monitorització especial.
- Habitualment el retard mental s'associa amb altres discapacitats que fan difícil la intervenció.
- Tots els aspectes de les intervencions psicològiques/psiquiàtriques estan condicionats per les diferents limitacions que pateixen aquestes persones.
- S'incrementarà la competència dels tècnics i les seves habilitats i s'aconseguirà un tractament més efectiu, si s'ofereix una experiència en l'acollida d'aquestes persones.

FIGURA 1 - ACTIVITAT DEL SERVEI ESPECIALITZAT DE SALUT MENTAL PER A DISCAPACITATS INTEL·LECTUALS (SESM-DI)



### ¿Quines han de ser les seves funcions?

- Diagnosticar i avaluar, prestar atenció psicològica/psiquiàtrica a persones amb RM (en tots els seus graus, inclosos els pacients límit) que presentin patologia psiquiàtrica (siguin quines siguin les seves manifestacions clíniques i de diagnòstic) o trastorns de conducta (conductes desafidores). Dur a terme una anàlisi funcional del comportament tant psicològic com psiquiàtric dels trastorns de conducta.

- Tractar tots els grups d'edat, inclosos nens, adolescents i gent gran.

- Aquesta assistència s'ha de donar:

En el mateix SESM-DI.

Al domicili.

En els recursos comunitaris residencials, ocupacionals, centres especials de treball, etc., incloses les presons, si es tracta d'una persona amb retard mental que compleix una mesura penal.

- L'assistència ha de contemplar una diversitat d'enfocaments terapèutics: tractament farmacològic, teràpia conductista, psicoteràpia.

- Donar informació, orientació, acompanyament i suport a les famílies.

- Donar suport i formació al personal dels recursos comunitaris que depenen del Departament de Benestar i Família. La formació i el suport han de constituir una relació d'intercanvi natural. Això implica establir reunions periòdiques de trobada amb professionals del centre de salut mental especialitzat. El treball continuat en grup amb els professionals de cadascun dels centres, basat en la reflexió i l'elaboració conjunta de tots aquells aspectes que apareixen dia a dia, permetrà que tots puguin reconèixer millor els signes que avisen del començament d'una crisi, fins i tot aprendre quin és l'apropament i l'atenció més adient en aquest moment. Fins i tot, en algunes ocasions, el control de la situació es pot arribar a convertir en una autèntica tasca de prevenció sense necessitat de psiquiatritzar el cas.

- Prestar formació i establir una coordinació amb els equips dels recursos dependents del

Departament de Sanitat i Seguretat Social, especialment els de salut mental. Per contribuir al diagnòstic precoç i a la derivació adequada, té una gran importància el paper dels pediatres, els metges de família i els serveis d'urgència dels hospitals generals. El treball de coordinació que en aquest moment s'està duent a terme entre els centres d'assistència primària i els centres de salut mental ha d'incloure l'atenció i el seguiment d'aquesta població, que per les seves característiques es pot deixar en un segon lloc. També en aquest cas la formació i l'entrenament en l'ús d'eines de cribatge (com les que es recomanen en aquest treball) són fonamentals.

- Establir criteris de coordinació de les intervencions amb qualsevol altre recurs, sigui quin sigui el departament del qual depenguin (Benestar i Família, Treball, Comerç, Consum i Turisme, Justícia i Interior, Ensenyament, etc.) sempre que tinguin algun tipus de relació amb la persona en tractament.
- Implicar tots els recursos en la detecció de la malaltia. Una preocupació prioritària és detectar, al més precoçment possible, l'aparició de signes o símptomes que avisin de l'inici d'un trastorn psiquiàtric en les persones afectades de retard mental. Això requereix una informació i un ensinistrament de tots aquells que els acompanyen: educadors de les guarderies i escoles maternals, mestres i professors de les escoles normals i especials, monitors de centres ocupacionals i centres especials de treball, personal de suport de les llars-residències i pisos protegits, personal de les residències..., com també tots aquells que eventualment poden intervenir davant d'una demanda qualsevol: pediatres, metges de família, serveis d'urgència dels hospitals generals, treballadors socials, equips d'assessorament psicopedagògic.
- No intentar "psiquiatritzar" tot allò que aparegui com a dissonant en una persona amb RM. Per actuar correctament, cal avançar en el coneixement de les conductes alterades, que com passa en qualsevol persona poden expressar moltes coses (dolor, disgust,

cansament, frustració...) i no precisament una patologia psiquiàtrica.

- Un professional de l'equip ha de participar en les reunions de la CTIC de la seva àrea sociodemogràfica, tant per elaborar les respostes a les necessitats d'aquestes persones com per coordinar les intervencions i les respostes a les famílies. Dins de l'estil de treball de les taules de coordinació territorial, i amb la participació de tots els implicats, es durà a terme una valoració de les necessitats i un projecte terapèutic-educatiu-social, en el qual es definiran els aspectes en què ha d'intervenir cada recurs. La figura d'un referent es fa necessària per vetllar per la continuïtat del projecte sense que es produeixin buits ni intervencions desviades o descoordinades.
- L'equip d'un SESM-DI estarà format per un mínim de:

- 1 psiquiatre
- 1 psicòleg
- 1 treballador social
- 1 infermer
- 1 educador o pedagog especialitzat o rehabilitador psicosocial
- 1 administratiu

## **Des de la xarxa de benestar i família**

### ***8 - Llar-residència per a persones amb disminució psíquica amb necessitat de suport intermitent i limitat (RM lleuger i mitjà) que presenten, a més, problemes de conducta i/o de salut mental (nou recurs - xarxa de benestar i família)***

Disseny d'un programa elaborat pel Departament de Benestar i Família per proporcionar una experiència d'habitatge a la comunitat a persones amb disminució psíquica que tenen necessitat de suport intermitent i limitat i presenten problemes de conducta i/o salut mental.

És tracta d'una alternativa creativa i innovadora,



que pretén demostrar que és possible proporcionar un servei comunitari capaç de respondre a les necessitats d'aquesta població, oferir-los una bona qualitat de vida a un cost comparativament menor que el de les residències. Aquest projecte pot permetre experiències de vida més normalitzades i integrades en la comunitat, fonamentades en les necessitats i les eleccions de la persona amb disminució.

La població objecte d'aquest projecte pilot són persones amb disminució psíquica i necessitat de suport intermitent i limitat que presenten problemes de conducta i/o salut mental i que fins ara han estat considerades poc idònies per viure a la comunitat. Es preveu que aquestes persones requereixin un suport les 24 hores del dia.

Els serveis que es prestarien són els següents: avaluació sobre les necessitats i les capacitats del pacient; enfocament d'entrenament fonamentat en la planificació de programes individuals que posin de relleu la presència i la participació comunitàries; desenvolupament i manteniment de les relacions del pacient amb amics i familiars; preferències i eleccions personals; respecte comunitari i competència personal, que incideixin en una millor qualitat de vida.

En una primera fase es proposa la creació de dues llars-residències especialitzades per atendre aquesta població en dues àrees sanitàries, que coincideixen amb el projecte de creació de dues unitats especialitzades de suport per a aquesta població que està duent a terme el Departament de Sanitat i Seguretat Social.

Es preveu que cada llar-residència disposi de 6 places; en el cas que hi hagi dues llars en un mateix lloc, cadascuna tindria 6 persones.

Aquest no és un model definitiu, ja que s'hauria de tendir a no crear serveis especialitzats, sinó heterogenis. En aquest sentit, si a prop d'una llar-residència especialitzada n'hi ha una altra de no especialitzada, es poden dur a terme experiències d'integració directa o inversa.

### ¿Quina missió i quins objectius té aquest servei?

La persona amb disminució psíquica té dret a viure amb dignitat per desenvolupar-se com a ésser humà i per ser un membre de la societat al més autosuficient possible.

Per posar en pràctica aquesta filosofia, l'objectiu primordial és establir programes i serveis que permetin que les persones visquin i treballin en entorns i estils de vida tan normals com sigui possible.

Concretament, els serveis que haurien de rebre d'aquestes persones són els següents:

- Proporcionar situacions i estils de vida similars als de les persones sense disminució.
- Oferir suports adequats a les necessitats i els desigs canvians.
- Viure en entorns naturals.

Cal donar-los oportunitats de participar i contribuir a la vida laboral, a les activitats voluntàries, i a les activitats recreatives, socials i culturals.

### ¿Com es pot donar resposta a les necessitats de cada persona?

Aquest projecte oferirà un pla individual, l'objectiu del qual és l'evolució de la persona dins del context d'un model de desenvolupament i de normalització que emfasitza les alternatives menys restrictives possibles. Aquest procés s'inicia recollint informació de tot el cercle de suport al pacient, inclosos els familiars, els amics, els professionals i qualsevol altre persona significativa en la seva vida

El pla individual ha de prioritzar:

- La independència; cal ensenyar el pacient a fer servir habilitats que l'ajudin a ser més competent.

- La integració comunitària, amb l'objectiu d'augmentar significativament la seva presència i participació comunitàries.
- La productivitat; cal ajudar el pacient a participar en el món laboral i a obtenir dignitat i un tracte respectuós.
- La xarxa de suport i relacions; per aconseguir la màxima implicació de la família i els amics.

### ¿Quins serveis es necessiten?

Hi ha el risc real que les persones que participin en aquest projecte es quedin a casa sense rebre cap servei individualitzat, la qual cosa els deixaria en una situació d'aïllament similar a la que tenien abans.

#### ■ Serveis generals

Per potenciar al màxim la participació de la persona en el programa i poder respondre a les necessitats individuals, cal que hi hagi una coordinació efectiva entre aquest i els serveis generals. Ens referim a la coordinació amb els serveis d'atenció de dia o laborals, el centre d'atenció primària de la zona, els hospitals i el centre de salut mental especialitzat (de nova creació).

#### ■ Ensinistrament / ensenyament

El programa disposarà d'un educador per cada 3 o 4 usuaris. Entre d'altres responsabilitats, haurà d'ensenyar habilitats i tractar les conductes desafidores. En aquest sentit, ha de ser una persona ben formada.

La responsabilitat principal del personal d'atenció directa serà desenvolupar els programes que s'hagin establert conjuntament amb l'equip de suport (centre de salut mental especialitzat de nova creació). Aquest equip també formarà el personal en les habilitats que consideri oportunes, per tal de contribuir a la vida independent de la persona.

Durant el dia els usuaris participaran en un programa laboral o d'atenció de dia al més integrat i normalitzat possible.

#### ■ Algunes opcions de serveis específics

Serveis d'assistència d'emergència de 24 hores.

Serveis de tecnologia i equipament adaptat.

Serveis de suport per a activitats d'oci (serveis de lleure).

### Salut i seguretat dels usuaris

- Polítiques i procediments de salvaguarda de l'explotació de la persona.

- Mètodes per assegurar l'atenció sanitària de la persona.

- Dieta i nutrició; medicació i seguretat en la llar.

La salut, des del punt de vista del comportament, serà supervisada i seguida per l'equip de suport (centre de salut mental especialitzat de nova creació).

### Personal

- Supervisor del programa. Organitza els torns de personal; supervisa el personal; assegura que els programes es portin a terme. Ajuda el personal d'atenció directa.

- Personal d'atenció directa de dia. Ràtio 1:4 usuaris. Serà el principal facilitador del suport que la persona requereix a la comunitat i tindrà les habilitats necessàries per donar suport a aquesta població.

- Personal de nit. Ràtio 1:6 usuaris (o 12 en el cas de dos mòduls contigus).

- Personal de suport. L'equip de suport (centre de salut mental especialitzat de nova creació).

## Formació del personal

L'encarregat de la formació serà l'equip de suport (centre de salut mental especialitzat de nova creació). Els temes serviran per incrementar les habilitats i els coneixements necessaris per desenvolupar les seves responsabilitats.

## Desenvolupament i manteniment dels cercles de suport informal

Un model d'habitatge com el que es proposa ha de tenir en compte el desenvolupament i el manteniment dels cercles de suport informals (família, veïns, amics...).

## Avaluació d'aquests programes (projectes)

El disseny d'aquest servei incorpora avaluacions del procés (avaluació del nivell d'execució de les tasques principals); avaluacions de producte o de resultats (en les quals el personal clau avalua els avenços i el nivell de participació comunitària); i avaluació de terceres parts sobre la qualitat del servei segons els estàndards marcats.

## **Des de les dues xarxes**

### **9 - Grup d'estudi i derivació (GED)**

Atès que actualment el Departament de Sanitat i el Departament de Benestar i Família gestionen les places de forma diferent i que l'aplicació immediata del model sanitari (el metge decideix l'ingrés seguint les pautes de sectorització) pot resultar difícil, es planteja la creació, a cada territori, d'un òrgan mixt que estudiï, valori i decideixi la derivació. (Es planteja un model inspirat en la Comissió Interdisciplinària Mixta Sociosanitària (CIMS) que tants bons resultats està donant a la xarxa sociosanitària). Hi hauria d'haver un GED a cada regió sanitària.

Aquest grup d'estudi i derivació pot estar constituït per:

- Representants fixos que ostenten la capacitat decisòria:

Un referent del Departament de Benestar i Família preferentment territorial, que podria ser el cap de servei d'atenció a les persones.

Un referent de Sanitat, preferentment el responsable de salut mental de la regió sanitària corresponent.

- Representants fixos dels recursos assistencials:

Una persona del SESM-DI.

Una persona de la llar-residència que li correspon per zona. És un recurs que ha d'estar molt lligat al servei especialitzat.

Una persona de la residència, en el cas que n'hi hagi.

Una persona de la unitat d'hospitalització psiquiàtrica especialitzada.

- Representants dels recursos de referència de la persona que s'avalua:

Només hi assisteixen quan tenen persones que necessiten una plaça en un hospital o en una llar-residència especialitzada.

Una persona del centre d'assistència a la disminució (CAD) de referència de la persona que s'avalua.

Una persona de la unitat d'aguts on està hospitalitzat en els casos en què es preveuen problemes per a l'externament.

Una persona de l'equip del centre on resideix o acut la persona afectada.

## Objectius del grup

- Coordinar a cada regió sanitària l'estudi i l'avaluació de les necessitats de les persones amb RM que presenten trastorns mentals o de

conducta, estiguin on estiguin.

- Centralitzar les demandes, gestionar les llistes d'espera i decidir els casos que s'han de derivar triant el recurs que calgui.
- Promoure la connexió i comunicació adequades.
- Establir les prioritats, d'acord amb les necessitats de cada usuari.
- Convertir-se en punt de referència per als professionals i els usuaris amb RM que necessitin atenció en salut mental.
- Orientar l'Administració: proposar la millora d'alguns serveis o recomanar la creació de serveis necessaris i inexistents a la seva zona.
- Fer el seguiment dels casos en els quals la utilització del recurs és temporal.

### **10 - Unitats d'hospitalització psiquiàtrica especialitzada**

A més a més de tots els recursos abans esmentats, cal posar en marxa de manera experimental aquestes unitats, atès que hi ha persones amb retard mental que, en alguns moments, presenten greus problemes de comportament o manifestacions psíquiques que produeixen una important alteració social i de l'entorn. És difícil atendre'ls en els dispositius existents, ja que en les residències de diagnòstic dual no disposen dels mitjans de contenció adequats, i les situacions que presenten tampoc no són adaptables a un ingrés en una unitat d'aguts. D'una banda, calen les condicions de contenció d'un hospital psiquiàtric i de l'altra, un ingrés de mitja o llarga estada (entre 6 mesos i un any).

## **Formació del personal de la xarxa de discapacitat intel·lectual i trastorn mental**

L'eficàcia i la qualitat dels serveis per a persones amb retard mental i trastorns mentals i/o de la conducta estan estretament relacionades amb la disponibilitat de professionals suficientment capacitats i amb experiència en tots els àmbits. La seva mancança, sobretot de psiquiatres, pot ser una de les principals barreres per al desenvolupament d'una xarxa d'atenció especialitzada (Parmenter, 1988; Zarfes, 1988; Day, 1992; MHMR, 1993).

De l'anàlisi de la situació d'altres països, s'observa que la importància dels aspectes formatius varia enormement i està estretament lligada al diferent grau de desenvolupament dels serveis que atenen les necessitats específiques de salut mental d'aquesta població. En llocs com Anglaterra, la formació ha estat i és un objectiu prioritari des de fa molts anys, i tant els psiquiatres com els psicòlegs i el personal d'infermeria reben formació especialitzada i continuada (Day i Jancar, 1991).

Tanmateix, el desenvolupament de nous models assistencials, més comunitaris i integradors, ha obligat a incloure en els plans formatius professionals no especialitzats, particularment el personal d'atenció directa i els àmbits assistencials primaris.

És evident que l'eficàcia de les estratègies d'intervenció sobre les alteracions mentals i/o conductuals no només depèn de la capacitat dels equips tècnics per elaborar i comunicar amb claredat els plans a la resta de professionals (Morgan, 1990; Shaddock i cols, 1986), sinó també, i sobretot, de la capacitat, formació i motivació dels professionals que tenen la responsabilitat directa per dur-los a terme (Aylward, Schloss, Alper i Green, 1995), com també de la coordinació entre tots ells.

És per aquest motiu que, a fi d'assegurar el resultat del procés d'intervenció, cal garantir la "complicitat" de tots els professionals. Aquest fet, que podem anomenar "adherència al protocol de

tractament", està fortament lligat a les capacitats, l'ensinistrament i l'experiència de les persones, la qual cosa no inclou únicament la formació específica i la supervisió en tècniques d'avaluació i intervenció conductual, sinó també el reconeixement de les actituds i les creences pròpies sobre la naturalesa de la conducta en subjectes amb retard mental (Worchel i Cooper, 1983).

L'objectiu pel qual caldria avançar en propostes a mig termini ha de ser la inclusió de mòduls relacionats amb la salut mental en els diferents plans d'estudis formatius de les especialitats universitàries relacionades amb el retard mental: medicina, psiquiatria, psicologia, pedagogia, educació social, infermeria i treball social.

Actualment, hi ha poca oferta estructurada en la formació de salut mental a Catalunya. Tot i així, el curs sobre patologia dual que s'imparteix cada any a l'Institut d'Estudis de la Salut i el màster específic que ofereix la Universitat Autònoma de Barcelona tenen un gran nivell.

Per assolir el nivell mínim de formació i capacitar els professionals que han de treballar en la xarxa especialitzada en salut mental amb persones amb RM, es proposen els programes que es presenten a continuació:

### **Programa per a especialistes en psiquiatria**

- Objectiu: oferir formació bàsica en tècniques d'avaluació psiquiàtrica i conductual en persones amb retard mental.
- Metodologia: Cursos monogràfics presencials de 4 hores de durada amb utilització de material docent i treball amb casos reals. En finalitzar el curs, la Secció de Retard Mental de l'Organització Mundial de Psiquiatria lliurarà un certificat acreditatiu.
- Patrocinadors: Secció de Retard Mental de l'Organització Mundial de Psiquiatria. Associació Europea per a la Salut Mental i el Retard Mental. Associació Espanyola per a l'Estudi Científic del Retard Mental.

**Programa per a professionals tècnics de les institucions i els serveis multidisciplinaris de la xarxa (psicòlegs, psicopedagogs, educadors socials, personal d'infermeria i treball social)**

- Objectiu: capacitar i acreditar les persones amb responsabilitat en els serveis pel que fa als coneixements generals sobre salut mental, tècniques d'avaluació i elaboració de plans d'intervenció conductual, supervisió del personal i treball en equip.
- Metodologia: Cursos monogràfics presencials de 21 hores de durada, amb utilització de material docent i treball amb casos reals. En superar (avaluació) el curs, l'Escola de Doctorat i Formació Continua de la Universitat Autònoma de Barcelona lliurarà un certificat d'aprofitament.
- Direcció, coordinació i personal docent: Departament de Psiquiatria i Psicologia Mèdica de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Patrocinadors: Departaments de Benestar i Família i de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Associació Espanyola per a l'Estudi Científic del Retard Mental.

**Programa per a professionals no qualificats (atenció directa) de les institucions de la xarxa d'atenció a les persones amb disminució psíquica**

- Objectiu: capacitar els professionals amb responsabilitat sobre l'atenció directa de les persones amb retard mental en tècniques d'avaluació i intervenció dels trastorns mentals i/o de la conducta.
- Metodologia: programa de formació i supervisió continua en el lloc de treball impartit pels professionals tècnics capacitats en el 2n nivell, amb material docent i treball amb casos reals.

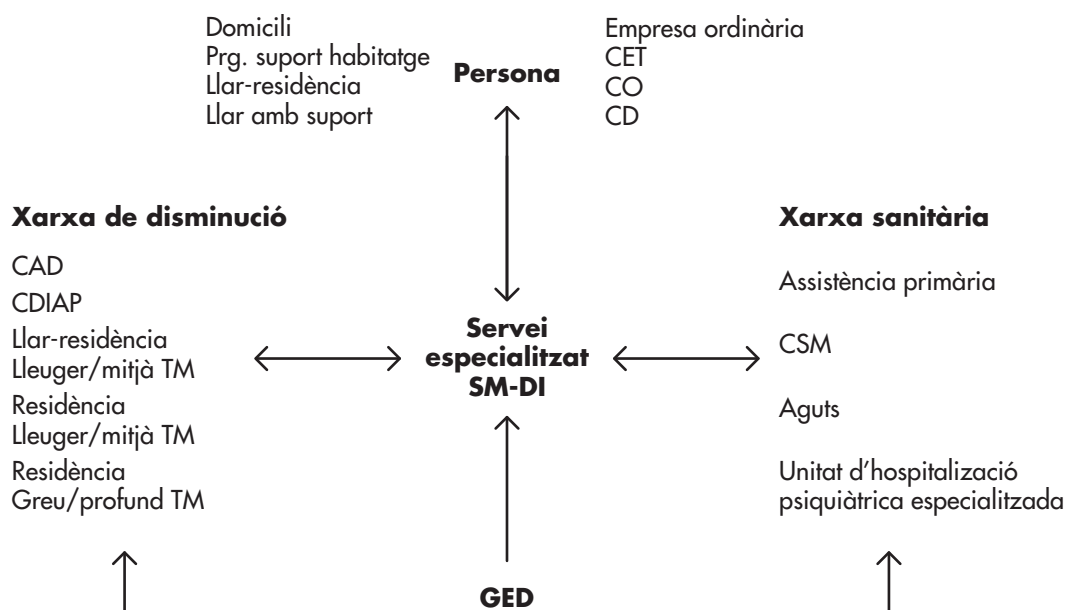
## Funcionament del circuit assistencial

S'ha de crear un estil en el qual les dues xarxes (la de Benestar i Família i la de Sanitat i Seguretat Social) formin un *continu*, de manera que la persona afectada rebi la millor assistència i utilitzi el recurs més adequat en cada moment. Tot aquest pla implica una visió compartida entre tots dos departaments i un esperit de col·laboració conjunta (FIGURA 2).

### Servei especialitzat RM-DI, eix del circuit

Es trobi on es trobi la persona que cal atendre (domicili, llar, llar-residència, centre especial de treball, centre ocupacional, centre de dia, respir o residència) sempre tindrà el suport sanitari del centre d'atenció primària. Bé en el seu lloc de residència, bé en la consulta mèdica, bé en el CAD (centre d'assistència a la disminució), es produirà la detecció d'un possible trastorn mental. L'ideal seria que el CAP derivés aquesta persona al SESM-DI. Des d'allí, se li proporcionarà assistència ambulatoria i se l'enviarà al domicili si cal. S'ha de tenir en compte que aquesta possibilitat és relativament freqüent. Aquest tractament

FIGURA 2 - CIRCUIT ASSISTENCIAL DE SALUT MENTAL PER A PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL



ambulatori, que es pot produir des d'un primer moment o més tard, acompanyat del suport a la família i als professionals del recurs que li pertorqui per zona, pot ser suficient. El diagnòstic clínic que presenti la persona afectada pot fer necessària l'hospitalització. En aquest cas, es poden utilitzar altres recursos, que han d'estar sempre marcats per la temporalitat.

### Unitat d'hospitalització psiquiàtrica especialitzada

Hospitalitzacions de mitja i llarga estada (6 mesos/un any) per aquelles persones que necessiten una atenció psiquiàtrica d'alta intensitat i durant un temps perllongat.

### Adaptacions del recursos al nou circuit RM-TM

- Aguts (de la xarxa de salut mental): hospitalitzacions breus de casos aguts amb una malaltia psíquica o un trastorn de conducta en persones amb RM. El malalt és enviat pel SESM-DI, seguint la mateixa dinàmica que un centre de salut mental d'adults i tenint en compte la sectorització. Hi ha d'haver un compromís en el treball conjunt de la preparació de l'alta des del mateix moment en què es produeix l'ingrés.

- Residència RM-TM (per a persones amb retard mental i trastorn mental o de conducta afegit). N'hi ha de dos tipus: per a persones amb retard mental lleu-moderat i per a persones amb retard mental greu-profund. Ha de proporcionar dos tipus de serveis:

*Estada mitjana (places de respir):* estades mitjanes equivalents al concepte de les unitats de subaguts de psiquiatria general, però en les quals no sembla adequat que puguin conviure persones amb retard mental. La persona procedeix d'una unitat d'aguts o bé del domicili o d'altres recursos. La derivació sempre estarà indicada pel SESM-DI. Es tracta de persones amb un quadre psiquiàtric o un trastorn greu de conducta que tendeixen a la cronificació i necessiten una atenció molt repetida en el centre especialitzat i molts ingressos en unitats d'aguts, sense que el seu cas es pugui resoldre adequadament.

*Llarga estada:* per a pacients que necessiten una atenció psiquiàtrica intensa amb pronòstic evolutiu de caràcter greu. Procedeixen de l'alta rotació o directament del servei especialitzat, amb objectius clarament definits.

- Llar-residència de diagnòstic dual (per a pacients amb diagnòstic lleuger i mitjà amb problemes de comportament o malaltia mental)

En el nombre reduït de places coexisteixen els dos conceptes de les altres residències. Poden fer-se servir com a alternativa, tenint en compte la variable que introdueix estar immers en la comunitat. Per aquest motiu la gravetat de la patologia psiquiàtrica o del trastorn de conducta ha de ser menor que en els casos que ingressin a la residència de diagnòstic dual.

Poden rebre pacients procedents de la llar familiar i de la residència RM-TM de pacients amb RM lleuger i mitjà, com a pas intermediari a un retorn a un recurs normalitzat del Departament de Benestar i Família.

## **Grup d'estudi i derivació (GED)**

### Funcions de les persones que integren el GED

- Els representants fixos dels departaments de Benestar i Família i Sanitat i Seguretat Social:

Fixen el calendari de reunions.

Disposen en tot moment de les places lliures existents a cada recurs.

Un cop han escoltat les valoracions i les opinions de la resta dels membres del grup, cerquen el consens per ubicar cada persona en el recurs més adequat a la seva situació. En el cas excepcional que el grup no arribi al consens poden decidir tots dos i la seva decisió és vinculant en relació amb el recurs de què es tracti.

Han de resoldre les situacions d'urgència que no puguin esperar a la pròxima reunió del grup, sempre inexcusablement després de la valoració del cas per l'equip del SESM-DI.

- El representant fix del SESM-DI:

Actua com a secretari del grup i prepara l'ordre del dia. Per això recull els plantejaments dels representants fixos de Sanitat i Seguretat Social i Benestar i Família i les demandes dels diferents recursos d'ambdues xarxes.

Per a la reunió ha de d'haver valorat i diagnosticat totes les persones sobre les quals hi hagi una sol·licitud de plaça o de derivació.

Suggereix des d'aquesta valoració quina és la millor orientació per a cada persona en el cas que sigui necessari l'ingrés:

Unitat d'aguts de psiquiatria

Llar-residència de diagnòstic dual

Residència de diagnòstic dual



## Unitat d'hospitalització psiquiàtrica especialitzada

En alguns casos es pot plantejar el tractament ambulatori (el pacient es manté en el recurs actual i és tractat per l'equip del SESM-DI)

Aixeca acta dels casos avaluats i de les decisions preses.

- Els altres representants fixos pertanyen a la llar-residència i a la residència especialitzada per a persones amb diagnòstic dual del territori.

En la majoria dels casos reben les demandes d'acollir persones amb RM i patologia psiquiàtrica activa o trastorns de conducta. En altres, són ells mateixos els que sol·liciten la derivació dels usuaris que han millorat a altres recursos normalitzats de la xarxa.

Aporten la seva experiència en l'acollida d'aquestes persones i donen la seva opinió sobre la idoneïtat de derivar-los al seu centre.

- Representants de la resta de recursos de les xarxes:

Assisteixen exclusivament quan tenen una persona que necessita una derivació a conseqüència del seu estat.

Aporten tota la informació relativa a la persona i a les dificultats que planteja el centre.

Garanteixen el retorn després de la recuperació, si escau.

### Orientacions de funcionament:

- El servei especialitzat assumeix la responsabilitat de convocar la persona o les persones de cada recurs que han d'assistir a la reunió del GED i de consensuar l'ordre del dia.

- Els representants d'aguts (amb diverses unitats a cada regió sanitària), del CAD i del centre de Benestar i Família relacionats amb la persona afectada poden variar en nombre i nom segons els casos que es tractin.

- El grup estudia i avalua de manera objectiva les diferents persones amb necessitats de plaça en algun recurs i fa la prioritització de les derivacions i els representants dels departaments de Benestar i Família i de Sanitat i Seguretat Social prenen la decisió última i el moment d'aplicació pel que fa als seus serveis.

- En cada reunió del GED, cal estudiar les necessitats dels casos i decidir el projecte, que pot coincidir o no amb la demanda plantejada a l'inici, de manera interdisciplinària, col·lectiva i consensuada.

### ¿Són necessaris els canvis respecte al funcionament actual?

- El Departament de Sanitat i Seguretat Social ha d'indicar a les unitats d'aguts i a les unitats d'hospitalització psiquiàtrica especialitzada que han d'acceptar els ingressos procedents del servei especialitzat, la qual cosa implica una situació de coordinació, i també cal consensuar els criteris d'ingrés i elaborar el protocol corresponent.

- El Departament de Benestar i Família ha de determinar les places d'estada mitjana i llarga a les residències i les llars-residències de diagnòstic dual.

- El Departament de Benestar i Família ha de facilitar el retorn o la derivació als recursos normalitzats de la seva xarxa de les persones que hagin obtingut una millora dels símptomes inicials.

- Els referents dels departaments de Benestar i Família i Sanitat i Seguretat Social del GED han d'actualitzar les places disponibles en el moment de cada reunió i han de tenir capacitat decisòria en les derivacions que es considerin indicades.

- En els contractes que s'estableixin amb les entitats proveïdores, l'Administració ha d'explicar tots els nous compromisos que es deriven de l'aparició del circuit especialitzat de RM:

Les persones amb retard mental han de poder ingressar a les unitats d'aguts i a les unitats d'hospitalització psiquiàtrica especialitzada.

En totes les llars-residències i residències generals hi ha d'haver almenys entre un 5 % i un 10 % d'usuaris amb trastorns de conducta.

En les residències de patologia dual, cal definir el nombre de places de rotació per episodis de curta estada.

L'objectiu principal d'aquest plantejament és que tots els recursos formin una única xarxa en l'aspecte assistencial del malalt i que s'evitin les interrupcions i els buits en la continuïtat del tractament i en el suport de les seves necessitats.

## Avaluació

En una proposta innovadora com la que es presenta en aquest estudi, cal plantejar-se l'avaluació de funcionament i de resultats des del primer moment, sobretot en els nous recursos i estructures. En primer lloc, l'avaluació s'ha de centrar en l'aspecte quantitatiu de l'activitat realitzada, però tenint en compte també una avaluació qualitativa, que si ja resulta difícil de portar a la pràctica en l'àmbit general de la salut mental, encara ho és molt més quan es tracta amb persones amb retard mental.

### Avaluació del servei especialitzat en salut mental per a persones amb discapacitat intel·lectual

- Formalització del CMBD (conjunt mínim bàsic de dades) segons l'activitat assistencial dels centres de salut mental de Catalunya. Atès que en aquests serveis tindran una gran importància les visites al domicili familiar i als centres del Departament de Benestar i Família, ja siguin llars-residències, residències, centres ocupacionals o centres especials de treball, el comptador (P23, visites domiciliàries) ha de ser preferent sobre els comptadors que indiquen el professional que ha fet la visita.

- Llista d'espera i temps mitjà d'espera (s'ha de comptar des que es recull la demanda de l'assistència fins que es du a terme la primera entrevista).

- Satisfacció dels residents, amb seguiment i resolució de les queixes, dels suggeriments i de les reclamacions

- Elaboració d'una memòria que, a més de recollir l'activitat del CMBD, reculli totes les dades relacionades amb el treball en xarxa: contactes amb altres xarxes (ensenyament, benestar social, justícia, etc.), activitats de sensibilització, activitats de formació, etc.

### Avaluació de la llar-residència per a persones amb retard mental limit, lleuger o mitjà amb trastorns mentals o de conducta

- Programa d'atenció interdisciplinari individualitzat, revisat anualment.

- Satisfacció dels residents, amb seguiment i resolució de les queixes, dels suggeriments i de les reclamacions.

- Memòria en la qual es descriuen les característiques de totes les persones que hagin utilitzat el recurs al llarg de l'any:

- I - Nombre d'ingressos
- II - Temps d'estada
- III - Grups d'edat, sexe, grau de RM i diagnòstic clínic del trastorn mental o de conducta
- IV - Protocols i registres utilitzats seguint la normativa del Departament de Benestar i Família:
  - Protocol d'ingrés i acollida
  - Protocol per a l'atenció psicològica als residents
- V - Coordinacions establertes amb els centres ocupacionals i els centres especials de treball
- VI - Coordinacions establertes amb el SESM-DI

### Avaluació del grup d'estudi i derivació

- Llibre d'actes de les reunions en les quals es registren els casos tractats i les decisions adoptades.

- Llista i temps mitjà d'espera (comptat a partir del moment en què des de qualsevol recurs se'n demana la derivació a un altre fins que es realitza el trasllat o es dona resposta al problema). En aquest concepte s'inclou el tractament in situ, després de valorar que el pacient ja es troba en el recurs més adequat per al seu estat.

■ Memòria que reculli tots els casos tractats durant l'any:

- I - Nombre de sessions
- II - Nombre de casos
- III - Grups per edat, sexe, grau de RM, diagnòstic clínic del trastorn mental o de conducta i recursos on s'han derivat els pacients
- IV - Seguiment

## Reconversió de les unitats de retard mental de mitjana i llarga estada (MILLE) als hospitals psiquiàtrics

A partir de l'estudi que han realitzat els diferents equips amb les 962 persones amb retard mental residents a les unitats de MILLE dels hospitals psiquiàtrics, es tracta de discriminar si hi ha grups identificables amb diferents necessitats que orientin el tipus de reconversió que es necessita. En l'ANNEX 1 s'especifiquen els resultats de l'estudi complet.

### Perfils d'agrupament

S'han configurat diversos perfils d'usuaris relacionats amb les condicions dels possibles recursos.

S'utilitzen dues variables-criteris fonamentals: els dos grups d'edat (<65,>65) i els nivells de retard mental (lleuger-mitjà, greu-profund).

L'altre criteri fonamental per determinar el perfil d'agrupament fa referència al tipus de suport exigint per la situació clínica i de dependència de l'usuari. S'ha creat una nova variable-criteri a partir de l'índex d'acumulació de malaltia (IAM), tant somàtica com psiquiàtrica, i la puntuació de l'escala Barthel. Els punts de tall són:

- IAM: usuaris que tenen una puntuació greu o extrema (3,4) en qualsevol aparell somàtic (no psiquiàtric).
- IAM: usuaris que tenen puntuació greu o extrema en l'apartat de psiquiatria.
- Barthel: usuaris amb puntuació inferior a 4 (greu o extrema).

Amb aquesta nova variable es defineixen els diferents subgrups, segons si exigeixen suport per a la situació somàtica, psiquiàtrica i de dependència-Barthel, a més dels subgrups mixtos (per exemple, somàtic+psiquiàtric). Aquí es presenten totes les possibilitats grupals, segons els criteris especificats, per poder determinar el tipus de recurs que necessiten.

## La sub població amb retard mental greu-profund

La FIGURA 3 fa referència a la distribució dels diferents perfils, d'acord amb els criteris esmentats, de la sub població amb retard greu i profund. Un total de 89 usuaris necessiten suport bàsic. Els 383 restants conformen tres subgrups:

- 244 usuaris amb patologia psiquiàtrica, associada o no a patologia somàtica i/o Barthel (d'aquest grup es deriven 4 subgrups més segons si compleixen un, dos o tres dels criteris establerts).
- 82 usuaris sense trastorn psiquiàtric, amb patologia somàtica, associada o no a Barthel (per això, a l'esquema, apareixen dos subgrups).
- 56 usuaris que només presenten dependència greu o extrema de Barthel.

TAULA 4 - USUARIS AMB RETARD MENTAL GREU-PROFUND. PERTINENÇA INSTITUCIONAL

Centres	<65 anys	>65 anys	Total
<b>Barcelona</b>			
R. Torribera	14	4	18
S. Joan de Déu SSM	34	13	47
Benito Menni CASM	56	21	77
Sagrat Cor SSM	4	4	8
<b>Tarragona</b>			
S. Villablanca	224	9	233
I. Pere Mata	47	10	57
<b>Girona</b>			
Salt-IAS	28	3	31
<b>Totals</b>	<b>407</b>	<b>64</b>	<b>471</b>

## La sub població amb retard mental lleuger-mitjà

La FIGURA 4 fa referència a la distribució dels diferents perfils, d'acord amb els criteris esmentats, de la sub població amb retard lleuger-mitjà. Un total de 177 usuaris tenen necessitat de suport mínim.

TAULA 5 - USUARIS AMB RETARD MENTAL LLEUGER-MITJÀ. PERTINENÇA INSTITUCIONAL

Centres	<65 anys	>65 anys	Total
<b>Barcelona</b>			
R. Torribera	31	1	32
S. Joan de Déu SSM	48	47	95
Benito Menni CASM	35	43	78
Sagrat Cor SSM	14	10	24
<b>Tarragona</b>			
S. Villablanca	90	42	132
I. Pere Mata	69	33	102
<b>Girona</b>			
Salt-IAS	26	2	28
<b>Totals</b>	<b>313</b>	<b>178</b>	<b>491</b>

### Usuaris de 65 anys i més:

Hi ha un total de 178 usuaris, 65 dels quals necessiten suport bàsic. Els 113 amb exigència de suport es distribueixen així:

- 62 usuaris amb suport psiquiàtric, associat o no a suport somàtic o Barthel (es deriven, doncs, 3 agrupacions segons si compleixen 1 o més criteris).
- 32 usuaris sense patologia psiquiàtrica, amb patologia somàtica i/o Barthel (dos subgrups).
- 19 usuaris que només presenten criteri Barthel de dependència.

### Usuaris de menys de 65 anys:

Hi ha un total de 313 usuaris, 112 dels quals necessiten suport bàsic. Els 201 amb exigència de suport es distribueixen així:

- 156 usuaris amb suport psiquiàtric, associat o no a suport somàtic o Barthel (es deriven, doncs, 4 agrupacions segons si compleixen 1 o més criteris).
- 5 usuaris sense patologia psiquiàtrica, amb patologia somàtica i/o Barthel (dos subgrups).
- 10 usuaris que només presenten criteri Barthel de dependència.

## Plantejament de reconversió

Les necessitats que presenten aquestes persones són equivalents a determinats serveis que hi ha en aquest moment i en alguns casos exigeixen certa especialització.

1 - Residència d'avis del Departament de Benestar i Família = 84

65 usuaris amb RM lleuger-mitjà, >65 anys.

19 usuaris amb RM lleuger-mitjà, >65 anys amb dependència Barthel.

2 - Residència sociosanitària = 109

32 usuaris amb RM lleuger-mitjà, >65 anys amb patologia somàtica important i dependència Barthel.

18 usuaris amb RM lleuger-mitjà, >65 anys amb patologia psiquiàtrica i somàtica important.

10 usuaris amb RM lleuger-mitjà, >65 anys amb patologia psiquiàtrica i dependència Barthel.

4 usuaris amb RM lleuger-mitjà, >65 anys amb patologia psiquiàtrica, somàtica i dependència Barthel.

35 usuaris amb RM lleuger-mitjà, <65 anys amb patologia somàtica important.

10 usuaris amb RM lleuger-mitjà, <65 anys amb dependència Barthel.

FIGURA 3 - USUARIS AMB RETARD MENTAL GREU-PROFUND. TOT CATALUNYA

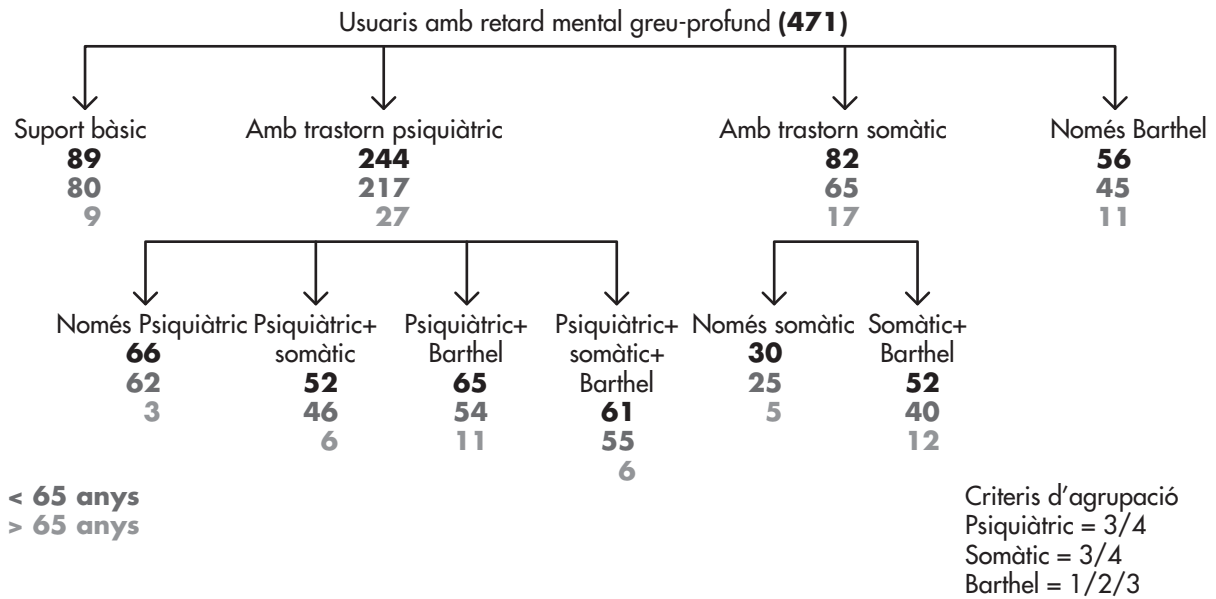
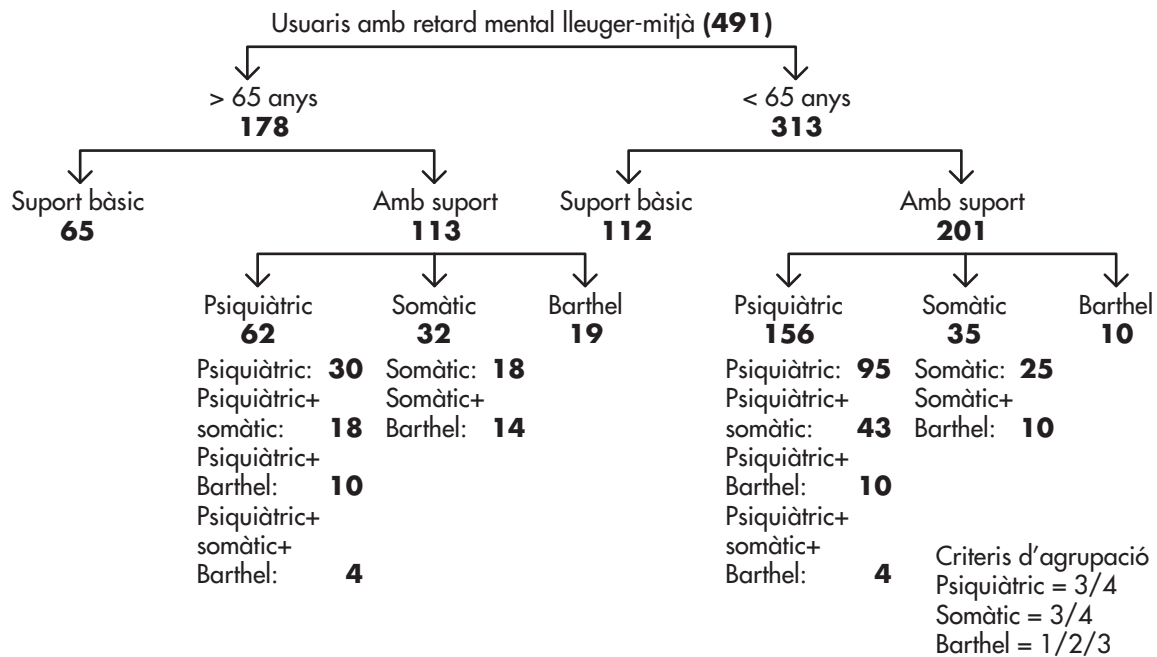


FIGURA 4 - USUARIS AMB RETARD MENTAL LLEUGER-MITJÀ. TOT CATALUNYA



3 - Residència de diagnòstic dual (RM lleuger-mitjà) = 186 (tots amb patologia psiquiàtrica greu).

30<sup>1</sup> usuaris amb RM lleuger-mitjà, >65 anys.

95<sup>2</sup> usuaris amb RM lleuger-mitjà, <65 anys.

43 usuaris amb RM lleuger-mitjà, <65 anys amb patologia somàtica.

8 usuaris amb RM lleuger-mitjà, <65 anys amb dependència Barthel.

10 usuaris amb RM lleuger-mitjà, <65 anys amb patologia somàtica i dependència Barthel.

Com es pot observar, en aquest grup hi ha 125<sup>1+2</sup> usuaris que compleixen les característiques de les residències per a persones amb retard mental i trastorn mental o de conducta greus. Els altres usuaris requereixen serveis assistencials més ben dotats segons les alteracions somàtiques i la dependència afegides que presenten.

4 - Residència de diagnòstic dual (RM greu-profund) = 244 (tots amb patologia psiquiàtrica greu).

66 usuaris amb patologia psiquiàtrica.

52 usuaris amb patologia psiquiàtrica i somàtica.

65 usuaris amb patologia psiquiàtrica i dependència Barthel.

61 usuaris amb patologia psiquiàtrica, somàtica i dependència Barthel.

5 - Llar-residència = 112.

112 usuaris amb RM lleuger-mitjà, <65 anys.

6 - Residència de persones amb RM profund = 227.

89 usuaris amb suport bàsic.

56 usuaris amb dependència.

82 usuaris amb trastorn somàtic.



TAULA 6 - PLANTEJAMENT DE RECONVERSIÓ DE LES PERSONES AMB RM, ACTUALMENT HOSPITALITZADES A LES UNITATS DE MILLE

Residència d'avis	84
Residència sociosanitària	109
Residència de diagnòstic dual lleuger-mitjà	186
Residència de diagnòstic dual greu-profund	244
Llar-residència	112
Residència de profunds	227

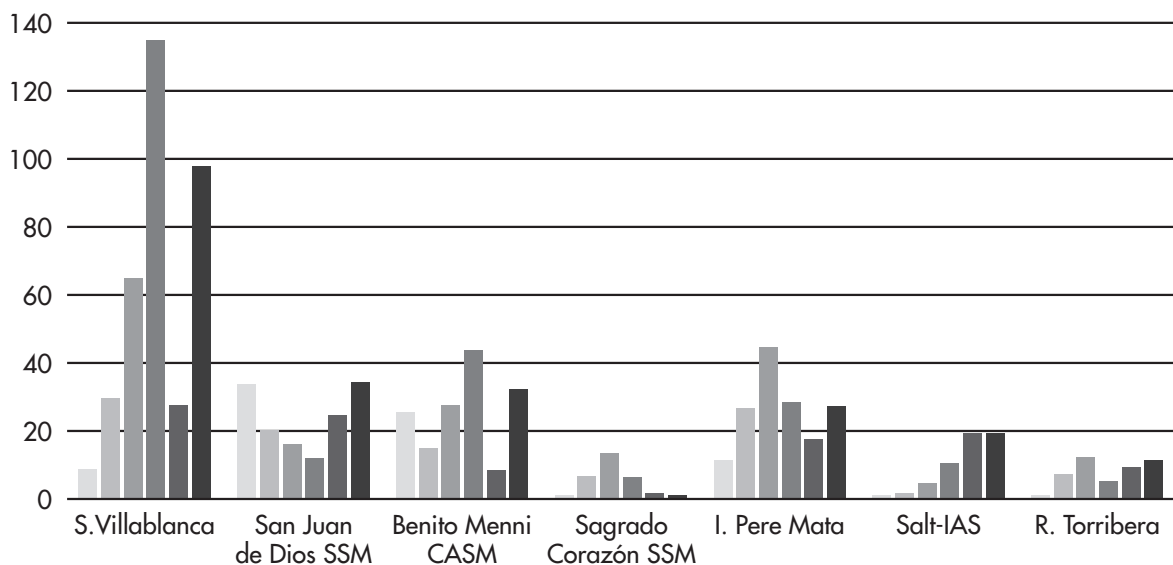
El plantejament de la TAULA 6, resum global de tot el que s'ha explicat abans, no implica que aquestes persones hagin de viure necessàriament en centres d'aquest tipus sinó que necessiten que les seves necessitats siguin ateses en el mateix nivell si han de romandre als hospitals psiquiàtrics.

Entre els usuaris assignats a les residències de diagnòstic dual hi ha usuaris amb problemàtiques molt greus que potser necessitarien un recurs d'alta seguretat i de molta especialització. Dins d'aquesta línia i de forma experimental apareix la nova unitat d'hospitalització psiquiàtrica especialitzada.

La situació de cada institució està definida a la FIGURA 5.

FIGURA 5 - NECESSITATS ASSISTENCIALS DELS HOSPITALS PSIQUIÀTRICS

- Residències d'avis
- Residències sociosanitàries
- Residències de diagnòstic dual lleuger-mitjà
- Residències de diagnòstic dual greu-profund
- Llar-residència
- Residència profunds



## Recomanacions

1 - Les persones amb RM i trastorn psíquic han de rebre atenció als recursos assistencials existents per a la població, tenint en compte les seves peculiaritats.

2 - S'ha de fer un esforç d'adaptació dels sistemes de funcionament de tots els serveis actuals a la realitat d'aquestes persones, ateses les dificultats de diagnòstic, tractament, comunicació i llenguatge.

3 - S'han d'aplicar les mesures oportunes a cada servei per tal d'afavorir la millor atenció possible d'aquestes persones a partir del coneixement de les seves peculiaritats i d'un esforç d'adaptació dels sistemes en funcionament.

4 - La persona amb RM necessita rebre una atenció integral. Cal superar la perspectiva més tradicional (intervencions farmacològiques i conductuals) a partir de la intervenció d'un equip interdisciplinari que faciliti l'atenció global i l'adaptació de les tècniques diagnòstiques i les intervencions a les seves especificitats.

5 - Ateses aquestes dificultats i especificitats i la complexitat actual per tal d'accedir als recursos adients segons les necessitats d'aquest grup de població es proposa:

- Una nova línia de formació específica, adreçada als diferents professionals implicats en l'atenció.
- La creació de serveis especialitzats de salut mental per a les persones amb retard mental en convivència amb la xarxa normalitzada (tant de Sanitat i Seguretat Social com de Benestar i Família), de forma coordinada i eficaç.

Servei especialitat en salut mental per a persones amb discapacitat intel·lectual.

Llar-residència per a persones amb discapacitat intel·lectual i trastorns de conducta o malaltia mental.

Unitat d'hospitalització psiquiàtrica especialitzada per a persones amb discapacitat intel·lectual i trastorns de conducta molt greu a causa d'una malaltia mental.

- La creació d'un grup d'estudi i derivació.

6 - Els serveis actuals dels hospitals psiquiàtrics on es troba aquesta població s'han d'adaptar per tal de donar suport al procés de reconversió. Aquesta adaptació, que es mostra a la TAULA 6, segueix la línia de l'estudi realitzat.

7 - Cal continuar i aprofundir en la col·laboració entre els departaments de Benestar i Família i Sanitat i Seguretat Social per tal d'afrontar aquest procés i en general per millorar l'atenció de les persones amb retard mental que presenten, a més, trastorns psíquics o de conducta (diagnòstic dual).

8 - S'ha de tendir a una territorialització única a Catalunya, que simplifiqui i faciliti una millor coordinació i cooperació entre els recursos dependents dels diferents departaments.

9 - La valoració clínica de l'estat de la persona ha de ser la que determini quin ha de ser el tractament i el recurs que millor s'adapta a les seves necessitats en cada moment de la seva evolució.

## Annex 1 - Estudi de la població amb retard mental hospitalitzada actualment a les unitats de mitjana i llarga estada (MILLE)

**OBJECTIU:** Estudiar les característiques de les persones que actualment estan ingressades a les unitats de MILLE dels hospitals psiquiàtrics i que tinguin algun diagnòstic de retard mental, segons els criteris de la CIM 9, amb la finalitat de discriminar si hi ha grups identificables amb diferents necessitats, per tal de poder ajudar a reubicar-los si poden beneficiar-se d'altres recursos existents, com també orientar, si cal, la reconversió de les unitats actuals.

**MOSTRA:** La totalitat de les persones ingressades als hospitals psiquiàtrics de la xarxa de salut mental amb un diagnòstic de retard mental.

**METODOLOGIA:** Aplicació de diverses escales:

En la totalitat: escala consensuada entre els centres que consta de 13 indicadors, pels quals s'utilitzen escales validades, com ara la CIM 9 MC 9a. revisió, la CFMTEA (Mises, Fortineau, Jeammet, Lang, Mazet, Plantade, Quemada 1990), la Cumulative Illness Rating Scale (Linn, Linn i Gurel 1968, adaptada i traduïda per Bulbena i Jauregui), i l'índex de Barthel:

- 1 - Codi del centre
- 2 - Codi del malalt
- 3 - Data naixement
- 4 - Sexe
- 5 - Anys d'hospitalització
- 6 - Nivell de retard mental
- 7 - Antecedents familiars i causes etiològiques probables, segons l'Eix 2 de la CFMTEA.
- 8 - Diagnòstics psiquiàtrics (CIM 9)
- 9 - Diagnòstics somàtics (CIM 9)
- 10 - Trastorns sensorials
- 11 - Gravetat. Índex acumulatiu de malaltia.
- 12 - Tractaments farmacològics
- 13 - Grau de dependència. Escala Barthel
- 14 - Exploracions complementàries (TAC i RNM)
- 15 - Participació en programes d'integració

En una mostra de 837 persones d'ambdós sexes i de totes les edats: Inventari per a la planificació de serveis i programació individual, ICAP (Bruininks, Hill, Woodcock i Weatherman, adaptat i traduït per Montero Centeno).

### Resultats de l'estudi realitzat. Persones amb RM (total: 962)

Es fa una descripció de cada un dels 15 indicadors aplicats al total de la població amb retard mental.

TAULA 7 - HOSPITAL DE REFERÈNCIA

Sant Joan de Déu SSM	142
Benito Menni CASM	155
Sagrat Cor SSM	32
S. Villablanca	365
Institut Pere Mata	159
Salt-IAS	59
Recinte Torribera	50
Total	962

S'ha de fer constar que al Centre Villablanca hi ha un grup de 193 usuaris amb diagnòstic de retard mental que depenen de la Diputació de Barcelona (DB) i que tenen un perfil diferent. Fonamentalment són greus i profunds i tots menors de 65 anys. Per tant, es presenta algun quadre desdoblant per la distorsió que produeix a la mostra general.

### Distribució per sexe

S'observa la relació habitual entre homes (56 %) i dones (44 %), característica de les hospitalitzacions psiquiàtriques de llarga estada.

TAULA 8 - DISTRIBUCIÓ PER SEXE

	Homes	Dones
RM lleuger-mitjà	265	226
RM greu-profund	274	197
Total	539	423

TAULA 9 - DISTRIBUCIÓ PER EDAT

	SCS		DB		Total	
	Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Fins a 35 anys	21	2,73	45	22,92	66	6,85
De 36 fins a 45	76	9,90	120	62,50	196	20,46
De 46 fins a 55	227	29,51	27	14,06	254	26,38
De 56 fins a 64	203	26,40	1	0,52	204	21,18
De 65 fins a 74	159	20,67	0		159	16,51
75 i més anys	83	10,79	0		83	8,62
Total	769	100	193		962	100

TAULA 10 - DISTRIBUCIÓ PER EDAT I SEXE

	RM segons grau		Total
	Lleuger-moderat	Greu-profund	
<b>Homes</b>			
< 65 anys	180	246	426
>65 anys	85	28	113
Subtotal homes	265	274	539
<b>Dones</b>			
< 65 anys	133	161	294
> 65 anys	93	36	129
Subtotal dones	226	197	423

### Distribució per edat

A la TAULA 9 es pot observar com la població d'hospitalització psiquiàtrica (SCS) és més envellida. El gruix de la població de la Diputació de Barcelona (DB) se situa en les franges més joves, fins a 45 anys.

En relació amb l'edat cal dir que la mitjana global de tots els usuaris és de 54,6 anys (dt=13,2); els usuaris de 65 anys i més amb retard lleuger-mitjà tenen una edat mitjana de 72,7 anys (dt=5,7) i els de retard greu-profund 71 anys (dt=5,5); els usuaris menors de 65 anys amb retard lleuger-mitjà tenen 50,9 anys (dt=8,6) i els que presenten retard greu-profund, 47 (dt=9,2).

### Distribució per edat i sexe

Com en la piràmide de població general, també en la població estudiada hi ha una major esperança de vida en les dones. En tots els graus de RM hi ha més dones que homes majors de 65 anys, la qual cosa s'oposa al que s'acaba de veure pel que fa a la mostra total.

### Anys d'hospitalització

A la TAULA 11 es pot apreciar en totes dues columnes, tot i que amb major claredat a la columna on es recullen únicament els usuaris dependents del Servei Català de la Salut, es pot apreciar que els percentatges indiquen clarament l'evolució de la reforma. En els últims vint anys, instaurada ja la sectorització a tot Catalunya, el percentatge de malalts ingressats a les unitats de MILE ha estat menor. La distorsió que hi ha a la segona columna en el tram de 21 a 30 anys es correspon amb l'arribada al centre

de Villablanca de la major part dels usuaris procedents del tancament de les Llars Mundet.

TAULA 11 - ANYS DE HOSPITALITZACIÓ

	SCS (%)	SCS + DB (%)
< 10 anys	7	7
11-20 anys	9	8
21-30 anys	25	36
31-40 anys	26	23
>40 anys	31	25

### Diagnòstics de retard mental

A la TAULA 12 s'observa amb molta claredat com la població resident a Villablanca i que depèn encara de la concertació de la Diputació de Barcelona té majoritàriament un retard greu o profund (sobretot profund). La suma d'aquests dos diagnòstics representa el 82 %. En canvi, en el cas de la població global de Catalunya que depèn del Servei Català de la Salut, aquests usuaris representen el 40 %.

### Diagnòstics psiquiàtrics (alguna persona té mes d'un diagnòstic)

Del total de 962 persones n'hi ha 221 (com es pot observar a la TAULA 13) que no tenen actualment un diagnòstic psiquiàtric. Els diagnòstics més freqüents són els trastorns de la personalitat i les diferents formes de psicosi. Els trastorns de la personalitat es presenten en totes les variants. Els més freqüents són el trastorn explosiu, el dependent i l'antisocial. També hi ha una gran diversitat de trastorns psicòtics però el més freqüent és l'esquizofrènia paranoide. Tot i l'esforç realitzat per buscar un diagnòstic en els trastorns de conducta, aquesta categoria és la més freqüent

en la població estudiada. Dins del concepte de trastorn de conducta no classificat en un altre lloc, 133 usuaris presenten un trastorn de conducta de tipus agressiu.

TAULA 13 - DIAGNÒSTICS PSIQUIÀTRICS

Psicosis senils	8
Psicosis orgàniques	12
Esquizofrènies	84
Psicosis afectives	18
Estats paranoïdes	3
Altres psicosis no orgàniques	25
Psicosis origen infància	66
Trastorns neuròtics	25
Trastorns de personalitat	156
Trastorns sexuals	5
Dependència de l'alcohol	4
Abús de drogues	26
Trastorns psicossomàtics	4
Síndromes especials	90
Reacció d'adaptació	6
Trastorns orgànics no psicòtics	3
Trastorns depressius no classificats	2
Trastorns de conducta	328
Trastorns emocionals espec. infan.	5
Sense diagnòstic	221

TAULA 12 - DIAGNÒSTICS DE RETARD MENTAL

	SCS	%	DB	%	Total	%
RM lleuger	166	22	12	6	178	18
RM moderat	290	38	23	12	313	33
RM greu	172	22	41	21	213	22
RM profund	141	18	117	61	258	27
Total	769	100	193	100	962	100

## Diagnòstics somàtics

A més dels diagnòstics asenyalats a la TAULA 14, 55 usuaris (el 6 %) presenten codis V o E (factors que influeixen en l'estat de salut i causes externes).

Aquesta informació resulta molt rellevant per l'alt nombre d'usuaris amb patologies somàtiques. Aquestes dades s'han de contrastar amb el resultat de l'índex acumulatiu per malaltia que es presenta més endavant (TAULA 17). Així, encara hi ha 339 persones (un 35 %) amb afectació greu i, gairebé totes, amb pluripatologia.

TAULA 14 - DIAGNÒSTICS SOMÀTICS

	Núm.	%
Malalties infeccioses i parasitàries	136	14
Neoplàsies	41	4
Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i tr. immunitat	289	30
Malalties de la sang i òrgans hematopoètics	78	8
Malalties del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits	595	62
Malalties de l'aparell circulatori	305	32
Malalties de l'aparell respiratori	89	9
Malalties de l'aparell digestiu	227	24
Malalties de l'aparell genitourinari	156	16
Malalties de la pell i el teixit subcutani	60	6
Malalties de l'aparell locomotor i el teixit connectiu	218	23
Anomalies congènites	83	9
Afeccions originades en el període perinatal	150	16
Lesions i emmetzinaments	169	18

## Factors associats, anteriors, etiològics

S'ha utilitzat l'eix 2 de la CFTMEA, que proporciona una gran informació perquè pot recollir alhora múltiples condicions. Com que aquesta informació es basa en les dades de la història clínica, en molts casos manca informació, sobretot pel que fa als factors orgànics. En aquesta po-

blació, s'observa la suma de les diferents afeccions orgàniques i les condicions de l'entorn.

En el cas dels factors orgànics (TAULA 15), el que s'ha trobat amb major freqüència són els factors perinatals (en la majoria, sofriment cerebral perinatal), les afeccions cerebrals postnatales (fonamentalment encefalitis o meningoencefalitis), les malalties i afeccions somàtiques invalidants i les convulsions i epilèpsia (sobretot epilèpsia idiopàtica).

TAULA 15 - FACTORS ORGÀNICS

	Núm.	%
Sense factors	93	9,65
Factors prenatales	66	6,85
Factors perinatals	176	18,27
Afeccions cerebrals postnatales	173	17,96
Malaltia d'origen genètic	44	4,56
Malaltia somàtica invalidant	125	12,98
Convulsions i epilèpsia	237	24,61
Malaltia somàtica infantil	41	4,25
Sense informació	335	34,78

En el cas dels factors i condicions de l'entorn predominen els trastorns mentals o les perturbacions psicològiques comprovats a la família (trastorns mentals d'un dels pares, d'un altre membre de la família i alcoholisme o toxicomania paterna), les mancances afectives, educatives, socials i culturals (situacions caracteritzades per la pobresa global de les aportacions socials educatives i culturals, i en menor proporció per les mancances afectives) i esdeveniments que comporten la ruptura de lligams afectius (hi destaca l'hospitalització o l'estada prolongada i repetitiva en un centre hospitalari durant la infantesa i la mort d'un dels pares).

TAULA 16 - FACTORS AMBIENTALS

	Núm.	%
Sense factors	86	8,93
Trastorn mental comprovat en la família	277	28,76
Mancances afectives, educatives, socials, culturals	261	27,10
Maltractaments	20	2,07
Ruptura de llaços afectius	322	33,43
Context sociofamiliar particular	151	15,68
Sense informació	177	18,38

### Resultats de l'índex acumulatiu de malalties

Aquest índex valora cinc graus d'afectació i agrupa totes les patologies en cinc apartats: aparell cardiovascular i respiratori (cardíac, vascular, respiratori, ORL i oftalmològic); aparell digestiu (gastrointestinal alt, gastrointestinal baix i fetge); aparell genitourinari (renal i genitourinari); aparell musculoesquelètic i teguments (muscular, ossi, dermatològic); afeccions neuropsiquiàtriques (neurologia i psiquiatria –aquest apartat s'ha desdoblant en dos per l'interès que té, en aquest cas, separar les afeccions psíquiques de les somàtiques alhora de determinar suports diferenciats–); i finalment aparell endocrinometabòlic (incloent-hi infeccions i intoxicacions).

Hi ha 624 persones que no presenten patologia greu en cap aparell (tret de psiquiatria). Pel que fa a les 338 restants, tal com indica a la TAULA 17, es pot deduir que presenten patologia greu en diversos aparells.

TAULA 17 - GRAU D'AFECTACIÓ D'ACORD AMB L'ÍNDEX ACUMULATIU DE MALALTIES

	sense	lleu	moderat	greu	extrem
A. cardiorespiratori	577	134	164	51	37
A. digestiu	665	127	111	43	17
A. genitourinari	759	103	67	23	11
A. musculoesquelètic	593	153	126	62	29
Afeccions neurològiques	573	81	166	100	43
Afeccions psiquiàtriques	195	109	197	366	96
Afeccions endocrinometabòliques	462	120	215	109	57

### Tractaments farmacològics

A la TAULA 18 s'indica el nombre de persones que pren cada tipus de medicació. A la TAULA 19 es mostren els usuaris polimedicats amb els diferents grups farmacològics.

TAULA 18 - PERSONES AMB MEDICACIÓ

	Núm.	%
Somàtica	574	60
Anticomicial	322	33
Ansiolítics	347	36
Antidepressius	58	6
Neurolèptics	510	53
Altres medicacions	250	26

TAULA 19 - COMBINACIÓ DE TRACTAMENTS FARMACOLÒGICS

	Núm.	%
Sense medicació	70	7
Solament psiquiàtrica	180	19
Solament somàtica	138	14
Anticomicial i psiquiàtrica	139	14
Somàtica i psiquiàtrica	253	26
Anticomicial, somàtica i psiquiàtrica	182	19

## Proves exploratòries

Tot i que actualment es considera que, per tal de contribuir a un millor diagnòstic causal, caldria fer almenys una tomografia o una ressonància a les persones amb RM, en aquesta mostra el percentatge de pacients als quals s'ha practicat aquesta prova és molt baix. Tanmateix, és una dada poc fiable a causa de la dificultat de trobar-la en la història clínica d'alguns centres.

A 146 usuaris se'ls ha fet una tomografia axial computada (TAC)

A 8 usuaris se'ls ha fet una ressonància magnètica (RNM)

## Programes d'integració a la comunitat

En la resposta d'aquest indicador, no s'ha considerat que els usuaris puguin sortir sols o acompanyats de les seves famílies, sinó més aviat que estiguin inclosos en un programa específic. El resultat és que 319 (33 %) segueixen algun programa.

## Grau de dependència

Els grups de dependència de la Taula 20 han estat elaborats amb l'índex de Barthel, que valora l'autonomia o la dependència dels subjectes en relació amb les variables següents: menjar, bany, higiene personal, vestir-se i desvestir-se, control anal, control vesical, ús del WC, transferència a la cadira-llit, caminar i pujar i baixar escales.

TAULA 20 - GRUPS DE DEPENDÈNCIA

	Núm.	%
Independent	74	7,7
Dependent lleu	567	58,8
Dependent moderat	111	11,6
Dependent greu	112	11,6
Dependent total	98	10,3

TAULA 21 - TIPUS DE SUPORT EXIGIT

	Núm.	%
Suport mínim	266	27,7
Suport somàtic	73	7,6
Suport psiquiàtric	190	19,8
Suport Barthel	85	8,8
Suport somàtic i psiquiàtric	113	11,7
Suport somàtic i Barthel	76	7,9
Suport psiquiàtric i Barthel	83	8,6
Suport somàtic, psiquiàtric i Barthel	76	7,9

Aquesta taula s'ha elaborat segons els perfils d'agrupament que s'han explicat al capítol dedicat a la reconversió de les unitats de retard mental de mitja i llarga estada en els hospitals psiquiàtrics (pàg. 37). Una mica més de la quarta part necessita un suport mínim, però el 47,9 % presenta la necessitat d'un suport psiquiàtric, bé sol, bé amb altres suports. En el quadre de diagnòstics psiquiàtrics, s'ha pogut observar que el 77 % (742 usuaris) presenta almenys un diagnòstic psiquiàtric, per tant un 29,1 % es troba en una fase molt estabilitzada i necessita un suport psiquiàtric mínim.

## Aspectes especials

Pel que fa a aquest indicador, s'han recollit les situacions especials que tenen una repercussió important en la assistència.

- 90 usuaris utilitzen cadira de rodes
- 32 usuaris són sordmuts
- 40 usuaris són cecs



## Els usuaris amb patologia comicial

TAULA 22 - PACIENTS EPILÈPTICS

### SEGONS GRAU DE RM

	Freqüència	%
Lleuger-moderat	105	39,3
Greu-profund	161	60,7

### NIVELL DE SUPORT

	Frecuencia	%
Suport mínim	67	25,1
Suport somàtic	18	6,7
Suport psiquiàtric	36	13,5
Suport Barthel	28	10,5
Suport somàtic i psiquiàtric	31	11,6
Suport somàtic i Barthel	32	12,4
Suport psiquiàtric i Barthel	27	10,1
Suport somàtic psiquiàtric i Barthel	26	10,1

És un grup molt important (266 persones) en el qual destaca una major proporció de persones amb RM greu-profund i una presència en tots els nivells de suport.

## Estudi per grups

Es descriu l'agrupació dels malalts en quatre grups: pacients amb RM lleuger i mitjà de menys de 65 anys, pacients amb RM greu i profund de menys de 65 anys, pacients de 65 anys i més, i finalment un grup sense diagnòstic, constituït per usuaris inclosos als tres grups anteriors.

### Grup 1 - Menors de 65 anys: Lleuger i mitjà (total: 313)

TAULA 23 - AMB TRASTORNS PSIQUIÀTRICS

	Núm.	%
Sense afectació	51	16,29
Afectació lleu	35	11,18
Afectació moderada	71	22,68
Afectació greu	103	32,90
Afectació extrema	53	16,93

TAULA 24 - DEPENDÈNCIA (BARTHEL)

	Núm.	%
Independent	53	16,93
Dependent lleu	221	70,60
Dependent moderat	17	5,43
Dependent greu	10	3,19
Dependent total	11	3,51

TAULA 25 - TIPUS DE SUPORT EXIGIT

	Núm.	%
Suport mínim	112	35,8
Suport somàtic	25	8,0
Suport psiquiàtric	95	30,4
Suport Barthel	10	3,2
Suport somàtic i psiquiàtric	43	13,7
Suport somàtic i Barthel	10	3,2
Suport psiquiàtric i Barthel	8	2,6
Suport somàtic, psiquiàtric i Barthel	10	3,2

### PATOLOGIA SOMÀTICA

225 persones sense patologia greu en cap aparell

**Grup 2 - Menors de 65 anys:  
Greu i profund (total: 407)**

TAULA 26 - AMB TRASTORNS PSIQUIÀTRICS

	Núm.	%
Sense afectació	67	16,5
Afectació lleu	48	11,8
Afectació moderada	75	18,4
Afectació greu	187	45,9
Afectació extrema	30	7,4

TAULA 27 - DEPENDÈNCIA (BARTHEL)

	Núm.	%
Independent	6	1,5
Dependent lleu	207	50,9
Dependent moderat	61	15,0
Dependent greu	75	18,4
Dependent total	58	14,3

TAULA 28 - TIPUS DE SUPORT EXIGIT

	Núm.	%
Suport mínim	80	19,7
Suport somàtic	25	6,1
Suport psiquiàtric	62	15,2
Suport Barthel	45	11,0
Suport somàtic i psiquiàtric	46	11,3
Suport somàtic i Barthel	40	9,8
Suport psiquiàtric i Barthel	54	13,3
Suport somàtic, psiquiàtric i Barthel	55	13,5

**PATOLOGIA SOMÀTICA**

241 persones sense patologia greu en cap aparell

**Grup 3 - Majors de 65 anys  
(total: 242)**

TAULA 29 - AMB TRASTORNS PSIQUIÀTRICS

	Lleuger- mitjà	Greu- profund
Sense afectació	54	23
Afectació lleu	23	2
Afectació moderada	39	12
Afectació greu	53	23
Afectació extrema	9	4
Total	178	64

TAULA 30 -DEPENDÈNCIA (BARTHEL)

	Lleuger- mitjà	Greu- profund
Independent	14	1
Dependent lleu	116	23
Dependent moderat	22	10
Dependent greu	12	15
Dependent total	14	15
Total	178	64

TAULA 31 - SUPORT EXIGIT

	Lleuger- mitjà	Greu- profund
Suport mínim	65	9
Suport somàtic	18	5
Suport psiquiàtric	29	4
Suport Barthel	19	11
Suport somàtic i psiquiàtric	18	6
Suport somàtic i Barthel	14	12
Suport psiquiàtric i Barthel	10	11
Suport somàtic, psiquiàtric i Barthel	5	6
Total	178	64

**PATOLOGIA SOMÀTICA**

123 persones amb retard mental lleuger i mitjà sense patologia greu en cap aparell

35 persones amb retard mental greu i profund sense patologia greu en cap aparell

#### Grup 4 - Usuaris sense diagnòstic psiquiàtric (221)

Finalment, ha semblat interessant separar el grup que actualment no presenta cap patologia psiquiàtrica i tan sols té un diagnòstic de retard mental.

TAULA 32 - ANYS D'INTERNAMENT

	Núm.	%
Fins a 10 anys	7	3,2
De 11 fins a 20	18	8,1
De 21 fins a 30	54	24,4
De 31 fins a 40	46	20,8
Més de 40 anys	96	43,4

Aquest grup es desvia de les dades generals sobretot en el extrems. És molt més baix el percentatge dels que fa menys de 10 anys que estan internats (7 % en el grup general) i molt més alt els que en fa més de 40 (25 % en el grup general). Quasi la meitat procedeix d'una època molt llunyana dels primers inicis de la reforma psiquiàtrica.

TAULA 33 - EDAT

	Núm.	%
Fins a 35 anys	3	1,4
De 36 fins a 45	27	12,2
De 46 fins a 54	43	19,5
De 55 fins a 64	61	27,6
De 65 fins a 74	50	22,6
75 i més anys	37	16,7

Aquest grup està més envellit que el grup general, ja que també és més elevat el percentatge dels que fa molts anys que estan internats.

TAULA 34 - GRAU DE RETARD MENTAL

	Núm.	%
Lleuger	33	14,9
Moderat	91	41,2
Greu	44	19,9
Profund	53	24,0

En comparació amb el total de malalts del CatSalut (pàg. 60), hi ha menys persones amb RM lleuger (-7 %) i greus (-2 %) i més amb RM moderat (+3 %) i profund (+6 %).

TAULA 35 - DEPENDÈNCIA (BARTHEL)

	Núm.	%
Independent	5	2,3
Dependent lleu	128	57,9
Dependent moderat	27	12,2
Dependent greu	25	11,3
Dependent total	36	16,3

Crida l'atenció que aquest grup tan envellit i amb tants anys d'hospitalització sigui, en general, poc dependent. Es correspon amb una altra dada com ara l'índex acumulatiu de malaltia: 154 (69,7 %) dels usuaris d'aquest grup no tenen patologia greu en cap aparell. D'aquests, 65 tenen més de 65 anys.

## Trastorns de conducta. Resultats de l'ICAP

L'ICAP és una prova llargament contrastada, que s'ha pogut passar a un total de 837 usuaris, 406 amb RM lleuger-moderat i 431 amb RM greu-profund. Valora una gran quantitat d'aspectes, però en aquest cas es destaquen els resultats obtinguts en relació amb els trastorns de conducta i el grau de dependència.

Els trastorns de conducta (TC) s'agrupen en tres categories: *asocial* (conducta social ofensiva, com l'agressivitat, i conductes no col·laboradores com no compartir accions en comú); *interna* (conductes autolesives, conductes atípiques i repetitives com les estereotípies, i retraïment o falta d'atenció); *externa* (heteroagressivitat, destrucció d'objectes i conducta disruptiva). En aquestes tres categories es valora tant la freqüència com la intensitat.

A la FIGURA 6 (en el qual s'ha de tenir en compte que s'ha utilitzat una escala logarítmica) es pot observar que els TC es presenten en major grau en els malalts amb RM greu-profund. En aquest grup predomina el trastorn de conducta intern.

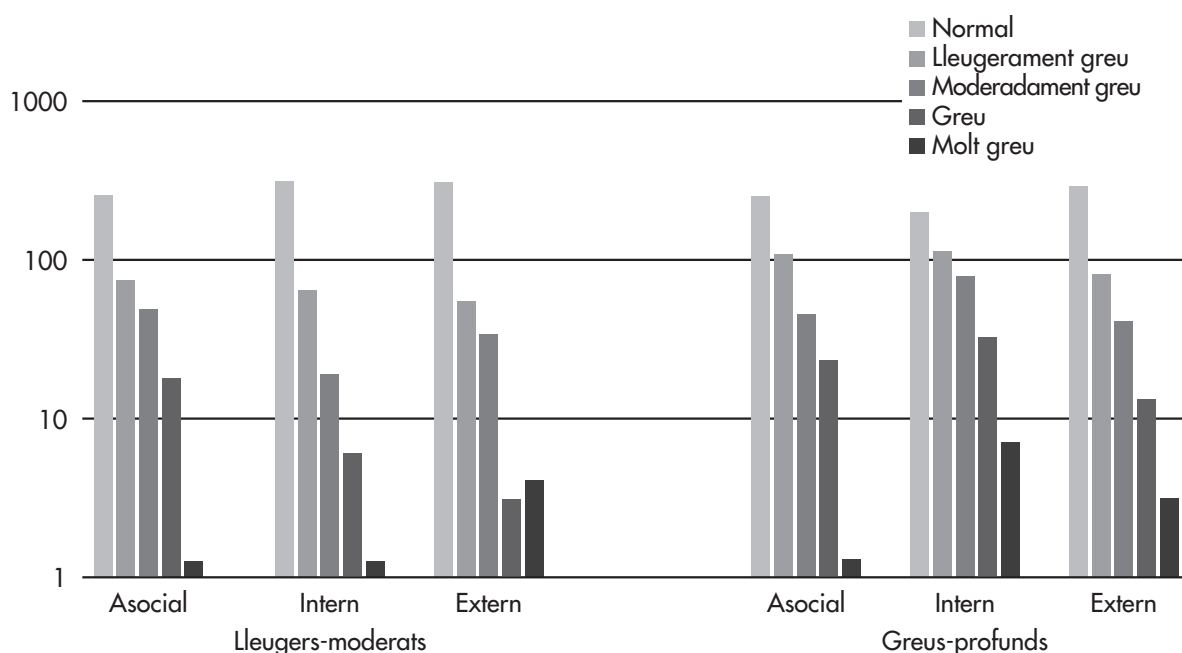
En relació amb l'edat, els tres grups de TC es presenten amb més freqüència en els menors de 65 anys. En els usuaris amb RM lleuger-moderat, aquesta diferència és de 2 a 4 vegades superior (la major diferència es produeix en el TC extern). En els pacients amb RM greu-profund, la presentació del TC és de 8 a 14 vegades més elevada en els menors de 65 anys, i la diferència més acusada es produeix en el TC intern.

En la puntuació general de conducta (TAULA 36), on se suma el pes dels tres grups de TC, es produeix una desviació natural cap a la normalitat i RM lleugerament greu, com a conseqüència que en alguns usuaris només es presenta TC en un dels tres apartats.

TAULA 36 - PUNTUACIÓ GENERAL DE CONDUCTA

	RM lleuger-moderat	RM greu-profund	Total
Normal	298	241	539
Lleugerament greu	67	119	186
Moderadament greu	36	53	89
Greu	3	15	18
Molt greu	2	3	5
Total	406	431	837

FIGURA 6 - TRASTORNS DE CONDUCTA SEGONS EL GRAU DE RETARD MENTAL



En relació amb el grau de dependència, s'han creuat els resultats de l'ICAP amb els de l'índex de Barthel (TAULA 37). En l'índex de Barthel (prova que es realitza majoritàriament en la població geriàtrica) s'observa que hi ha una desviació en la valoració d'alguns casos en relació amb la dependència que dona l'ICAP, molt més sensible per a la població que s'ha estudiat. Concretament en l'atenció total i l'atenció intensa de l'ICAP, hi ha moltes persones que en l'índex de Barthel es valoren com a dependents lleus o moderades. La desviació contrària és pràcticament inexistent (vegeu les parts sombrejades a la TAULA 37).

TAULA 37 - COMPARACIÓ DELS RESULTATS OBTINGUTS  
AMB ICAP I BARTHEL

Dependència ICAP	Grau de dependència Barthel				
	Total	Greu	Moderat	Lleu	Independent
Atenció total	67	60	37	27	0
Atenció intensa	16	36	34	155	5
Atenció periòdica	3	4	28	204	22
Atenció límit	0	1	2	85	45
Poca atenció	0	0	0	4	1

## Annex 2 - Recursos per a persones amb trastorns de conducta

Places actuals per a persones amb trastorns de conducta				Places setembre 2002		
Comarca	Municipi	Nom del centre	Entitat gestora	Llar - residència trastorns conducta	Residència lleugers-mitjans trastorns conducta	Residència profunds trastorns conducta
Baix Camp	Reus	Garbí i Mestral: Bellissens	ICASS -Institut Reusenc Paulo Freire	0	100	0
<i>Total Baix Camp</i>				<i>0</i>	<i>100</i>	<i>0</i>
Baix Llobregat	Sant Boi de Llobregat	Santa Anna	Sant Joan de Déu - S. Salut Mental	0	30	0
<i>Total Baix Llobregat</i>				<i>0</i>	<i>30</i>	<i>0</i>
Barcelonès	Badalona	Montigalà	Associació Cívica d'Ajuda Mútua: ACAM	30	0	0
Barcelonès	Barcelona	GURU	Institució Neuro psicopedagògica GURU	24	0	0
Barcelonès	Santa Coloma de Gramenet	ASPANIDE	Residència per a Disminuïts Psíquics ASPANIDE	0	0	7
<i>Total Barcelonès</i>				<i>54</i>	<i>0</i>	<i>7</i>
Osona	Calldetenes	Riudeperes	ICASS - Agrupació Pro-Sub. Com. Osona	0	0	8
<i>Total Osona</i>				<i>0</i>	<i>0</i>	<i>8</i>
Pla d'Urgell	Bell-lloc	Hogar Bell-lloc	Ass. Prote. Minus. Psí. Lleida: ASPROS	8	0	0
Pla d'Urgell	Sidamon	La Coma	Ass. Prote. Minus. Psí. Lleida: ASPROS	0	25	0
<i>Total Pla d'Urgell</i>				<i>8</i>	<i>25</i>	<i>0</i>
Pla de l'Estany	Banyoles	Mas Casadevall	Fundació Privada Pares Psicòtics i Autistes	0	8	0
Pla de l'Estany	Serinyà	Mas Casadevall	Fundació Privada Pares Psicòtics i Autistes	0	18	0
<i>Total Pla de l'Estany</i>				<i>0</i>	<i>26</i>	<i>0</i>
Segrià	Lleida	Empresseguera ICASS	ICASS - ASPROS	0	0	26
<i>Total Segrià</i>				<i>0</i>	<i>0</i>	<i>26</i>
Vallès Occidental	Cerdanyola del Vallès	Joan Bofill	Fund. Pri. Pro-Per. Dismi. Psíqu. CATALONIA	0	0	34
Vallès Occidental	Sabadell	Arimon	Ass. Pro-Dism. Psíqu. Sabadell i Comarca	0	0	5
Vallès Occidental	Terrassa	La Pineda	ICASS - Fund. VALLPARADÍS	0	0	32
<i>Total Vallès Occidental</i>				<i>0</i>	<i>0</i>	<i>71</i>
Vallès Oriental	La Garriga	Cau Blau/ Hogar Cottet	Ass. Pares Fills Autistes -Caract. Cat.: APAFACC	0	39	0
<i>Total Vallès Oriental</i>				<i>0</i>	<i>39</i>	<i>0</i>
<i>Total general</i>				<i>62</i>	<i>220</i>	<i>112</i>

## Bibliografia

### **American Association on Mental**

**Retardation.** *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo.* Madrid: Alianza Editorial, 1997.

**Àngel, S. i altres.** "Proposta de model de atenció en salut mental a les persones amb disminució psíquica". *Quaderns de Salut Mental i Retard Mental.* 1998; 1:29-40.

### **Aylward, A. M.; Schloss, P. J.; Alper, S.**

**i Green, C.** "Improving direct care staff consistency in a residential treatment program through the use of self recording and feed-back". *International Journal of Disability, Development and Education.* 1995; 43:43-53.

### **Beecham, J.; Hayes, L.; Knapp, M.**

**i Cambridge, P.** "Costes y consecuencias a largo plazo de la atención comunitaria a pacientes con retraso mental". *Monografías de Psiquiatría.* 1997; 4:41-48.

**Bouras, N. i Drummond, C.** "Behavioural and psychiatric disorders of people with mental handicap living in the community". *Journal of Intellectual Disability Research.* 1992; 36:349-357.

**Bouras, N.; Kon, Y. i Drummond, C.** "Medical and psychiatric needs of adults with a mental handicap". *Journal of Intellectual Disability Research.* 1993; 37:177-182.

**Campbell, M. i Malone, R. P.** "Mental retardation and psychiatric disorders". *Hospital Community Psychiatry.* 1991; 42:374-379.

**Day, K.; Jancar.** *Mental handicap and the Royal Medec Psychological Association: a historical association 1841-1991.* In *150 years of British Psychiatry 1841-1991*, ed. GE Berrios i Freeman. Londres: Gaspell Press, 1991, pàg. 268-278.

**Day, K.** "Mental Health care for mentally handicapped in four European Countries: the

argument for specialised services". *Italian Journal of Intellectual Impairment.* 1992; 5:3-11.

### **Deb, S.; Matthews, T.; Holt, G.**

**i Bouras, N.** *Practice Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Mental Health Problems in Adults with Intellectual Disability.* Brighton: Pavillion Editor, 2001.

**Dosen, A.** "Diagnostic and treatment of mental illness in mentally retarded children, a developmental model". *Child Psychiatry and Human Development.* 1989; 20:73-84.

**Dosen, A.** "Diagnostic and treatment of psychiatric and behavioural disorders in mentally retarded individuals: the state of the art". *J. Int. Dis. Research.* 1993; 37 (Suppl.1): 1-15.

**Franco, M.** *Trastornos mentales y de conducta en el retraso mental. Evaluación e intervención.* Zamora: Edintras, 1998.

**Fraser, W. i Nolan, M.** "Psychiatric disorders in mental retardation". A N. Bouras (ed.). *Mental Health in Mental Retardation. Recent Advances and Practices.* Cambridge: Cambridge University Press, 1995, pàg. 72-92.

### **García Ibáñez, J.; Santacana, I.**

**i Ramo, R.** "La atención en salud mental a las personas con retraso mental en Cataluña", a Verdugo, Borja i Urries, Amaru. *Hacia una nueva concepción de la discapacidad.* Salamanca, 1999, pàg. 179-198.

### **Generalitat de Catalunya.** (2001)

*L'atenció residencial a les persones amb disminució a Catalunya.* Barcelona: Departament de Benestar Social, 2001.

**Glue, P.** "Rapid cycling affective disorders in the mentally retarded". *Biological Psychiatry.* 1989; 26:250-256.

**Gravestock, S. i Bouras, N.** "Services for

adults with learning disabilities and mental health needs". *Psychiatric Bulletin*. 1995; 19:288-290.

**Guimón, J.** "Equity for people with mental retardation suffering from psychiatric disorders". *Avances en salud mental relacional*. 2002; 2. Revista en línea.

**Jakab, J.** "Psychiatric disorders in mental retardation". A I. Jacab (ed.) *Mental Retardation*. Basilea, Suïssa: Karger, 1982, pàg. 270-326.

**Menolascino, F. J.; Reudritch, S. L.; Golden, C. J. i Wilson, J. E.** "Diagnosis and pharmacotherapy of schizophrenia in the retarded". *Psychopharmacology Bulletin*. 1985; 21:316-322.

**Menolascino, F. J.** "Mental retardation and the risk, nature and types of mental illness". *A Depression in Mentally Retarded Children and Adults* (ed. A Dosen i FL Menolascino). Logon: Leiden, 1990.

**MHMR.** Symposium of the European Association for Mental Health in Mental Retardation. The Mental health of Europeans with learning disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 1993;37 (Supl 1).

**Moss, S.; Emerson, E.; Bouras, N. i Holland, A.** "Mental disorders and problematic behaviour in people with intellectual disability: future directions for research". *Journal of Intellectual Disability Research*. 1997; 41:440-447.

**Morgan, R. L.** "Adult services personnel preparation: current issues and future directions". *The Journal for Vocational Special Needs Education*. 1990; 12:5-9.

**Parmenter, T. R.** "Analysis of Australian mental health services for people with mental retardation". *Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*. 1988; 14:9-13.

**Parsons, J. A.; May, J. G. i Menolascino, F. J.** "The nature and incidence of mental illness in mentally retarded individuals". *A Handbook of Mental Illness in the Mentally Retarded* (ed. FJ Menolascino i JA Stark). Nova York: Plenum Press, 1984.

**Reid, A. H.** "Psychiatry and mental handicap". *A Mental Handicap: a Multidisciplinary Approach* (eds. M Craft, J Bicknell i S Hollins). Londres: Ballière Tindall, 1985.

**Reiss, S. i Valenti-Hein, D.** *Test Manual for the Reiss Scales for Children's Dual Diagnosis*. Worthington: International Diagnosis Systems, 1990.

**Reiss, S.** "Assessment of man with dual diagnosis". *Mental Retard*. 1992; 30:1-16.

**Royal College of Psychiatrists.** "DC-LD - Diagnostic Criteria in Learning Disability". 2001.

**Reiss, S.** *Reiss Screen Test Manual*. Chicago: University of Illinois, 1987.

**Salvador, L.** *Retraso mental y enfermedad psíquica. Evaluación, tratamiento y servicios*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias, 1995.

**Salvador, L.; Rodríguez-Blázquez, C.; Rodríguez de Molina, M.; Angel, A. i Alonso, F.** "Mental retardation and psychiatric morbidity in a vocational programme". *J Voc Rehab*. 1998; 11: 216-221.

**Salvador, L. i Novell, R.** *Guía práctica de la evaluación psiquiátrica en el retraso mental*. Madrid: Ferrer Grupo, 2001.

**Senatore, V.; Matson, J. L. i Kazdin, A. E.** "An inventory to assess psychopathology of mentally retarded adults". *American Journal of Mental Deficiency*. 1985; 89:459-466.

**Sing, N. N.; Sood, A.; Sonenklar, N. i Ellis, C.** "Assessment and diagnosis of mental



Illness in persons with mental retardation".  
*Behaviour Modification*. 1991; 15:419-443.

**Sovner, R. i Lowry, M. A.** "A behavioural methodology for diagnostic affective disorders in individuals with mental retardation". *The Habilitative Mental Healthcare Newsletter*. 1990; 9:7.

**Szymanski, L. S.** "Psychiatric disorders in retarded persons". A LS Szymanski i PE Tanguay (ed.). *Emotional disorders of mentally retarded persons: Assessment treatment, and consultation*. Baltimore, MD: University Park Press, 1980.

**Verhoeven, V. M. A. i Tuinier, N.** "Neuropsychiatric consultation in mentally retarded patients: a clinical report". *Eur Psychiatry*. 1997; 12:242-248.

**Vitiello, D.; Spreat, S. i Behar, D.** "Obsessive-compulsive disorders in mentally retarded patients". *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1998; 177:232-238.

**Worchel, S.; Cooper, J.** *Understanding social psychology*. Homewood, IL: The Dorsey Press, 1983.

**Organització Mundial de la Salut (OMS).** *Guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders: 2. Mental retardation*. Ginebra, OMS, 1993.

**Zarfas, D. E.** "Mental Health Systems for people with mental retardation: a Canadian perspective". *Australian and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*. 1988; 14:3-7.

**Amb la col·laboració de:**



**SANATORI VILLABLANCA**  
Grup Pere Mata (Reus)



**[www.gencat.net/catsalut](http://www.gencat.net/catsalut)**