

El desplegament de la Llei de Dependència a Catalunya: Elements de decisió en malalties mentals

K Gibert ^(1,2)

¹Departament d'Estadística i Investigació Operativa

²Knowledge Engineering and Machine Learning group

Universitat Politècnica de Catalunya-Barcelona**Tech**, Barcelona

III Jornada sobre Intel·ligència Artificial i Qualitat de vida

Sant Cugat, 1 de desembre de 2012

K. Gibert



Guió

1. Contexte, marc Europeu i local
2. El Projecte DEFDEP

Objectius

Metodologia

3. Anàlisi de la dependència en TMG
4. Anàlisi de la dependència en DI
5. Impacte
6. Conclusions

Salut

Canvi de paradigma en els últims anys

“la dona cuida” en família ⇒ Població envellida que viu sola

Malalties Agudes ⇒ Malalties cròniques

Responsabilitat del professional ⇒ Compartida amb el pacient

Centrada en aspectes mèdica ⇒ Centrada en el pacient

Curativa ⇒ Preventiva

Focus general ⇒ Focus subgrups fràgils

Atenció sanitària ⇒ Atenció sòciosanitària



Atenció integral

context, benestar, QdV (IV pilar del benestar)

European Council(1998)

**Recomanació als Estats Membres de desenvolupar
sistemes d'atenció a les persones dependents
(amb limitacions greus del funcionament)**

*Són persones **dependents** aquells que, per raons lligades a la falta o pèrdua de capacitat física, psíquica o intel.lectual, tenen necessitat d'una assistència o ajut important per a la realització de les activitats de la vida diària*



(1995-2000) Sistemes Nacionals de Protecció a dependents

Sistemes Nacionals d'Atenció a la Dependència



*[...] dependents
necessiten [...] **ajut important**
per a [...] AVD*

Primeres experiències europees:

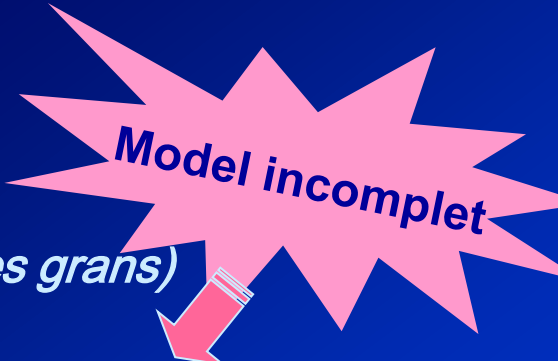
Ajut important ⇔ Ajut procurat per una altra persona

Alemanya, Austria, Luxemburg, Anglaterra, França...

Influència de la geriatria en el concepte

Model esbiaixat a necessitats d'un subgrup (Persones grans)

Dificultats d'implantació en població amb discapacitats psíquiques



Model incomplet

Holanda

Inclou salut mental en el model (menys problemàtic)

La Dependència a Espanya

Desenvolupament d'una política específica en dependència



**Primer país
mediterrani**

2001: Inici Plan Nacional para Atención a la Dependencia

2002: Ministerio encarrega a IMSERSO document base per al projecte de llei

2004: Libro blanco de la dependencia en España

2005 Sep: Primer esborrany de l'avant-projecte de llei i debat

2005- Sep: Creació del Programa de la Dependència a Catalunya (PRODEP)

2006 Mar: Primer esborrany Disseny del Sistema Nacional d'Avaluació

2006 , 14 Dec: LPAD 39/2006 Llei per a la promoció de l'autonomia personal i atenció a persones en situacions de dependència

2007: Sistema Nacional d'Atenció a la dependència

Catalunya: Creació d'un programa específic del govern

***PRO**grama per a l'impuls i ordenació de
la promoció de l'autonomia personal i
l'atenció a les persones amb **DEP**endència*



Posta en marxa: Setembre 2005

Durada: 2 anys

Director: Dr. Àngel Gil

Consell Assesor interdepartamental:

Conselleria de Salut , Generalitat de Catalunya

ICATSS (Institut Català de Serveis Socials) , Generalitat de Catalunya

Dissenyar un model d'organització i atenció a la dependència

Impulsar, coordinar i ordenar

l'acció integrada de serveis socials i de salut

les actuacions de la Generalitat i les administracions locals

Crear l'organisme públic que gestionarà l'aplicació de la LPAD



Dependència en discapacitat psíquica

PRODEP detecta limitacions en el model del llibre blanc

Alemanya
Anglaterra
França

Forta participació d'experts en persones grans

(Instituto de Mayores y Servicios Sociales – IMSERSO)

(Fundació Institut Català de l'Envel·liment, FICE)

Salut infantil-juvenil

Discapacitats físiques i sensorials

Discapacitats intel·lectual i salut mental

Model precari

*Perfil de dependència different
de les persones grans*

*Dependència funcional?
Còm Valorar-la?
Beneficiaris?*

Funcionament OMS – CIF (2003)

Terme global referit a Funcions Corporals, Activitats i Participació



Condicció de salut ≠ Conseqüències

*Diferenciació
déficit, limitacions, restriccions
no aplicable a*

OMS: Disseny d' Instruments

CIE-10

(classificació de malalties)

Psiquiatria

CIF

(classificació del funcionament)

Funcionament implicat en el diagnòstic

Projecte DEFDEP

PRODEP crea un grup de treball i llença un projecte específic

*clarificar concepte **dependència** en discapacitat psíquica*

criteris d'el.legibilitat per discapacitats psíquiques per a la nova LPAD

Projecte DEFDEP (IP Dr. L. Salvador Carulla; inici Febrer 2006, 10mesos)



*Proposar un model de dependència
i un sistema d'atenció (definició operativa)
adient per discapacitats psíquiques*

Participants de DEFDEP



Dr. Luis Salvador Carulla (IP)
M. Nadal (coordinació administrativa)



K. Gibert
J. C. Martín



S. Ochoa
V. Vilalta
J. Ramos
J. M. Haro



A. Martorell
M. Pereda
M. Tronchoni



J. Tudela

- A. Bulvena (Institut d'Atenció Psiquiàtrica)
- P. Rueda (Ampans, Manresa)
- J. García Ibáñez (Sanatori Villablanca, Reus)
- R. Novell (U. Hospitalària Especialitzada en DI, Salt)
- T. Marfull (Federació de Familiars de Malalts Mentals)
- C. Molina (Pla Dr. De Salut mental i addiccions, GEnCat)

**Involucra TOTS
els sectors interessats**

**Groups de professionals
(clínic i gestors)**
**Institucions públiques i privades
rellevants, administració**
Ass. de familiars i usuaris
+
**Tècnics de tractament de la
informació**
**(1 enginyer del coneixement
+1 estadístic)**

Tasques de DEFDEP

Doble focus:

Transtorn mental greu
Discapacitat intel.lectual

Equips
Multidisciplinars

I. Marc conceptual per dependència (*grup consens*)

Meta-constructe Dependència Funcional

Estats de Salut

malaltia, transtorn, lesió,
síndrome, trauma...

Funcionament

individual, social
(Discapacitat)

Assistència

Formal, informal
(comunitat/institució)

Necessitats

Activitats patològiques

Limitacions AVD

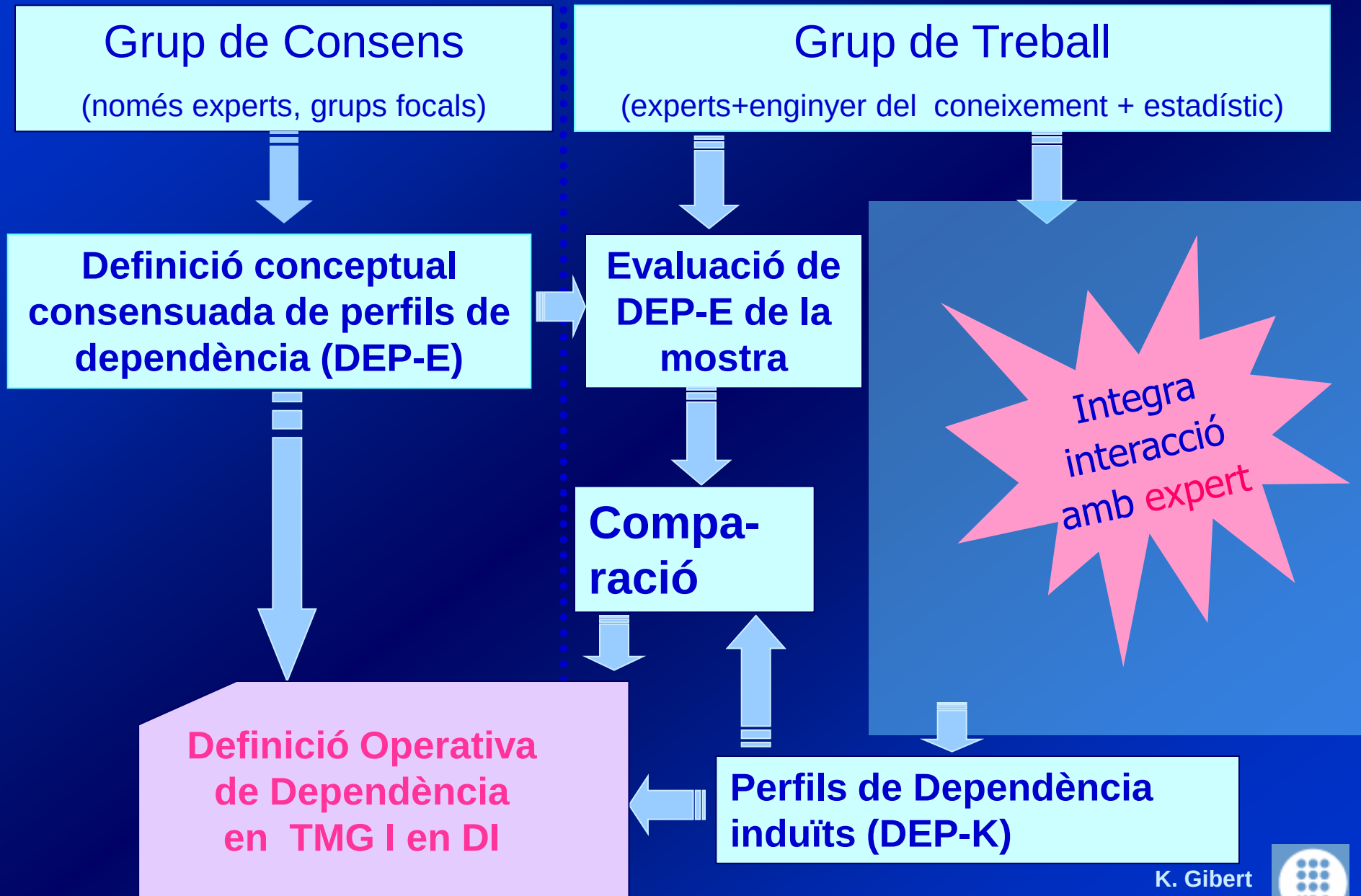
II. Classificació segons funcionament (*grup de treball*)

Disseny mixte quantitatiu-qualitatiu

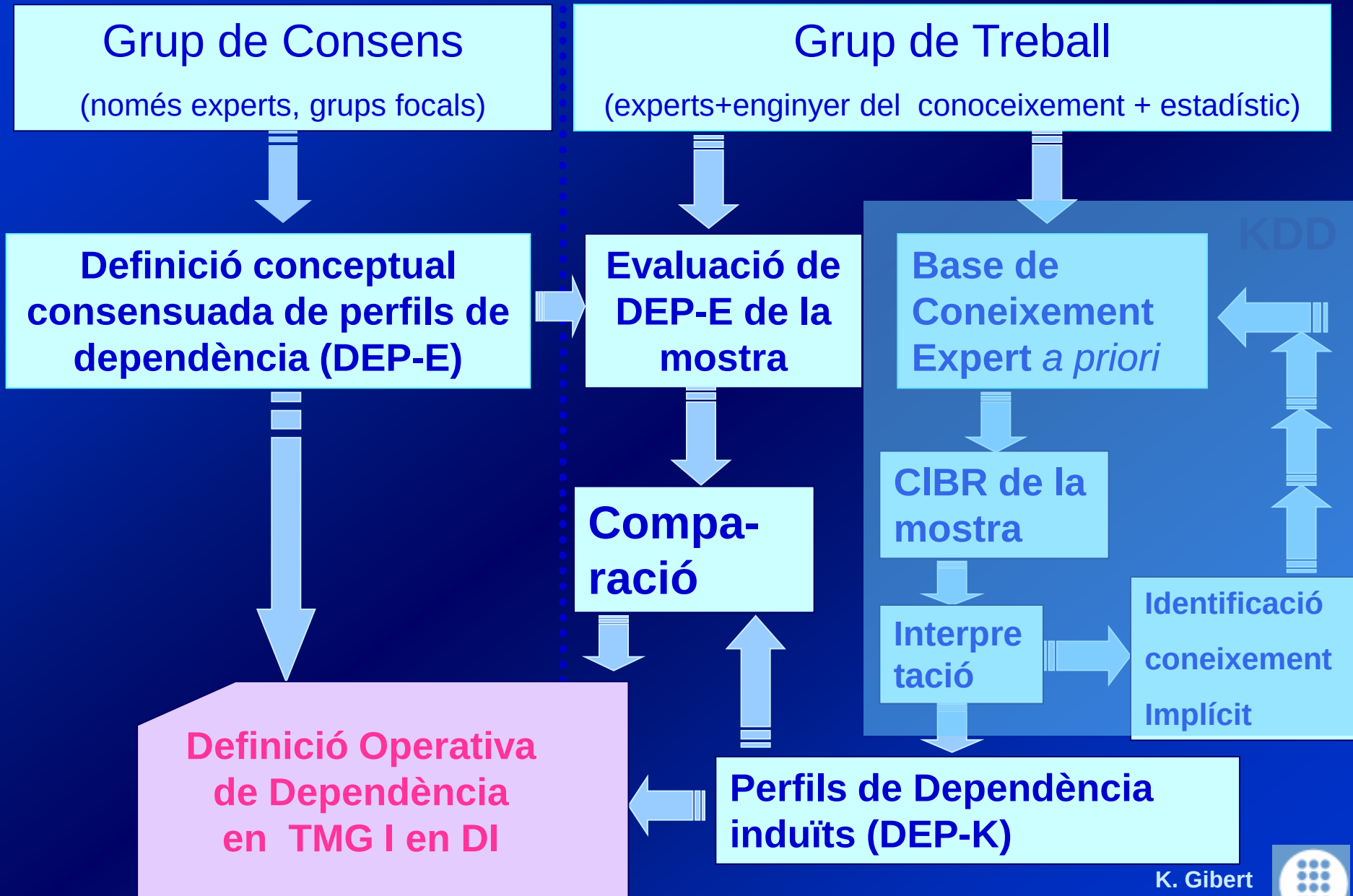
BD Secundàries

K. Gibert

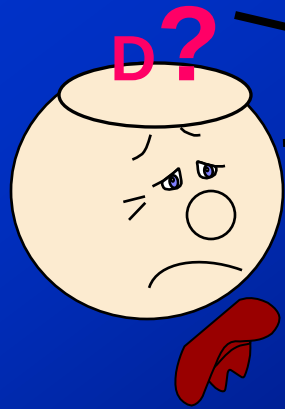
Metodologia de la Investigació



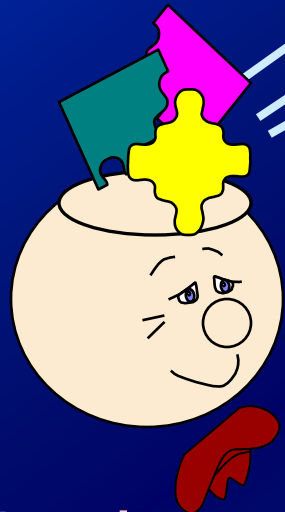
Metodologia de la Investigació



Dominis poc estructurats [Gibe94]



Coneixement parcial
Heterogeni



Coneixement addicional
sobre estructura domini

Data

	Peso	Altura	Sexo	Ojos
Juan	85	1.85	M	azul
	.	.	.	.
	.	.	.	.

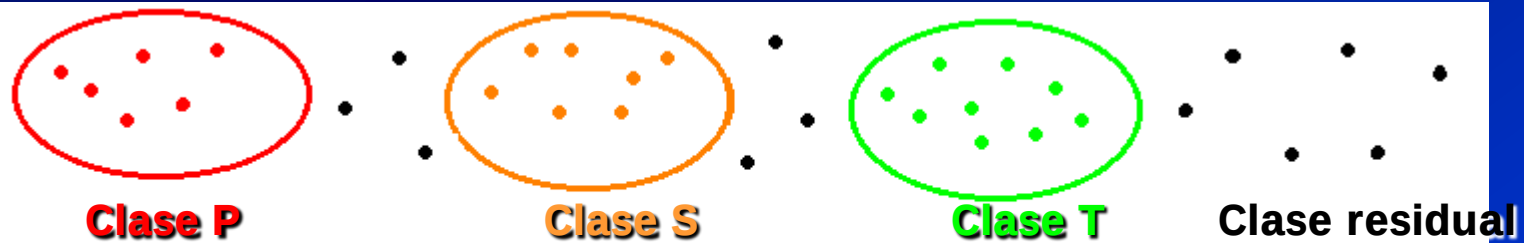
Numèrica Categòrica
Dades heterogènies

K. Gibert

Methodology

Clustering based on rules

[Gibe96]



Use the KB to find the Rules Induced Partition

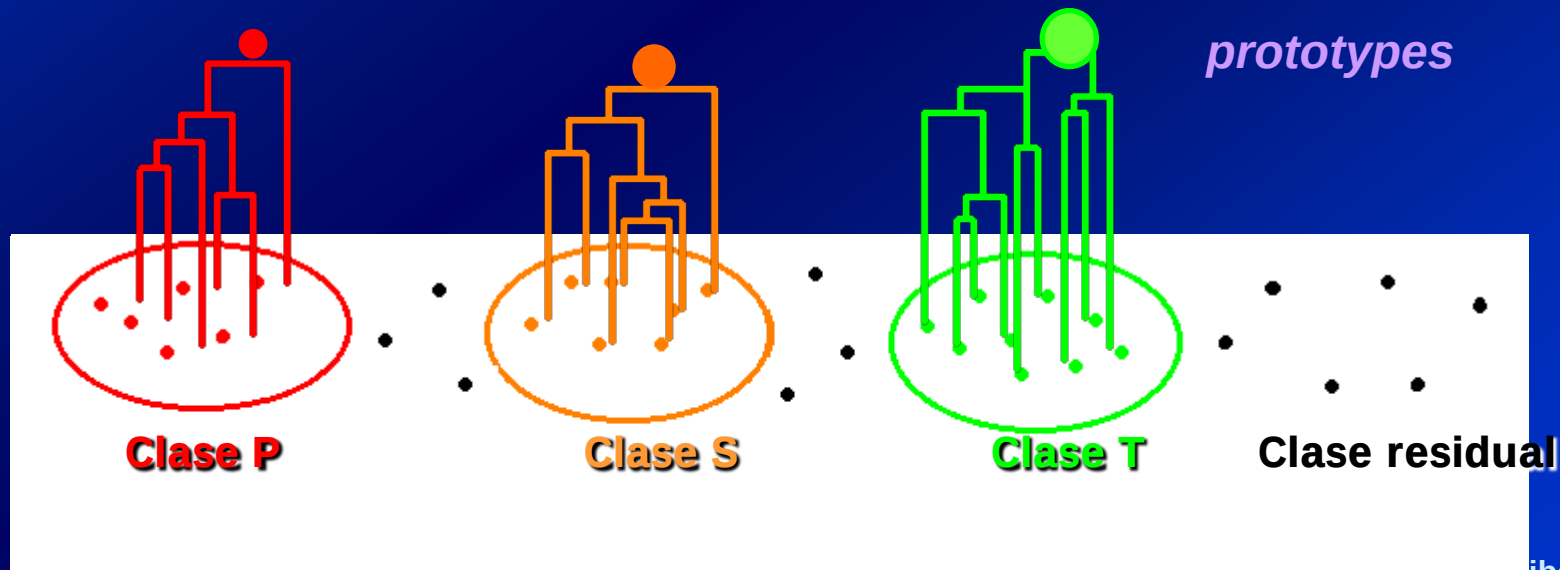
Methodology

Clustering based on rules

*Hierarchically
cluster every*

Rules-induced class

*Find Rules-induced
prototypes*

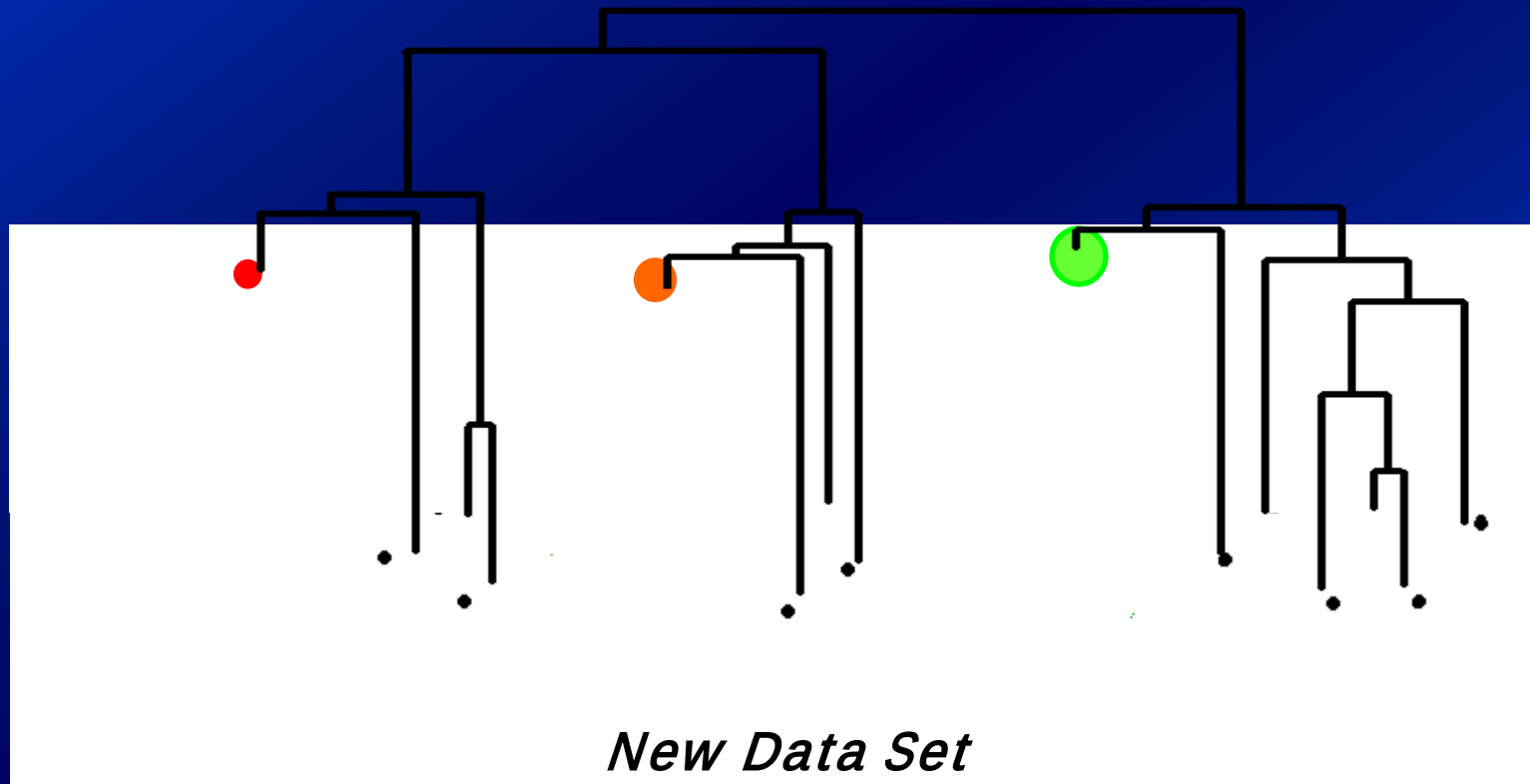




Methodology

Clustering based on rules

*Hierarchically
cluster new dataset*

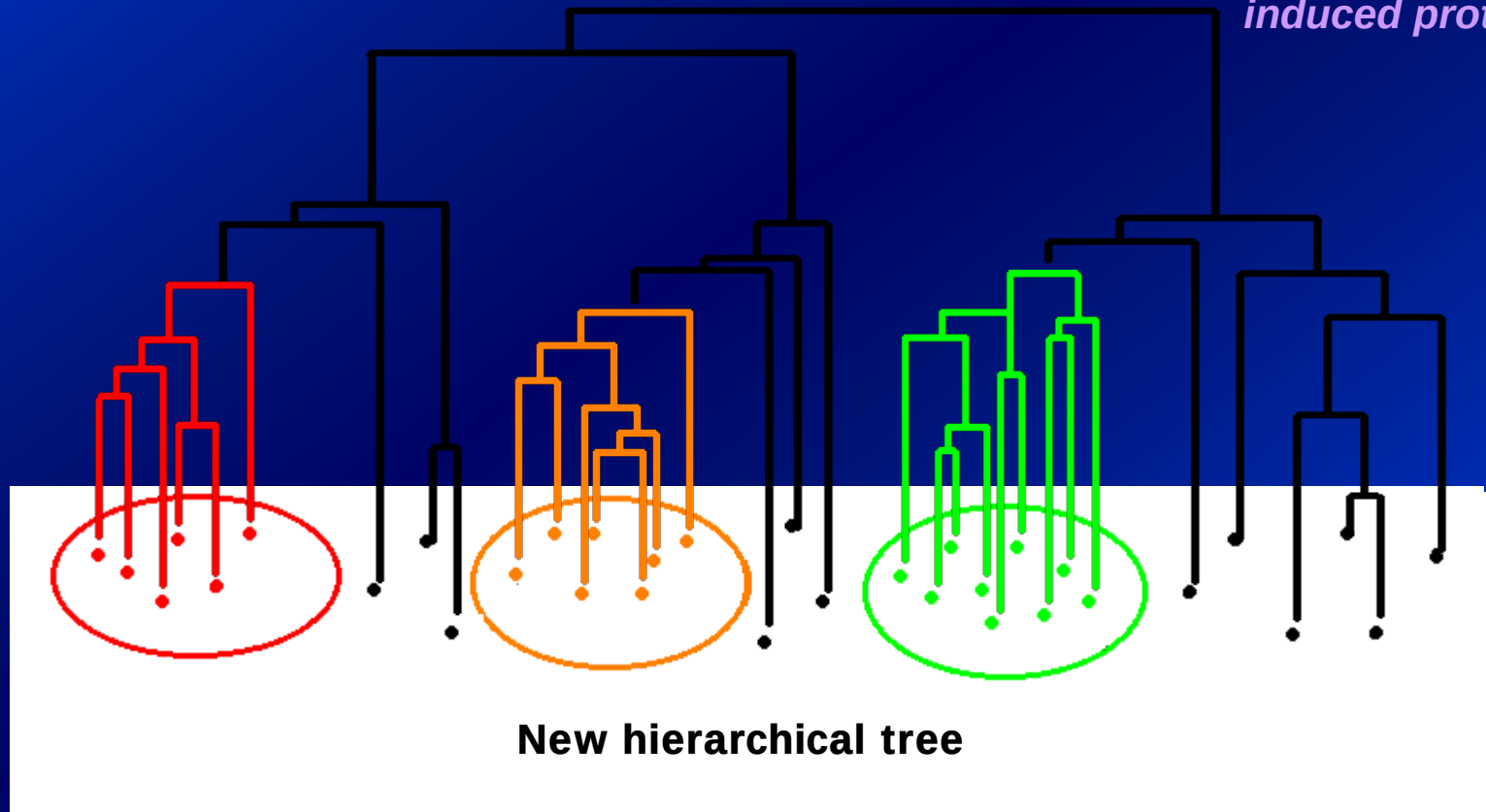




Methodology

Clustering based on rules

*Retrieve hierarchical
Structures of Rules-
induced prototypes*

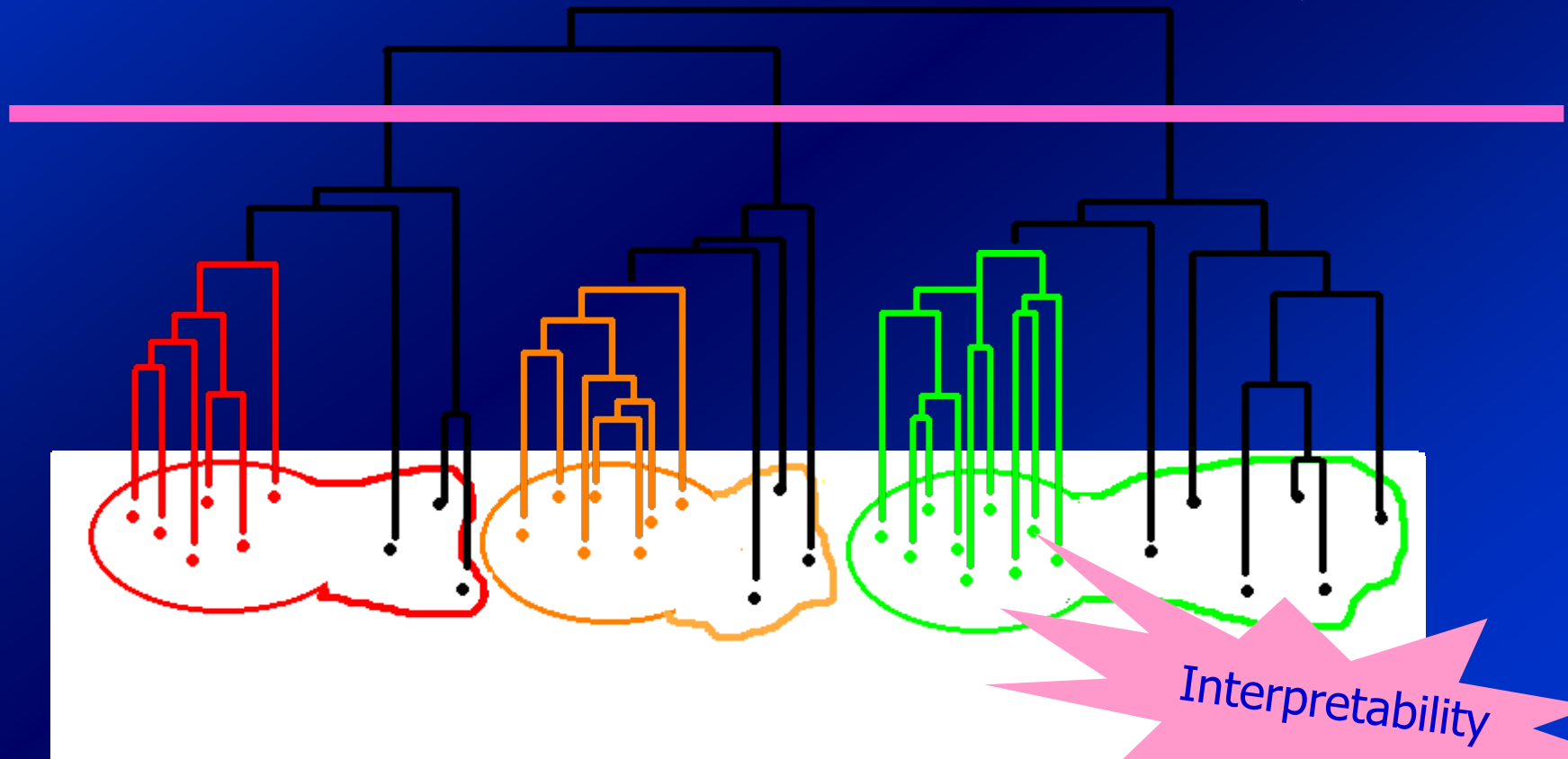


Methodology

Determine the final classification

Consistency
with prior
knowledge

New hierarchical tree



Interpretability

Anàlisi en TMG



BASE de DADES PSICOST-II

356 pacients entre 18 i 65 anys

Diagnòstic DSM-IV Esquizofrènia

En contacte amb serveis de salut mental (H. S. J. Deu...)

Dades per pacient

- **Característiques del pacient (sòcio-demogràfiques)**
- **Simptomatologia positiva i negativa de síndromes per esquizofrènia (PANSS)**
- **Funcionament general (clínic i social) (GAF)**
- **Discapacitat (AvD, ocupació, relacions familiars i socials) (DAS-sv)**
- **Severitat del diagnòstic d'Esquizofrènia (Prudo & Blum)**
- **Qualitat de Vida (movilitat, cura personal, AVD, benestar, emocional) (EuroQoL, VAS)**
- **Utilització de serveis formals del sistema sanitari (CECE)**

+ Entrevista al cuidador principal

- **Càrrega Familiar objectiva i subjectiva (AVD, comportament, economia) (ECFOS)**

K. Gibert



CLBR: Construcció de la BC expert a priori

BC= { **r1**: *Si* INSTITUC = (EVOINST o INSTI) **entonces** és paciente institucionalizado (i)

r2: *Si* (GAFCLA2 < 40) o (GAFSOA2 < 40) y (MAXIMOA > 15) o (MAXIMOB = Todos_los_días)
entonces es paciente que està mal (m)

r3: *Si* NOINCLUS = AUTONOMO **entonces** es paciente autònomo (u)

r4: *Si* (NOINCLUS = AUCUIDADOR) y (INSTITUC = NOINST) **entonces** es paciente solo (u)

r5: *Si* (INGRESE2 = TRABAJO) i (GAFCLA2 > 70) o (GAFSOA2 > 70)
entonces es paciente que està bien (b)

Instituc= Indica si el pacient està institucionalitzat o ho estarà a final d'any

GAFCLA2= Millor puntuació del GAF clínic en el segon any

GAFSOA2= Millor puntuació del GAF social en el segon any

Noinclus= Motivo pel que no s'ha passat l'ECFOS al paciente

Ingrese2= Indica si el pacient rep pensió per invalidesa, o contributiva, o si treballa

MaximoA= Càrrega que genera el pacient en l'ítem del bloque A del ECFOS en el que està pitjor

MaximoB= Número d'intervencions del familiar en el comportament en el bloc B del ECFOS
que el pacient té més alterat

Dendrograma

CIBR

Autònoms (u)

Ben (b)

Sols (o)

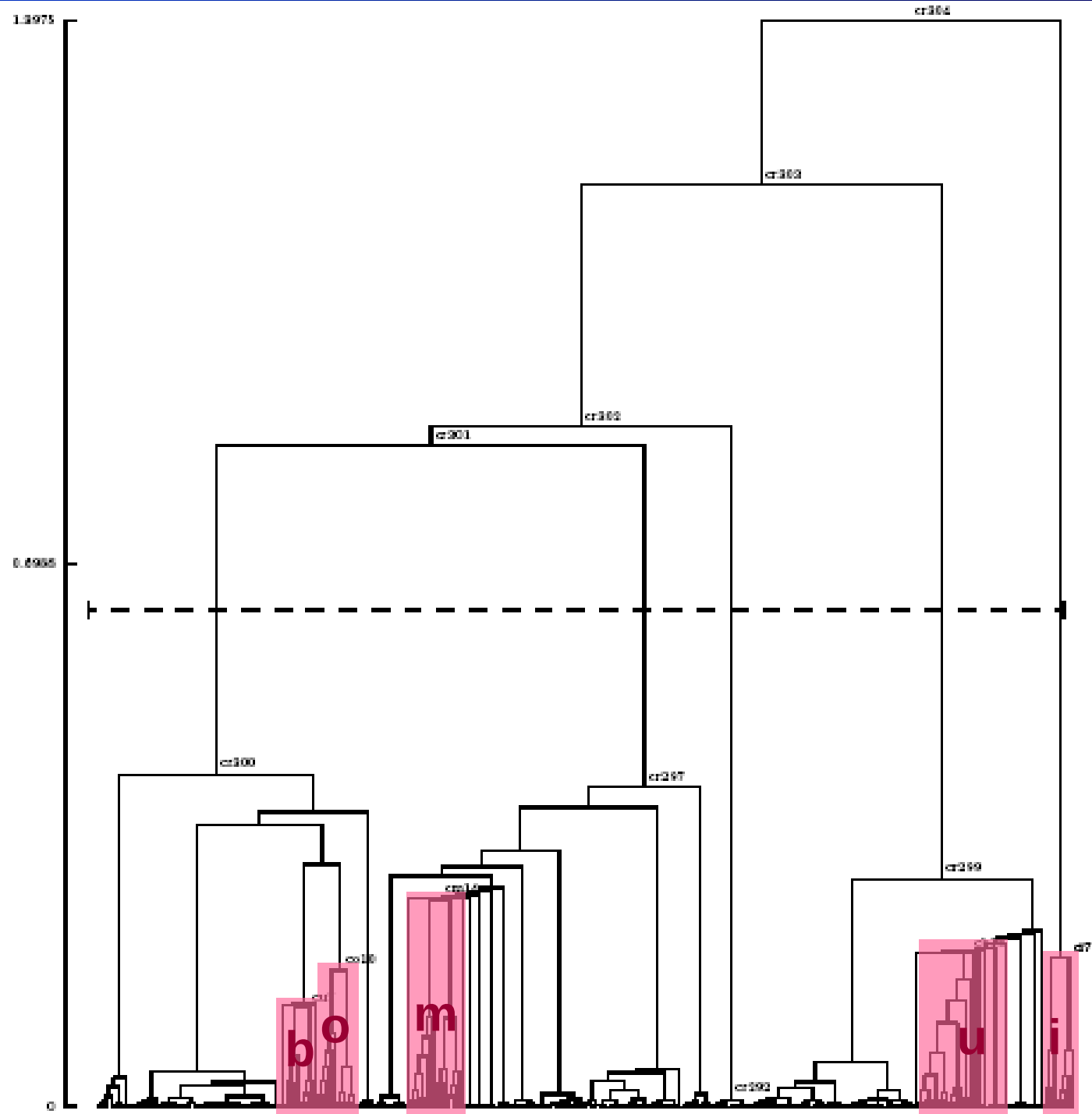
Mal (m)

Residencials (i)

306 pacs HSJD

Autònoms (u)
Ben (b)
Sols (o)
Mal (m)
Residencials (i)

306 pacs HSJD



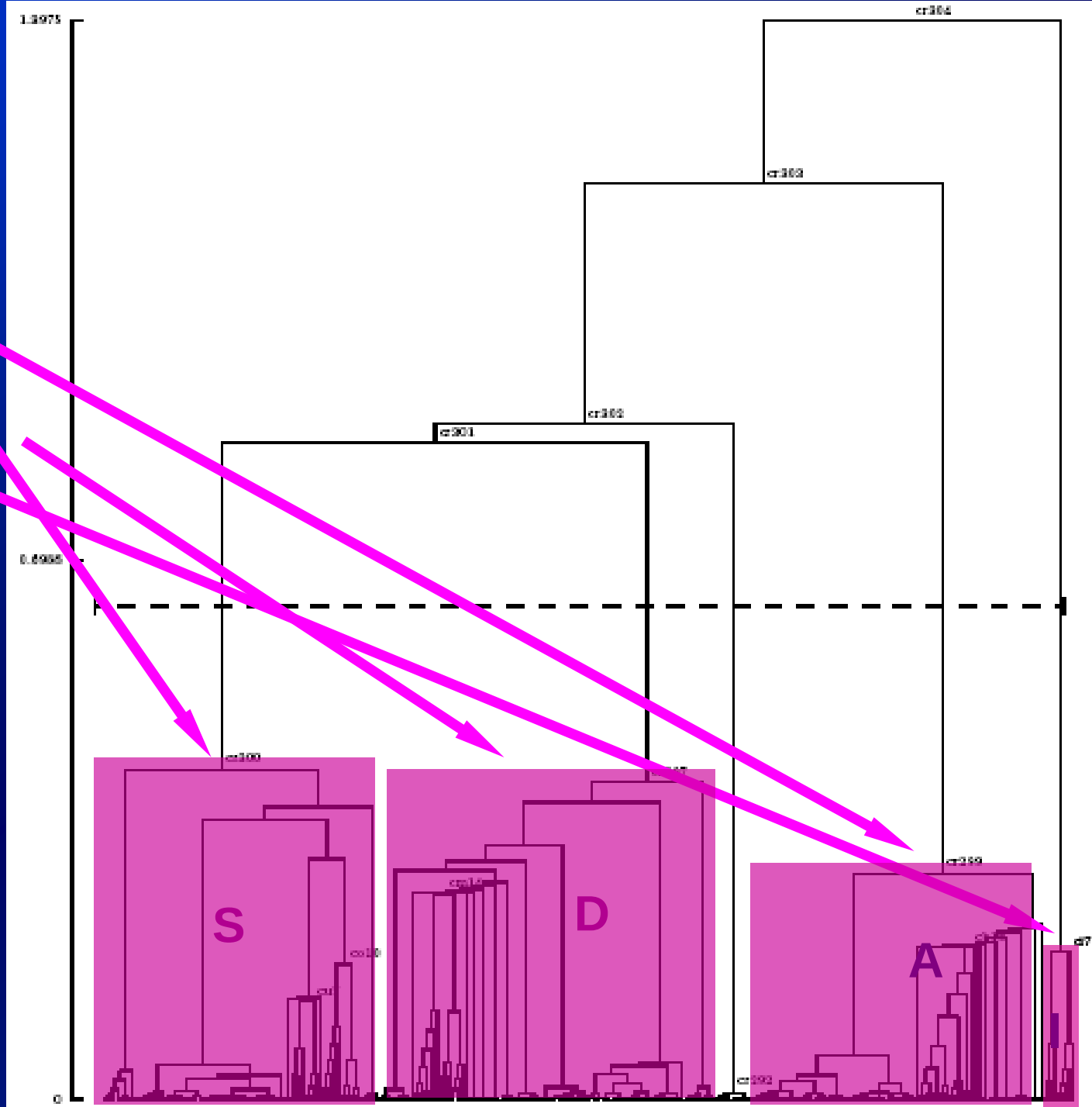
CIBR

Autònoms-K (93)

Dependents- K (105)

Residenciales-K (9)

306 pacs HSJD



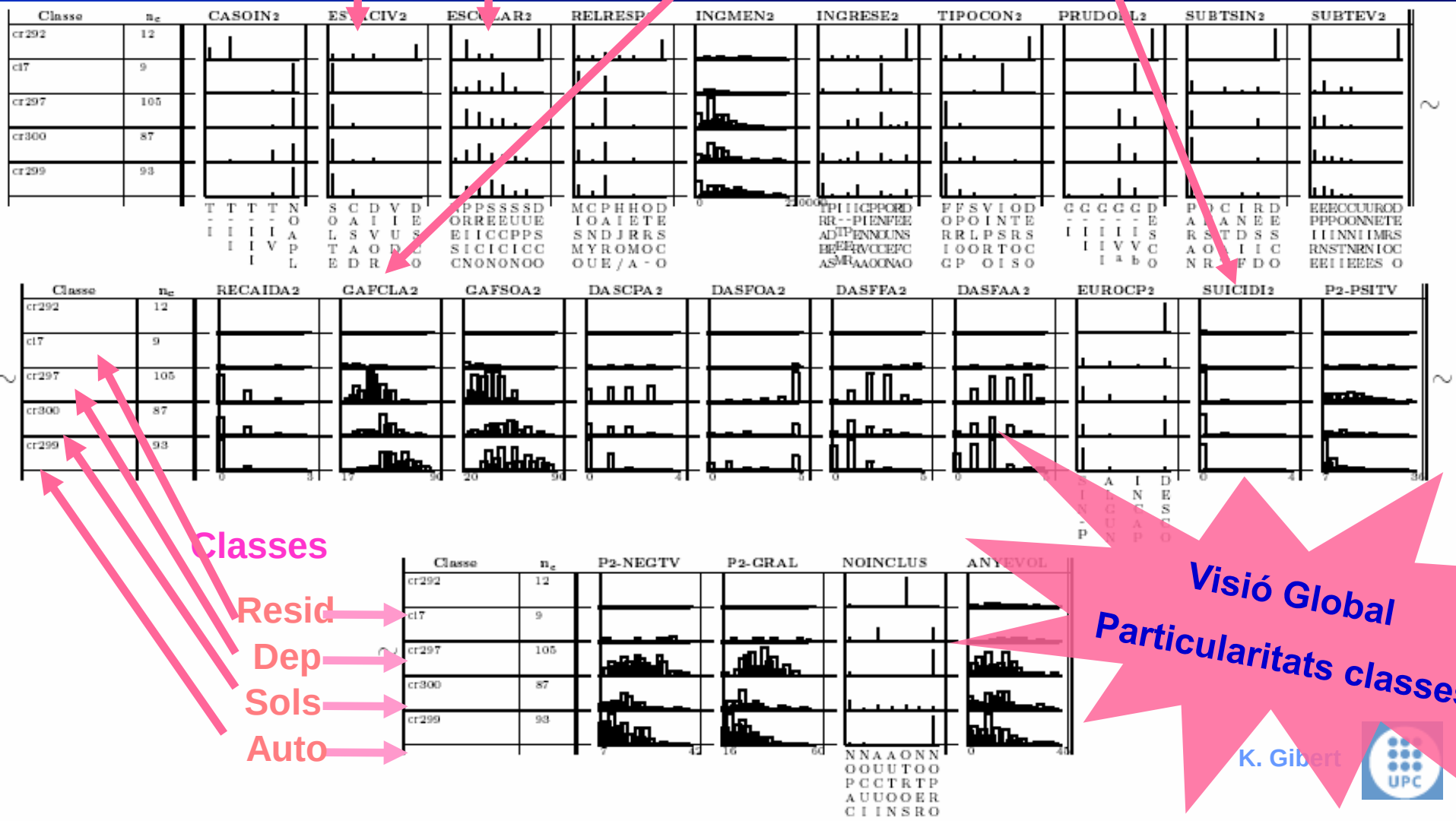
Interpretació: *Class panel graph*

[Gibe05]

Variables Est. Civ Escol ...

GAF clínic

Nro Suicidis ...



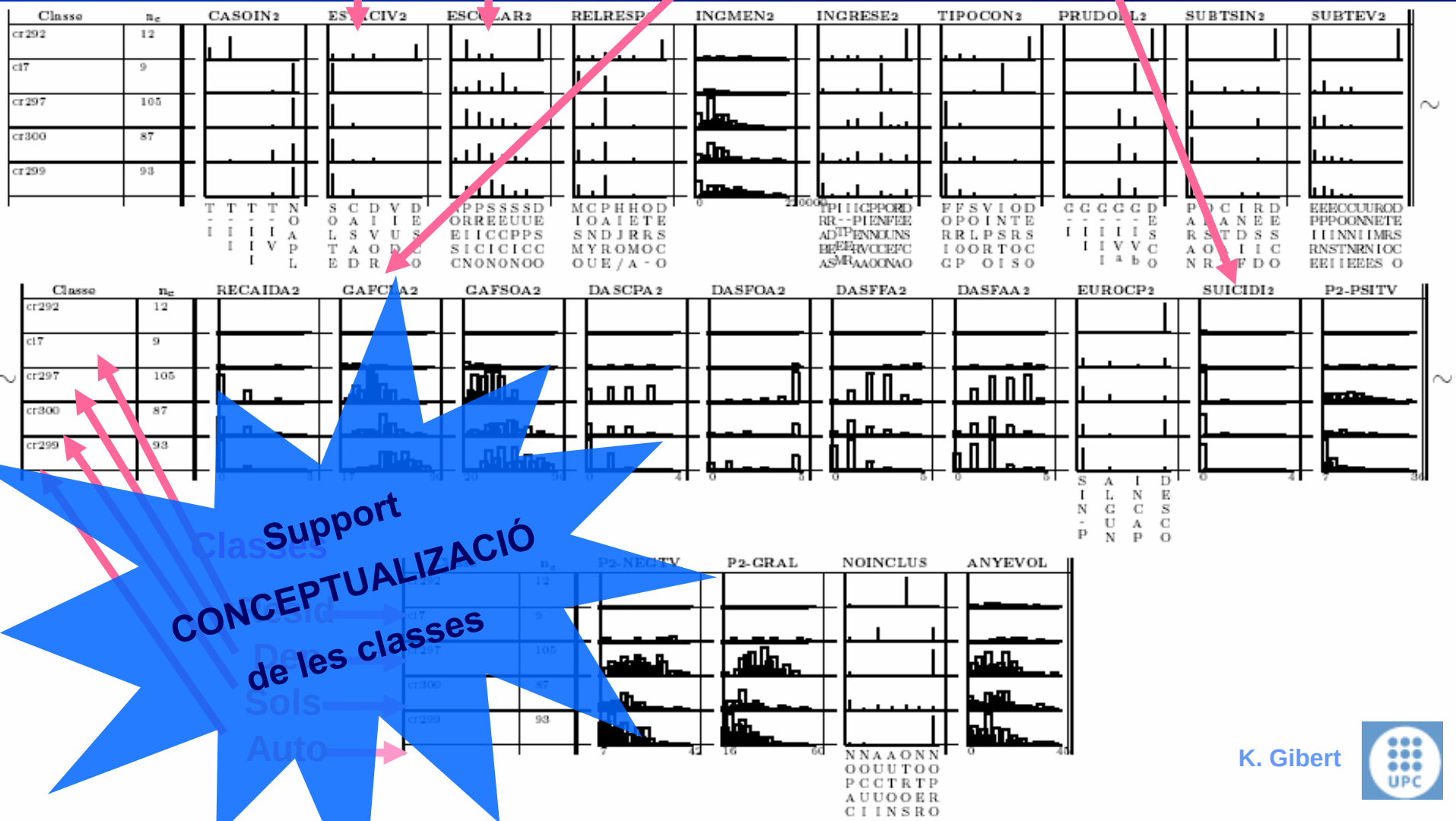
Interpretació: *Class panel graph*

[Gibe05]

Variables Est. Civ Escol ...

GAF clínic

Nro Suicidis ...



Perfils en TMG segons CIBR (TMG-K)

Autònoms (Auto-K) (93 pacients) (Cr292):

- ✓ **treballen**
- ✓ estudis secundaris
- ✓ puntuacions millors en totes les escales
- ✓ **no generen càrrega** als cuidadors
- ✓ quasi no utilitzen serveis sanitaris

Sols (Sols-K) (87 pacients) (C300):

- ✓ **Sense cuidador**
- ✓ Puntuacions intermèdies, però no estan bé
- ✓ Autònoms però requereixen **ajut en tasques domèstiques**
- ✓ Us desproporcionat i indisciplinat de recursos sanitaris
- ✓ **Requereixen supervisió** (poden no anar al metge...)

Dependents (Dep-K) (105 pacients) (C297):

- ✓ **No poden treballar** (PNC, invalidesa...)
- ✓ Sense estudis primaris
- ✓ Puntuacions pitjors en totes les escales
- ✓ Els que **més càrrega** generen als cuidadors
- ✓ Utilitzen molts serveis: Ingressos llargs

Residencials (Resid-K) (9 pacients) (Ci7):

- ✓ Els que **més temps porten malalts** (23 anys en mitjana)
- ✓ Intenten suïcidar-se.
- ✓ **Síntomes negatius acusats.**
- ✓ No carreguen ni al familiar ni al sistema, sino a la institució.

Definició del grup de consens TMG-E

Autònoms

Sols o en parella, treballen o estudien

Dependents en la comunitat

GAF<50

Ontario>=3 (Prudo Plum IVb)

Més de 2 anys d'evolució

Dependents Residencials

Ingressats més de 330 dies el darrer any

GAF<50

Discapacitats no dependents

Grup que es defineix per exclusió (la resta)

Anàlisi comparativa TMG-E vs TMG-K

Implícit

TMG-E	TMG-K					
	Auto-K cr299	Sols-K. c300	Dep-K cr297	Resid-K cri7	Incomp-K cr292	Total útils
Auto-E	0	2	0	0	0	2
NoDep-E	88	70	71	0	0	229
Dep-E	4	8	33	3	0	48
Resid-E	0	2	1	5	0	8
DESCO	1	5	0	1	12	19
útils	93	87	105	9	12	306

Diversitat de criteris



Anàlisi de discordances

Proposta Combinada CIBR-Consens

Autònoms

GAF > 70

Prudo i Blum < Ivb

Actiu, ocupat o estudiant

Discapacitats no dependents

Grup que es defineix per exclusió (la resta)

Dependents sols

GAF < 50 y ausència de cuidador

Confiança en la medicació < alta

Més de 2 anys d'evolució

Dependents en la comunitat

GAF < 50

Ontario >= 3 (Prudo Plum IVb)

Més de 2,5 anys d'evolució

Dependents Residencials

Ontario = 5 (Ingressats més de 330 dies el darrer any)

Avaluació de Dependència-TMG sobre 356 pacients del H.S.J.d.D

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Auto	21	5,9	5,9	5,9
	NoDep	195	54,8	54,8	60,7
	Dep	116	32,6	32,6	93,3
	Dsols	14	3,9	3,9	97,2
	Resid	10	2,8	2,8	100,0
	Total	356	100,0	100,0	

Un 39,3 % de les persones amb esquizofrènia són dependents

Valoració de la Intensitat de la dependència

Instrument oficial: FICE
(proposta IMSERSO)

- Higiene personal
- Cura personal (medicació)
- Movilitat
- Menjar

*Hores d'atenció requereides
per realitzar les AvD*

VALORACIÓN DE DEPENDENCIA

CONTENIDOS

CONDICIONES DE SALUD. 3

CONDICIONES DE DEPENDENCIA..... 7

DETERMINACIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DEPENDENCIA.15

INFORMACIÓN SOCIAL COMPLEMENTARIA.....19

Desempeño de tareas: ¿Es capaz de realizar la tarea de una forma segura y en un tiempo razonable sin el apoyo de otra persona en su entorno habitual?

SÍ, la persona es capaz de realizar la tarea por sí misma.

NO, la persona necesita apoyo de otra persona.

Avaluació de Dependència-TMG sobre 356 pacs H.S.J.d.D

Hores d'atenció segons àrees contemplades al FICE

Horas de atencion/ semana (*)	No dep (%)	Dependiente Comunidad (%)	Dependiente Residencial (%)	Total (*) (%)
>1h	100 (48.8)	14 (6.8)	3 (1.5)	117 (57.1)
1-7 h.	52 (25.4)	16 (7.8)	1 (0.5)	69 (33.7)
8-14 h.	4 (2.0)	6 (2.9)	0	10 (4.9)
15-21 h.	3 (1.5)	3 (1.5)	0	6 (2.9)
>21 h.	2 (1.0)	1 (0.5)	0	3 (1.5)
Total Consens	161 (78.5)	40 (19.5)	4 (2.0)	205 (100)

*Amb àrees contemplades al FICE (movilitat, cura personal, higiene personal), la majoria de pacients dependents **no assoleixen** puntuació Gran Dependent*

Només un 4,39% de la mostra requereix més de 15h d'ajut

*El 90% dels pacients dependents amb TMG **no s'identifiquen** (<14h)*

Només un 10% dels Dependents podrien beneficiar-se de la LPAD

*El 39% dels que puntuen millor (<7h) en realitat **són dependents***

K. Gibert



Anàlisi

Limitació en el funcionament a la vida diària (TMG)
per símptomes directes de la malaltia (trastorn conductual)
no per deteriorament de capacitats intrínseques

- Higiene personal
- Cura personal (presa de medicació)
- Movilitat
- Menjar

Pacients amb TMG i alta necessitat d'atenció poden ser autònoms
per menjar o moure's quant a capacitat d'execució

Necessitat d'ajut més lligada a volició o context

Perfil de dependència **diferent** a les persones grans

Intensitat de la dependència

Dimensions a considerar segons el grup de consens

- Aprentatge bàsic i aplicació del coneixement
- Activitats per efectuar tasques i demandes generals
- Comunicació
- Movilitat
- Cura personal (consum de fàrmacs, evitar lesions físiques)
- Vida domèstica
 - Adquisició de bens y serveis;
 - preparar menjars senzills,
 - realitzar les tasques de la casa
- - Transaccions econòmiques bàsiques

*Valorar motivació, volició, planificació
y no només execució*

Intensitat de la dependència

Dimensions a considerar segons el grup de consens

- **Aprenentatge bàsic i aplicació del coneixement**
- **Activitats per efectuar tasques i demandes generals**
- **Comunicació**
- **Movilitat**
- **Cura personal (consum de fàrmacs, **evitar lesions físiques**)**
- **Vida domèstica**
 - **Adquisició de bens y serveis;**
 - **preparar menjars senzills,**
 - **realitzar los tasques de la casa**
- **- Transaccions econòmiques bàsiques**



*Valorar **motivació, volició, planificació**
y no només **execució***

Evaluación de Dependencia-TMG sobre 356 pacs H.S.J.d.D

Horas d'atenció segons criteris del grup de consens

		PERFTMG				Total
		Auto	NoDep	Dep	Resid	
H. Total.E	<1 h/set	3	18	4	0	25
	1-7 h/set	1	18	5	0	24
	8-14 h/set	2	12	12	0	26
	15-21 h/set	2	9	7	0	18
	>21 h/set	5	39	57	4	105
Total		13	96	85	4	198

***Considerar les dimensions pròpies del TMG
millora substancialment la valoració
(75.2% dels dep podrien beneficiar-se de la LPAD)***

Anàlisi en DI



Fund. Carmen Pardo Valcarce

155 pacients e 20 i 49 anys amb CI < 75

Discapacitat intel.lectual CIE-10: lleugera o moderada

Usuaris del C Ocupacional i C Especial de Empleo FPVC

Dades per pacient (62 variables)

- **Coeficient intel.lectual (WAISS-III, CIE-10)**
- **Història clínica (malalties cròniques, Epilepsia)**
- **Patologia psiquiàtrica (PASS-ADD, Checklist) Severitat esquizofrènica (Prudo & Blum)**
- **Funcionament general (clínic i social) (GAF)**
- **Discapacitat (compr. i com., entorn, c. personal, relacions, AVD, partic.) (WHO-DAS, DAS-sv)**
- **Habilitats i transtorns de conducta (ICAP)**
- **Utilització de serveis formals del sistema sanitari (CECE)**

+ Entrevista al cuidador principal

Atenció Informal

- **Càrrega Familiar objectiva i subjectiva (AVD, comportament, economia) (ECFOS)**

Dendrograma

CIBR

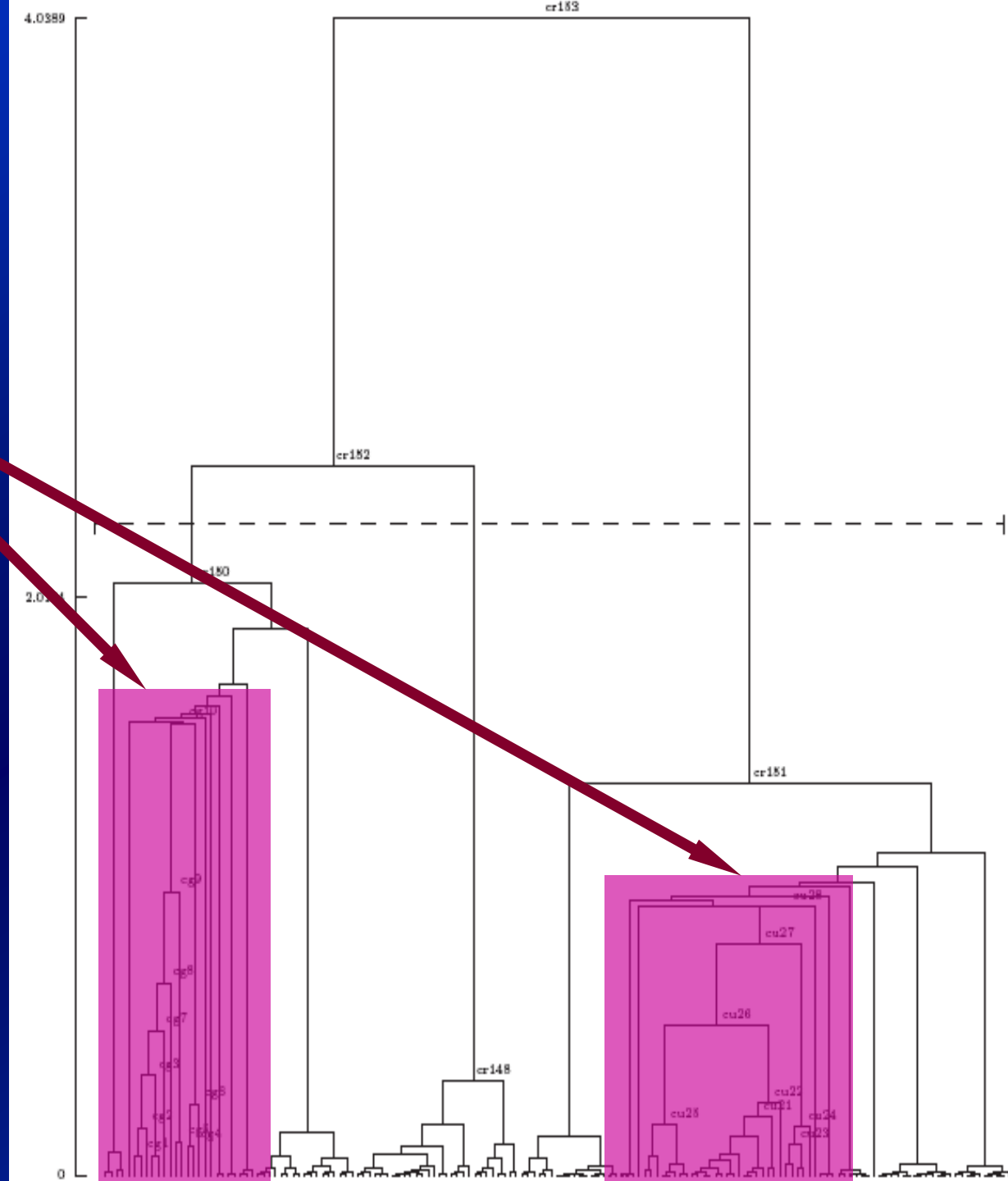
BC: 2 regles

Autonomy (a)

Max Impairment (m)

TMG Comorbid
+ No comunicació

155 pacs FCPV



CLBR

BC: 2 regles

Autonomy (a)

Max Impairment (m)
TMG Comorbid
+ No comunicació

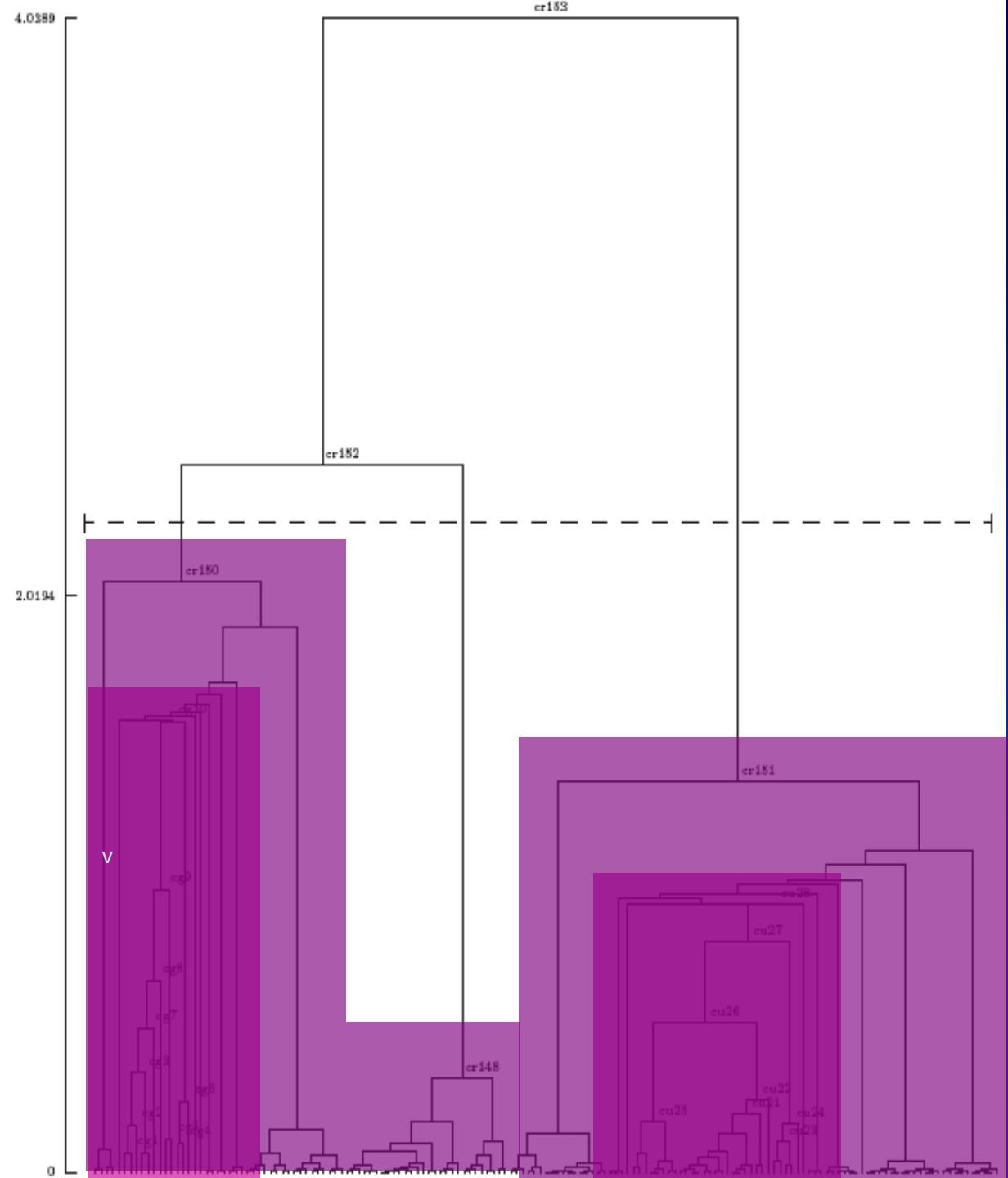
3 classes

C151 (84)

C150 (43)

C148 (28)

155 pacs FCPV



Interpretation support: Class panel graph [Gib05]

Variables Residence Chronic

ICAP.TC

WhoDasParticipation



Perfils de DI segons CIBR (ID-K)

No dependent (No-Dep-K) (84 paccs, 78.9%) (C151):

- ✓ no rep pensió
- ✓ legalment capacitat
- ✓ Millors puntuacions en GAF i ICAP
- ✓ Puntuacions més baixes en WHO-DAS
- ✓ Requereixen menys d'1 hora d'ajut/setmana en AvD
- ✓ No cal intervenir per transtorn conductual
- ✓ Conté un 20% de transtorn mental comòrbid (sense transtorn conductual)

Dependent per capacitat (Dep-Abil-K) (28 paccs) (C148):

- ✓ GAF baix
- ✓ Puntuacions intermèdies en WHO-DAS.
- ✓ Puntuacions baixes en ítems d'habilitats de l'ICAP
- ✓ Not presenten problemes en ítems conportamentals. No cal intervenció familiar per transtorn conductual
- ✓ Requereix molta ajuda en cura personal i altres AvD
- ✓ Pot tenir transtorn mental comòrbid (sense alteracions de la conducta)

Dependent by transtorn de conducta (Dep-TC-K) (43 paccs) (C150):

- ✓ Legalment incapacitat
- ✓ GAF baix
- ✓ Les pitjors puntuacions en WHO-DAS
- ✓ Puntuacions intermèdies dels ítems d'habilitats de l'ICAP
- ✓ Pitjors puntuacions en ítems de conducta. Cal intervenció del familiar
- ✓ 53% presenta transtorn psiquiàtric comòrbid. Inclou psicòtics

Definició del grup de consens DI-E

Dependència per defecte:

Totes les persones amb DI ($CI < 35$)

EXCEPTE

Adults entre 18 i 60

En programes d'integració laboral

Sense transtorns comòrbids greus

Sense problemes greus de comunicació

Regressió logística dependent (habilitat U transtorn conducta) vs no dependent:
factors significatius

Problemes per viure en la comunitat ($ICcom < 35$)

Problemes de comunicació ($IChhss < 45$)

Problemes en la vida personal ($ICpers < 45$)

Problemes de comportament ($ICTC < -20$)

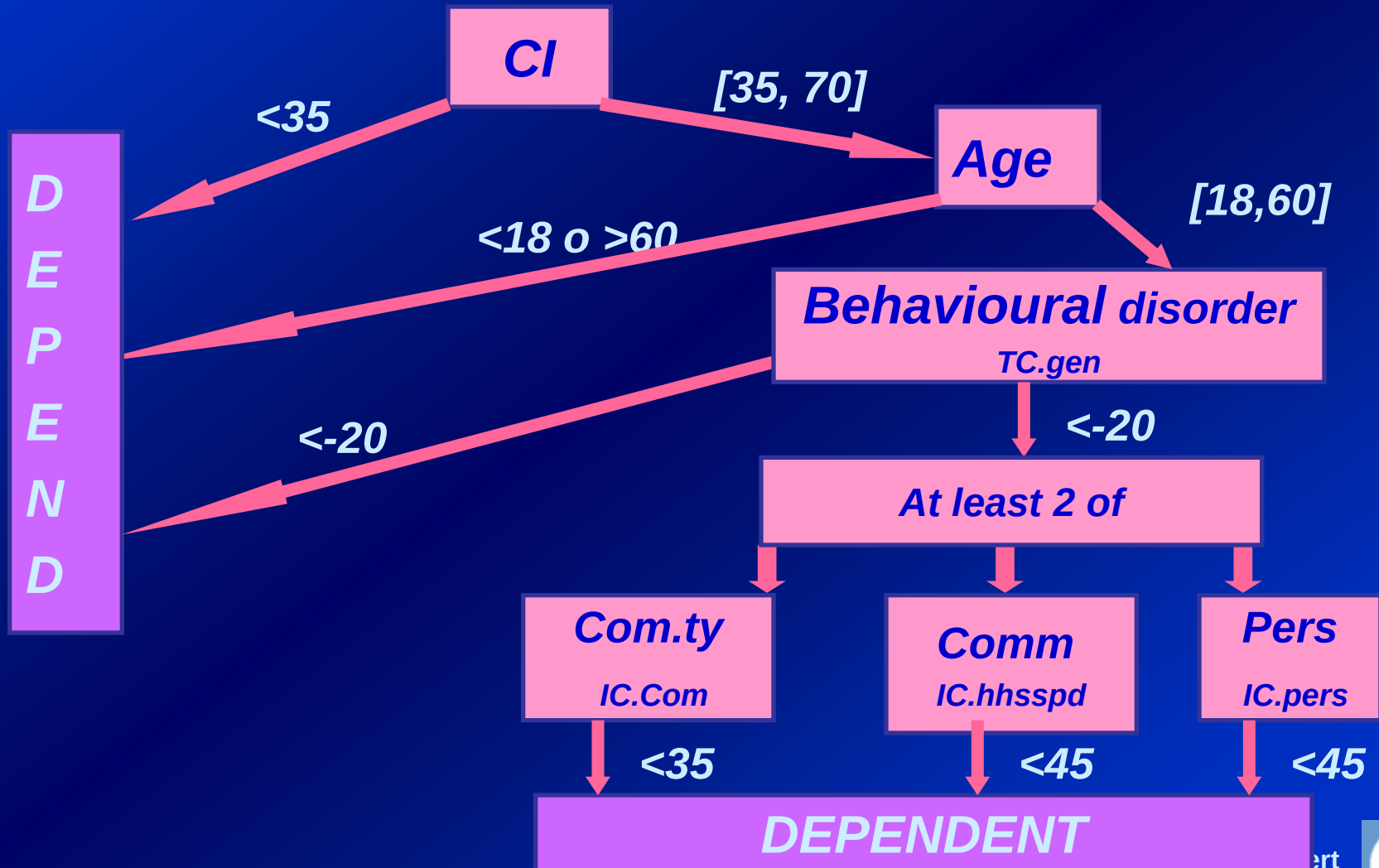
**Augmenten probabilitat de
ser dependent en DI**

K. Gibert



Proposta Combinada CIBR-Consens

Definició Operativa



Valoració de la dependència en DI

Perfils identificats a DEFDEP

Utilitzant el FICE

NoDep-E		Dep-E		Total	
123	78.8 %	33	21.2 %	156	100 %

Horas de atencion/ semana (*)	NO DEP (%)	DEP (%)	Total (*) (%)
1-7 h.	38 (29.5)	12 (9.3)	50 (38.8)
8-14 h.	58 (45)	13 (10.1)	71 (55)
15-21 h.	5 (3.9)	1 (0.8)	6 (4.7)
>21 h.	2 (1.6)	0 (0)	2 (1.6)
Total Consenso	103 (79.8)	26 (20.2)	129 (100)

Segons criteris DEFDEP:

Un 21.2% (33) són dependents, tot i que estan en procés d'integració laboral

*D'ells, **només 1** necessita més de 15 h d'atenció segons FICE*

*El FICE assignaria al programa de dependència **només un 6.2%** de pacients*

*D'ells, la major part **no són** avaluats com a **dependents** pels experts*

Anàlisi

Pacients amb DI i alta necessitat d'atenció poden ser autònoms per menjar o moure's quant a capacitat d'execució

Necessitat d'ajut més lligada a comprensió, comunicació, planificació

Perfil de dependència **diferent** a les persones grans (*FICE insuficient*)

Cal valorar:

- Activitats de vida a la llar/Salut i seguretat
- Activitats de vida en comú: Protecció i defensa
- Activitats d'aprenentatge al llarg de la vida
- Necessitats de recolzament mèdic excepcional
- Ocupació i feina: Necessitats de recolzament conductual excepcional

*Valorar comunicació, comprensió, planificació i contexte
i no només execució*

Impacte de DEFDEP x la LPAD

Proposta a Catalunya

- Assumir la noció de *dependència funcional*
- Modificar l'instrument de valoració

Ampliació del FICE amb preguntes addicionals per TMG i DI

- Desenvolupament de tasques: inclou Iniciativa/comprensió
- Apartat específic per discapacitat psíquica: Presa de decisions
 - AvD
 - relacions interpersonals
 - Gestió de diners
 - ús de serveis públics

*Primer país mediterrani que
inclou TMG i DI en el
sistema d'atenció a la dependència*

Disseny d'un barem específic per TMG i DI

Conclusions

- Estudiar rigorosament el context i la realitat com a estratègia per definir polítiques
- Important multidisciplinarietat i intervenció de tots els sectors afectats
- Explotar de forma combinada coneixement i dades: millor suport a decisions
- Classificació basada en regles:
desenmascarar el coneixement implícit de l'expert i millora la qualitat dels models
- DEFDEP: definició operativa de dependència en discapacitat psíquica
consens dades-coneixement-experts
Un 39,3% de les persones amb esquizofrènia i un 21% dels DI són dependents
Però de perfil diferent al de persones grans
- La pèrdua de funcionament en AvD lligada als símptomes propis de la malaltia
- L'avaluació restringida a mobilitat, cura personal i tasques domèstiques (FICE)
 - *Només es detecta entre un 4 y 6% de la població TMG /DI amb dependència greu*
 - *Exclouria del programa de dependència més de la meitat dels que ho necessiten*
- DEFDEP: adaptació del FICE per detectar dependència en TMG/DI
 - *Valorar motivació i volició, o comprensió i comunicació més que en execució*
 - *Àrees específiques (vida domèstica o transaccions econòmiques bàsiques)*
 - *Barem específic de l'instrument per TMG/DI*
- Catalunya incorporat TMG/DI a la LPAD com a conseqüència de DEFDEP i l'acció de PRODEP (experiència pionera a Espanya)

El desplegament de la Llei de Dependència a Catalunya: Elements de decisió en malalties mentals

Karina Gibert

karina.gibert@upc.edu

Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelona (Spain).



Gracies por l'atenció!

Alguna pregunta?...

III Jornades sobre IA i QoL

Sant Cugat, 1 de desembre de 2012

K. Gibert

