



PLAN DE ACCIÓN

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

SEPAD

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.
Junta de Extremadura

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales



SEPAD

Servicio Extremeño de Promoción de la
Autonomía y Atención a la Dependencia

Este Plan ha sido galardonado con el Premio Senda 2018 *Iniciativa Pública* en la categoría Sociosanitaria.

EDITA:

JUNTA DE EXTREMADURA, Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

COORDINACIÓN:

Miguel Simón Expósito. Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia.
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

Francisca Martínez Torvisco. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.

Prólogo	5
1. Introducción	6
2. Justificación	8
2.1. Contexto normativo y estratégico	8
2.2. Población objeto del plan	9
3. Análisis de situación	11
3.1. Datos cuantitativos	11
3.2. Funcionamiento de las redes de atención	13
4. Objetivos	19
5. Mapa de procesos	20
6. Modelo de atención	21
6.1. Principios generales del modelo	21
6.2. Modelo de provisión de servicios	22
6.3. Modelo de atención a la persona	27
7. Líneas de actuación	29
7.1. Procesos clave	29
7.2. Procesos estratégicos	55
7.3. Procesos de soporte	67
8. Anexos	68
Anexo 1. Orientaciones para la evaluación	68
Anexo 2: guías de evaluación, sistemas de diagnóstico especializado, links y protocolos clínicos en dism	75
9. Referencias	92

GRUPO DE TRABAJO:

SEPAD

María Luz Madrigal González. Jefa de Sección de la Unidad de Programas Asistenciales. Área de Salud Mental.

María Soraya Cobos Bermejo. Directora del Centro Sociosanitario de Plasencia.

SES

Beatriz Martín Morgado. Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales.

Alberto Gállego Cuevas. FEA Psiquiatría. Coordinador de Salud Mental del Área de Don Benito-Villanueva.

Esther Artacho Aznar. Médico de Familia. Centro Sociosanitario de Plasencia.

CERMI Extremadura

Ana Rosa Contreras Vas. Técnico. Plena Inclusión Extremadura

Matilde Vivas Matas. Directora Técnica. Plena Inclusión Extremadura.

Inmaculada Valero Almagro. María Isabel Fernández Ruíz. Técnicos. FEAFES Extremadura.

UGT

Fernando Macías Trujillo.

REDACCIÓN

Matilde Vivas Matas. Directora Técnica. Plena Inclusión Extremadura.

Alberto Gállego Cuevas. FEA de Psiquiatría. Servicio Extremeño de Salud.

Discapacidad o capacidades diferentes, la sociedad debe luchar por la inclusión real de toda la población independientemente de sus capacidades. Lo que es bueno para las personas con discapacidad reconocida, lo es también para la sociedad en general. Es trabajar en igualdad, es trabajar en inclusión, es trabajar en la participación real de toda la población en la sociedad en su conjunto.

Hace unos meses nos propusimos, junto al Consejo Regional de Personas con Discapacidad, trabajar en un modelo sostenible desde el punto de vista social y económico para definir un marco de atención a las personas con discapacidad. Sin embargo, la visión puramente asistencialista de la discapacidad que imperaba en la región, no lleva a una verdadera inclusión. Por ello, nos planteamos trabajar en Planes de Acción que vinieran a dar respuestas a las necesidades que las personas con discapacidad tienen para su inclusión real a la sociedad en toda su dimensión.

Las personas con discapacidad necesitan de la participación real en la sociedad, debidamente conducida para resolver aquellas situaciones que les permita la plena inclusión. El hecho de ser mujer supone una doble limitación para una inclusión plena en una sociedad con un sistema cultural como en el que vivimos, el mundo rural ofrece menos oportunidades que el medio urbano para el ejercicio de una plena ciudadanía, los problemas de salud mental asociados a una discapacidad necesitan de una atención especial, se hace necesario asimismo, trabajar en una verdadera educación inclusiva que invierta en el futuro de una sociedad que garantice los derechos y promover una sociedad que no solo elimine barreras en el acceso, sino que promueva la accesibilidad universal.

Por todo ello, desde ese compromiso por un pacto sostenible, nos hemos dedicado a desarrollar unos planes de acción, que contribuirán a romper las barreras físicas o no físicas, que permitan la construcción de una sociedad inclusiva y solidaria, complementando los derechos y actuales garantías recogidas en el Marco de Atención a las Personas con Discapacidad de Extremadura.

Este trabajo no hubiera sido posible sin la participación de un gran número de personas que han puesto lo mejor de sí mismos (sus experiencia, su visión profesional y personal) para aportar las estrategias y acciones necesarias que redunden en una mejor calidad de vida de las personas con discapacidad y el ejercicio de la plena ciudadanía, acabando con los “obstáculos” de una forma más efectiva. A todos los participantes, quiero darles las gracias, y mostrarles mi reconocimiento por su trabajo.

No quiero acabar este prólogo sin mostrar el compromiso de esta Consejería de Sanidad y Políticas Sociales por las personas con discapacidad, no solo por su atención, sino por su abordaje más holístico, y su integración.

José María Vergeles Blanca

Consejero de Sanidad y Políticas Sociales

I. Introducción

Durante años, la posibilidad de que las personas con discapacidad intelectual (en adelante, PDI) presentasen una enfermedad mental ha sido minusvalorada tanto por profesionales como por gestores sanitarios, al considerarse un problema inherente a la propia discapacidad intelectual, o al considerarse una consecuencia inevitable de la misma. Podríamos decir, pues, que la coexistencia de ambos trastornos, en lo que podríamos denominar patología dual (discapacidad intelectual y trastorno mental), generalmente no ha sido reconocida y ha sido casi siempre infradiagnosticada y consecuentemente, no tratada. Reiss (1983) hace referencia al fenómeno denominado "diagnóstico eclipsado" para explicar cómo la atribución de las alteraciones de la conducta a la propia condición de persona con discapacidad intelectual puede enmascarar un proceso psiquiátrico subyacente.

Desde este prisma, el diagnóstico de la enfermedad mental estaría eclipsado desde dos vertientes: en primer lugar por los clínicos, que en su mayoría no lo reconocen y tan sólo valoran la discapacidad intelectual y, en segundo lugar, por los gestores sanitarios, que lo desplazan del ámbito de actuación de la Salud Mental.

Actualmente, el reconocimiento del derecho de las PDI a recibir las atenciones médicas y psicológicas apropiadas, aprobado en el artículo 25 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) y los principios de normalización y de inclusión social según los cuales los sujetos con discapacidad intelectual tienen derecho a vivir en la comunidad y a utilizar sus recursos, nos obligan a mejorar nuestras habilidades para detectar, diagnosticar y tratar correctamente los trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual, ya que la presencia de la enfermedad mental reduce todavía más la capacidad de la persona para funcionar de forma adaptada o independiente en la comunidad.

En este mismo sentido se han pronunciado entidades como la Asociación Europea para la Salud Mental en Retraso Mental (EAMHM), quien en su IV Congreso Europeo, en septiembre de 2003, adoptó la denominada Declaración de Roma 2003 (Seidel, 2004), una declaración política destinada a promover una mayor conciencia de los aspectos y necesidades de salud mental de las personas con discapacidad intelectual. Dicha Declaración proclama que todas las personas con discapacidad intelectual, tienen derecho a la mejor atención de salud mental disponible, como parte del sistema de salud y asistencia social de una nación e insta a todas las políticas públicas a promover un mayor acceso y una prestación más equitativa de servicios de salud mental a las PDI.

Para una PDI con dificultades de adaptación al medio, una enfermedad mental adicional puede suponer requerir de una atención más intensa, con mayores necesidades de apoyo, y puede conducir a que su calidad de vida se vea seriamente afectada si sus problemas psiquiátricos no son diagnosticados y tratados de forma eficaz.

La inclusión comunitaria de las PDI, siempre de la mano de los servicios sociales y del tercer sector como veladores principales de sus necesidades, también ha nublado el conocimiento por parte del sector sanitario, de las necesidades de este colectivo, así como la imprescindible visión socio-sanitaria como modelo referente de atención centrada en la persona.

Por otro lado, la atención a personas con discapacidad intelectual y graves problemas de conducta, asociados o no a enfermedad mental, requiere de modelos de intervención psicoterapéuticos específicos. Las conductas más problemáticas que habitualmente presentan y que suponen mayor riesgo de rechazo social son las conductas de tipo auto y heteroagresivas, que a su vez son las que generan mayor demanda de atención por parte de las familias.

Además, estas personas tienen un mayor riesgo de sufrir:

1. Exclusión social y rechazo familiar.
2. Abandono por parte de los familiares tras el fallecimiento de los progenitores.
3. Malos tratos como respuesta a sus conductas.
4. Abuso de fármacos y sedantes.

Constituyen por tanto, un grupo de población especialmente vulnerable y cuya atención integral supone un reto desde el punto de vista de la organización de los servicios sanitarios, sociales y educativos, pero también desde la intervención clínica, de cara a promover las adecuadas medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento y la mejora de la calidad de vida. De hecho, diversas Comunidades Autónomas han desarrollado en este ámbito, programas específicos de actuación.

Por todo ello, entendemos necesario desarrollar en la Comunidad Autónoma de Extremadura, un Plan de Acción que promueva y oriente la mejora de la atención prestada a las personas que presentan problemas de salud mental y discapacidad intelectual, con presencia o no de alteraciones de conducta (en adelante PDISM), dando a conocer y definiendo en el presente Plan una serie de estrategias y un modelo de atención para que las PDI, que presentan esta problemática en Extremadura, puedan gozar de un mejor estado de salud y bienestar que redunde en su calidad de vida.

El Plan se estructura, definiendo en primer lugar un Modelo de Atención, con los principios que se encuentran en la base de la intervención y la gestión, y sobre el que pivotan las acciones. Posteriormente desarrolla la propuesta del itinerario de atención, basándose en la metodología de procesos, definiendo los procesos estratégicos, de soporte y claves, proponiendo en este último, medidas relacionadas con la prevención, detección, diagnóstico y provisión de apoyos y servicios.

2. Justificación

2.1. CONTEXTO NORMATIVO Y ESTRATÉGICO.

El desarrollo de planes de actuación específicos dirigidos a la mejora de la atención de las PDISM ha sido objeto de atención por parte de diversos textos normativos y de planificación a todos los niveles.

En este sentido, la **Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad** (OMS, 2006), vinculante para los Estados Parte que la han ratificado o se han adherido a ella, protege y fomenta los derechos de todas las personas con discapacidad, incluidas las que padecen trastornos mentales e intelectuales y estimula su inclusión plena en la cooperación internacional, y en particular en los programas internacionales de desarrollo. En este mismo contexto internacional el **Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud** (OMS, 2013), recoge en su objetivo 2: *Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta.*

A nivel estatal, la **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud** (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), *aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2006*, indica en su objetivo 4.8 que *“las Comunidades Autónomas contemplarán en sus planes de salud mental, las necesarias especificidades para la atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental”*.

La **Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia** reconoce un nuevo derecho universal y subjetivo de ciudadanía que garantiza atención y cuidados a las personas dependientes, estableciendo en su artículo 27, determinadas disposiciones para la valoración y estimación de las necesidades específicas de las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.

En nuestra Comunidad Autónoma, el **Plan Marco de Atención Sociosanitaria de Extremadura 2005-2010** (Junta de Extremadura, 2005) incluye entre su población destinataria a las personas con trastorno mental grave y discapacidad intelectual, para las que contempla diferentes acciones y dispositivos asistenciales. Además, establece un modelo de atención basado en la definición de procesos transversales, basándose en los principios de separación de las competencias en los ámbitos sanitario y social, la ampliación de servicios en ambos sectores y el establecimiento de criterios de organización y coordinación que garanticen la continuidad asistencial y el seguimiento de las personas con necesidades sociales y sanitarias concurrentes.

De manera específica, el **Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012** (Junta de Extremadura, 2007) definió entre sus objetivos (8.7) la “Atención a las personas con Discapacidad Intelectual que padecen un trastorno mental asociado”, señalando entre otras acciones la elaboración de un Protocolo de Coordinación y Atención y la creación de un servicio especializado.

El **III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020** (Junta de Extremadura, 2017) incluye un objetivo específico (33) destinado a mejorar la atención específica a las personas

con discapacidad intelectual que a su vez presentan trastornos mentales, con presencia o no de alteraciones de la conducta. (PDISM). Para ello contempla:

1. La definición, diseño y puesta en marcha de un Modelo Integral de Atención de las enfermedades mentales y/o alteraciones de conducta en las personas con discapacidad intelectual, basado en los siguientes principios: apoyos personalizados, promoción de un entorno óptimo, dignidad de la persona, apoyo conductual positivo y prevención primaria y secundaria.
2. El incremento de la formación especializada y la disponibilidad de material basado en la evidencia sobre detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento.
3. La puesta en marcha de un Equipo de Soporte de Salud Mental y Discapacidad Intelectual de carácter autónomo.

Desde el punto de vista normativo, el **Decreto 92/2006, de 16 de mayo, por el que se establece la organización y funcionamiento de la atención a la salud mental en la Comunidad Autónoma de Extremadura** determina en su artículo 14 la posibilidad de llevar a cabo *programas específicos* en materia de salud mental. Dichos programas se llevarán a cabo para resolver situaciones como las de pertenencia a colectivos o grupos de riesgo, las que presentan una alta incidencia o relevancia social y sanitaria, como los trastornos mentales graves, la patología dual o los trastornos de la conducta alimentaria. Plantea que, en general, los programas se desarrollarán a través de los dispositivos básicos ya existentes, aunque se podrán establecer, de manera excepcional, unidades específicas para desarrollar determinados programas que por sus características así lo requieran, aunque no supondrán la creación de redes paralelas.

2.2. POBLACIÓN OBJETO DEL PLAN.

Se define como grupo de población objeto del presente Plan a las personas con discapacidad intelectual que a su vez presentan trastornos mentales, con presencia o no de alteraciones de la conducta (PDISM).

Teniendo en cuenta las últimas definiciones de la discapacidad intelectual, entendemos como tal la caracterizada por limitaciones significativas, tanto en funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, como en la conducta adaptativa en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Estas limitaciones se producen en dos o más de las siguientes áreas de: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo. La discapacidad se ha de manifestar antes de los 18 años de edad, (Schalock et al., 2010; Verdugo et al., 2013).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2014), la población con Discapacidad Intelectual objeto de este plan se enmarca en el capítulo de trastornos de neurodesarrollo. De manera específica, se considera la Discapacidad intelectual o Trastornos de desarrollo intelectual como el Trastorno que comienza durante el periodo de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico. Según su gravedad se clasifican en:

- 17 (F.70) Leve.
- 318.0 (F.71) Moderado.
- 318.1 (F.72) Grave.
- 318.2 (F.73) Profundo.
- 315.8 (F.88) Retraso global del desarrollo.
- (F.79) Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) no especificada.

Por lo que respecta a los trastornos mentales, las clasificaciones internacionales definen y categorizan los síndromes y trastornos considerados como tales. Tomando como referencia los que figuran en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos, décima revisión (CIE-10) (OMS, 1992) y con independencia de la atención que reciban en el sistema sanitario, el Plan se centrará fundamentalmente en los que aparezcan de manera concomitante y sinérgica junto con la discapacidad intelectual y que requieran un abordaje conjunto por su impacto clínico, conductual o su persistencia. Sin afán de exhaustividad ni de exclusión, entre ellos se incluyen:

- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.
- Trastornos del humor.
- Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

Asimismo, podemos definir las alteraciones de conducta como aquellos comportamientos “socialmente inaceptables” cuya frecuencia, gravedad y duración ponen en riesgo la integridad física del sujeto, de los demás o del entorno; o que lo limitan significativamente para llevar a cabo una vida lo más normalizada posible, desplazándolo del acceso a entornos más comunitarios (Emerson y Hatton, 1995).

El DC-LD (Diagnostic Criteria- Learning Disabilities), Diagnóstico psiquiátrico, discapacidad intelectual y criterios de diagnóstico para trastornos psiquiátricos en adultos con discapacidad de aprendizaje, codifica 10 tipos de alteraciones de conducta que son: agresividad verbal, agresividad física, conducta destructiva, conducta autolesiva, conducta sexual inapropiada, conducta opositora, conducta demandante, conducta de vagabundeo, combinación de problemas de conducta y otros problemas de conducta.

3.1. DATOS CUANTITATIVOS.

La población extremeña con discapacidad reconocida a 29 de septiembre de 2016, según los datos de los CADEX (Centros de Atención a la Discapacidad de Extremadura) es de 81.921 personas, lo que supone el 7,54% del total de la población de Extremadura. De ellas, un 52% son mujeres. La población con discapacidad intelectual asciende a 9.100 personas (11,1%), mientras que la que presenta discapacidad por enfermedad mental es de 11.059 personas (13,5%).

En general, los estudios internacionales sobre la salud mental de las PDI, muestran que entre el 30 y el 60% de las PDI pueden presentar algún tipo de enfermedad mental. Los datos españoles arrojan cifras similares de manera que se estima que la prevalencia de la enfermedad mental en la población española con discapacidad intelectual o del desarrollo es del 40% aproximadamente (Novell, Rueda y Carulla 2003; Novell, Nadal, Smilges, Pascual y Pujol, 2008). Estudios recientes (Martínez-Leal, et. al. 2011) indican una mayor presencia de trastornos psicóticos en la población con discapacidad intelectual, hasta 31 veces más frecuente.

Realizando una inferencia de estudios e informes nacionales (FEAPS, 2008), (figura 1), y tomando como referencia el estudio realizado por Plena inclusión Extremadura, en 2004, Impacto de los problemas de salud mental y del comportamiento en las personas con discapacidad intelectual (Tabla 1), el número potencial de pacientes a atender, ya sea por la red genérica como por los servicios especializados, sería de 4.227 personas.

Tal y como se observa en la pirámide de datos (Figura 1), del total de población con DI, un 75% equivalen a pacientes con un nivel de trastorno mental/conductual y DI leve, en las que la complejidad de la patología mental y/o conductual no requiere de una atención especializada y por tanto, pueden y deben ser atendidos por la red genérica, mientras que el 25% restante, dada la complejidad ya sea del trastorno psicopatológico y/o conductual o por la gravedad del déficit cognitivo, deberán ser atendidos por un nivel de atención más especializado de Salud Mental–Discapacidad Intelectual. Algunos de estos usuarios (un 10%) requerirán en algún momento de su biografía ingresos en Unidad Hospitalarias Especializadas en Discapacidad Intelectual y Salud Mental.

No obstante, se entiende importante la división de la problemática en función de niveles de complejidad e intensidad, tanto de la patología como de los trastornos conductuales en su caso, ya que las actuaciones deberán orientarse en función de las mismas. Así, por ejemplo, existen casos complejos, extremos que deben tener un circuito de atención consistente en servicios más especializados con un carácter hospitalario y transitorio y otros cuya atención se base en servicios de carácter social especializado y comunitario, como los de vivienda especializados. Asimismo, hay que incorporar en el análisis de las necesidades, las referidas a las familias y cuidadores no profesionales de las PDI con problemas de salud mental, con el fin de ofertarles medidas de apoyo.

En una recogida de datos sobre una muestra de personas con discapacidad intelectual que acudían a centros ocupacionales y de día, realizada en el año 2010 por Plena Inclusión Extremadura, se encontró que el 30,76% de los usuarios/as presentaban algún problema de salud mental.

Por lo que respecta a la red de salud mental y según datos de la Subdirección de Salud mental del SES correspondientes al año 2015, un 1,6% de los casos nuevos atendidos en los Equipos de Salud Mental y un 3% de los nuevos atendidos en los Equipos de Salud Mental Infantojuveniles, son personas diagnosticadas de discapacidad intelectual.

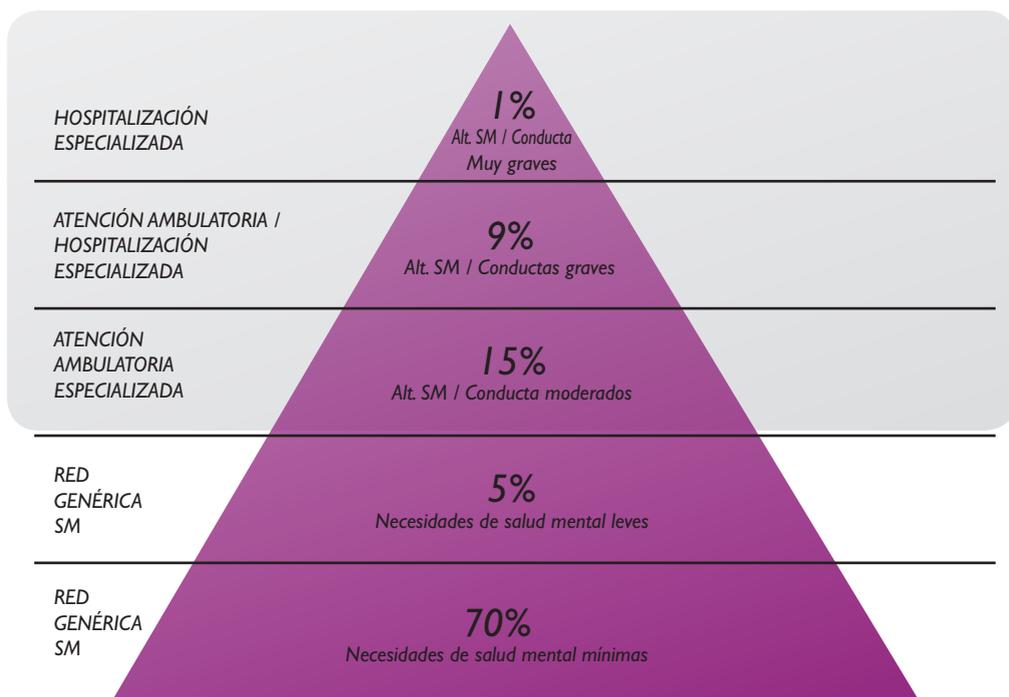


Figura 1. Complejidad y especialización de servicios en la atención a PDISM. Adaptada de Novell (2004)

	Población Total	Población con DI	DI Ligera	DI Moderada	DI Grave	DI Profunda	SM
%		1,21%	89%	7%	3%	1%	32,67 %
CÁCERES	405.616	4.908	4.368	343	147	49	1.603
BADAJOS	663.803	8.032	7.148	562	241	80	2.624
TOTAL	1.069.419	12.940	11.516	905	388	129	
			12.421		517		4.227

Tabla 1. Estudio: Análisis del impacto de los problemas de salud mental y del comportamiento en las personas con discapacidad intelectual. FEAPS Extremadura (2004).

3.2.FUNCIONAMIENTO DE LAS REDES DE ATENCIÓN.

La atención que reciben las PDISM, está condicionada por el carácter social y sanitario de las demandas que plantean y que por ello, deben ser solventadas tanto en la red sanitaria de salud mental, como en la red de servicios sociales especializados que atienden a las personas con discapacidad. Esta condición socio-sanitaria de las necesidades cuestiona el funcionamiento de ambas redes y obliga a la necesidad de ofrecer respuestas coordinadas y complementarias en el marco de un proceso de atención, aspecto éste no siempre fácil, teniendo en cuenta la separación administrativa y organizativa en la que se desenvuelven las mismas.

Superar este marco es precisamente uno de los principales retos de este Plan. Analicemos por ello someramente, la situación de partida.

3.2.1. RED GENERAL DE ATENCIÓN. SERVICIOS SANITARIOS DE SALUD MENTAL.

La demanda asistencial existente en los Equipos de Salud Mental limita sus posibilidades para atender de una manera más adecuada a esta población. En este sentido, se encuentran limitaciones relacionadas con la disponibilidad de tiempo, formación, e instrumentos de diagnóstico y evaluación. Ello repercute en las dificultades para ajustar los diagnósticos y realizar propuestas de intervención adecuadas y en definitiva, en una baja calidad de las actuaciones.

En este sentido, el modelo de atención es reactivo. Es el paciente el que acude a la consulta y en caso de no hacerlo, no existe ningún mecanismo que permita la intervención.

Asimismo, los dispositivos hospitalarios generalistas para la atención de la patología aguda en salud mental (Unidades de Hospitalización Breve), atienden situaciones de descompensación psicopatológica con carácter puntual y transitorio en hospitalizaciones de corta estancia (no más allá de 3-4 semanas), lo que en ocasiones no permite una remisión completa de la psicopatología o un ajuste adecuado del tratamiento farmacológico, no siendo posible, tampoco, la intervención conductual.

Del mismo modo, existen criterios de exclusión en los dispositivos de salud mental por la condición de persona con discapacidad intelectual y viceversa, de tal manera que las redes no son permeables, lo que contribuye a la pérdida de sinergias.

3.2.2. RED GENERAL DE ATENCIÓN. SERVICIOS SOCIALES ESPECIALIZADOS.

La atención a las PDI, se lleva a cabo en la red de servicios sociales especializados, mayoritariamente a través de las entidades del tercer sector, mediante servicios concertados (Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura, MADEX) o subvencionados con el SEPAD. En la actualidad no está contemplado en el MADEX, la atención a este grupo de población, lo que supone una dificultad en el abordaje de dicha problemática en los servicios concertados.

Por lo que respecta al acceso de las PDI a los distintos centros de la red, la competencia de los CADEX en relación a las solicitudes de ingreso viene regulada por el Decreto 45/2002, *por el que se regula el procedimiento de acceso a centros de atención a personas con discapacidad psíquica de la Comunidad Autónoma de Extremadura, de 16 de abril* y por el Decreto 151/2006, *por el que se regula el Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX) de 31 de julio*.

En base a dicha normativa, el Equipo de Valoración y Orientación (EVO) realiza un informe completo de la situación del usuario/a y hace una orientación concreta sobre el perfil que presenta. Cuando la petición viene regulada por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, el EVO hace un informe breve referido sólo al perfil que presenta el usuario.

Los informes del EVO proponen y orientan sobre el perfil más idóneo de la persona, teniendo en cuenta el diagnóstico principal, la patología que presenta, las necesidades de apoyo y las características de los centros de la cartera de servicio. En el caso de derivación hacia servicios de vivienda o diurnos para PDI, ésta se lleva a cabo en la actualidad cuando la discapacidad intelectual es predominante sobre otro tipo de trastornos. Esto es:

- Personas que presentan discapacidad intelectual y/o problemas de conducta, pero que no interfieren en el normal desenvolvimiento del centro.
- Personas que presentan discapacidad intelectual y trastorno mental, que según los informes de salud mental, se encuentran en una situación estable, no presentan problemas de convivencia y no interfieren en el normal desenvolvimiento del centro.

Por tanto, no se derivan hacia este tipo de centros cuando el cuadro predominante que presenta el usuario/a es un trastorno mental, con graves problemas de conducta, incumplimiento de medicación y de normas o escasa conciencia de enfermedad. Si además la persona tiene una discapacidad intelectual, se le orienta a la Unidad de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual y Alteraciones de Conducta Graves (UDAC) o a un recurso de salud mental, con el objetivo de estabilización del cuadro para su posterior ingreso en un centro para PDI. Si sólo presenta el trastorno mental, se le deriva a un recurso de salud mental.

En los últimos años, se detecta en los CADEX un aumento significativo de solicitudes para ingreso en centro de personas cuya discapacidad proviene de distintas situaciones:

1) Personas que tienen un **Trastorno Mental** de varios años de evolución y que en los informes recientes aparece el diagnóstico de **Inteligencia límite** (basados en pruebas psicométricas exclusivamente y realizadas recientemente). En la exploración que lleva a cabo el EVO y en los informes que se recaban, no hay indicios del problema cognitivo en el periodo del desarrollo.

En estos casos, cuando la discapacidad predominante es el Trastorno Mental y presenta problemas importantes de autocontrol, convivencia, adaptación o cumplimiento de normas,

se hace propuesta de ingreso en un centro de salud mental y/o UDAC hasta que se establezca el cuadro. Posteriormente, se valora el perfil para ingreso en el centro más adecuado para personas con discapacidad intelectual.

2) Personas con un **Trastorno Mental, Consumo de Tóxicos y diagnosticados recientemente de Inteligencia Límite.**

Estos casos se tratan de igual modo que los anteriores. Se plantea la necesidad de establecer unos criterios claros sobre el perfil en estos casos, ya que se detectan problemas posteriores de adaptación al centro, así como dificultades de convivencia.

3) Personas con un **Trastorno Mental** como secuela de la **violencia de género** recibida y diagnosticadas ahora de **Inteligencia Límite.**

Para hacer un diagnóstico de Discapacidad Intelectual, hay que tener en cuenta además de los datos psicométricos, la conducta adaptativa y el nivel de desenvolvimiento en el entorno, así como las necesidades de apoyo de la persona, y todo ello valorado en el periodo de desarrollo. Por ello, creemos muy importante a la hora del diagnóstico, que se tengan en cuenta los tres parámetros y no sólo los datos psicométricos.

Por todo lo anteriormente expuesto, se plantea la necesidad de aplicar criterios claros para llevar a cabo la valoración del perfil de PDISM, así como la determinación de las características de los distintos centros de la cartera de servicios actual.

En este sentido, se detectan déficits en la capacidad de atención y cobertura de las necesidades que presenta este grupo de población en la red de atención social especializada (diurna y de vivienda), lo que en ocasiones provoca situaciones de conflicto, merma de la atención en el resto de usuarios/as y, en consecuencia, una escasa calidad de atención en dichos recursos.

Por lo que respecta a la red de servicios sociales especializados en materia de salud mental y trastorno mental grave, en concreto la red de centros residenciales de rehabilitación y pisos supervisados, en abril de 2016, se encontraban en espera de acceso 9 y 2 personas respectivamente, que presentaban diagnóstico de trastorno mental y discapacidad intelectual. No existe lista de espera para el acceso al resto de los recursos (Programas de Integración Laboral y de Integración Social).

Dicha red no está regulada normativamente, por lo que no existe en la actualidad, impedimento a ese nivel para el acceso, más allá de la consideración de la idoneidad del perfil que realice la comisión de valoración, encargada del acceso a los recursos o en su caso, de los profesionales de los mismos. No obstante, en los pliegos de prescripciones técnicas de los nuevos contratos de centros residenciales de rehabilitación (CRR) y pisos supervisados (PS) se recoge, no como criterio excluyente, sino como condiciones que dificulten el acceso para CRR y PS, la situación de las personas que presenten retraso mental moderado o severo.

En general, se entiende que el acceso a dichos recursos está condicionado por las posibilidades de utilización de los programas de rehabilitación que en ellos se ofrecen, considerando el nivel cognitivo del usuario y las posibilidades de adaptación del mismo tanto a los recursos como al entorno comunitario en el que se desenvuelven.

3.2.3. LOS DISPOSITIVOS ESPECIALIZADOS.

Las dificultades para acceder a los servicios genéricos pueden conducir a las PDISM a una situación de bloqueo entre los servicios de la red social de atención a la discapacidad y los servicios sanitarios, sin recibir la intervención apropiada.

Los datos comparativos de la prevalencia de enfermedad mental y de acceso a la atención especializada, muestran que los servicios de salud mental genéricos son poco utilizados por las PDISM y, cuando acceden a ellos, se proporciona un abanico más reducido de servicios en comparación con las personas sin discapacidad.

Conscientes de esta situación, en Extremadura se creó en el año 2013 la UDAC (Unidad de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual y Alteraciones de Conducta Graves). Dicha unidad está destinada a "personas que presentan una discapacidad intelectual leve o moderada, con trastornos graves de conducta, continuados y persistentes, asociados o no a diagnóstico de enfermedad mental, que influyan negativamente en el entorno en que reside habitualmente y no remitan mediante tratamiento ambulatorio, ni después del tratamiento correspondiente en la Unidad de Hospitalización Breve".

Como único servicio especializado, se reconoce su utilidad terapéutica para determinados usuarios/as y su papel de bisagra entre ambas redes, que pone en evidencia la problemática existente.

Sin embargo, una de las dificultades en su funcionamiento se deriva de su condición inicial de dispositivo no sanitario, es decir, del carácter de servicio social que se le dio en su origen. Ello ha ido condicionando su funcionamiento, por las dificultades para el acceso de usuarios/as desde la red de salud mental, por el propio desconocimiento del dispositivo en dicha red y por los criterios acceso, de alta y de reingreso, que en ocasiones han sido percibidos desde el sistema sanitario con cierta rigidez y con un carácter "social" más que sanitario. Se encuentra también restringida a usuarios/as de los recursos residenciales. No obstante, desde su puesta en marcha estos criterios se han ido adaptando y en la actualidad se producen ingresos desde la red de salud mental.

En este sentido, se plantea la necesidad de su apertura a la red sanitaria y su definición como un servicio sanitario, con un carácter transitorio al estilo de otros servicios hospitalarios, que incluya además, servicios básicos de dicho sistema, como el acceso al sistema de información sanitario, entre otros. Prueba de ello es la aparente escasez de derivaciones. En los últimos 3 años se han derivado 58 personas a dicho servicio.

Además, como hemos indicado, no existen dispositivos especializados comunitarios de servicios de vivienda, y soporte en las entidades de discapacidad, que den respuesta al alta de la persona en la UDAC.

3.2.4. COORDINACIÓN.

El abordaje de las necesidades de las PDISM requiere, como hemos indicado, de la participación de los servicios sanitarios y sociales, la intervención de profesionales de diferentes disciplinas y el diseño y seguimiento de las actuaciones en un circuito asistencial previamente definido o diseñado individualmente. Todo ello implica el establecimiento de cauces formales de comunicación y coordinación y el diseño de procesos de atención que afectan a varios sectores de la administración y a las propias entidades prestadoras de servicios, en un procedimiento articulado y estable. Su carencia puede provocar ineficiencias y falta de atención adaptada a las necesidades de la persona.

En la actualidad existen modelos de coordinación socio-sanitaria que son referentes en el marco europeo de atención a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y trastorno mental, como el de Gales. En España algunas Comunidades Autónomas como Cataluña, han desarrollado servicios basados en estos modelos. Aun así, la realidad mayoritaria es que las personas reciben una atención fragmentada y descoordinada.

A pesar de los intentos realizados de carácter local o en territorios concretos, no existe en Extremadura, una política articulada para dar respuesta a las necesidades de las PDISM de manera coordinada entre los diferentes sistemas de atención. Como hemos indicado, en Extremadura, el Plan Integral de Salud Mental elaborado en 2007 y recientemente el III Plan 2017-2020, contemplan la necesidad de elaborar un protocolo de coordinación y atención a las PDISM, actuación no acometida y de necesario cumplimiento.

Abordar la patología mental en el ámbito de la Discapacidad Intelectual debe animar a implantar modelos especializados de coordinación socio-sanitaria para atender de forma sostenible y adecuada la cronicidad de estas personas, evitándose una innecesaria presión sobre los pacientes, las familias y los cuidadores.

En este sentido, se detectan las siguientes carencias:

- Las actuaciones se encuentran descoordinadas con las del resto de la red.
- No existen mecanismos estables de coordinación entre las redes y los profesionales.
- Se echa en falta una definición de los itinerarios de las actuaciones, un mecanismo de gestión de casos conjuntos y protocolos de actuación escritos para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento.

3.2.5. FORMACIÓN.

La eficacia y calidad de los servicios para PDISM, está estrechamente relacionada con la disponibilidad de profesionales suficientemente capacitados y con experiencia en todos los niveles. Su carencia puede ser una de las principales barreras para el desarrollo de una red de atención eficiente.

La especialización de servicios mejora las habilidades de los profesionales y sus competencias, aumentando la probabilidad de un tratamiento eficaz y promoviendo la base para la docencia y la investigación.

A pesar de la trayectoria formativa de algunas entidades, como Plena inclusión Extremadura en ofrecer foros y canales formativos en el ámbito de la Enfermedad Mental y la Discapacidad Intelectual y de las iniciativas puntuales de la Administración, a través de sus vías de formación, el personal sanitario carece de la formación especializada necesaria a nivel de diagnóstico e intervención.

Este Plan pretende contribuir a la mejora de la atención a las PDISM y sus familias, en el marco de un modelo de atención socio-sanitario. Para ello busca establecer un marco integral de atención en el que se señalen acciones concretas a poner en marcha en esta materia en los próximos años y orientar de manera precisa los planes y las estrategias que desde la administración pública y desde la red de discapacidad se puedan llevar a cabo.

Son, por ello, objetivos específicos del Plan de Acción:

- Mejorar la calidad de la atención a los problemas de salud mental y/o de la conducta de las PDI, promoviendo su derecho a una salud integral.
- Delimitar de manera clara un modelo de atención para las PDISM, que sirva de orientación en los próximos años, para el desarrollo de actuaciones.
- Definir el proceso de atención que permita una mejora en la atención fluida a las necesidades de las PDISM.
- Determinar y definir el tipo de recursos que se necesiten para la atención específica de las PDISM.
- Señalar de manera precisa, las acciones a llevar a cabo para la modificación y mejora de las actuales redes de atención.
- Establecer los mecanismos que aseguren un adecuado seguimiento de las actuaciones contempladas y contribuyan a su mejora y actualización.

Para cada proceso se plantean medidas concretas a poner en marcha, lo que constituye el núcleo del Plan de Acción.

5. Mapa de Procesos

La propuesta de modelo y líneas de actuación que se recogen en el presente Plan, se han organizado y estructurado por procesos¹, y representados gráficamente en el Mapa que se plasma a continuación (figura 3). En él, se define el itinerario de atención a las PDISM en la Comunidad Autónoma de Extremadura (procesos claves) y los pasos y estrategias necesarias a desarrollar (procesos estratégicos y de soporte), para que la atención a las PDISM, se proporcione con las mayores garantías posibles, en un marco de equidad y calidad de la atención. De ese modo, las líneas propuestas en este Plan se vertebran en:

- **Procesos Estratégicos:** Se recoge el conjunto de estrategias y objetivos que desde la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura se van desplegar en colaboración con el entorno, para mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades de atención de las PDISM en Extremadura, *(investigación, prevención, coordinación, calidad, formación y seguimiento y evaluación del Plan)*.
- **Procesos Claves:** Se recoge el proceso de atención a la PDI con alteraciones de la salud mental, desde la detección hasta el seguimiento y evaluación de la intervención, que son claves e incidirán de manera directa en la mejora del estado de salud y calidad de vida de la persona *(detección, diagnóstico y evaluación, proceso de derivación, provisión de apoyos y servicios, y seguimiento y evaluación del Plan de Atención Individualizado)*.
- **Procesos de Soporte:** Se recoge y definen las áreas de actuación que van a proporcionar los recursos y apoyos necesarios, al itinerario de atención de la persona *(sistemas de información, alianzas con las redes de atención, soporte documental)*.

Mapa de Procesos: Atención a la Salud Mental y/o Alteraciones de la Conducta de las PDISM en Extremadura.

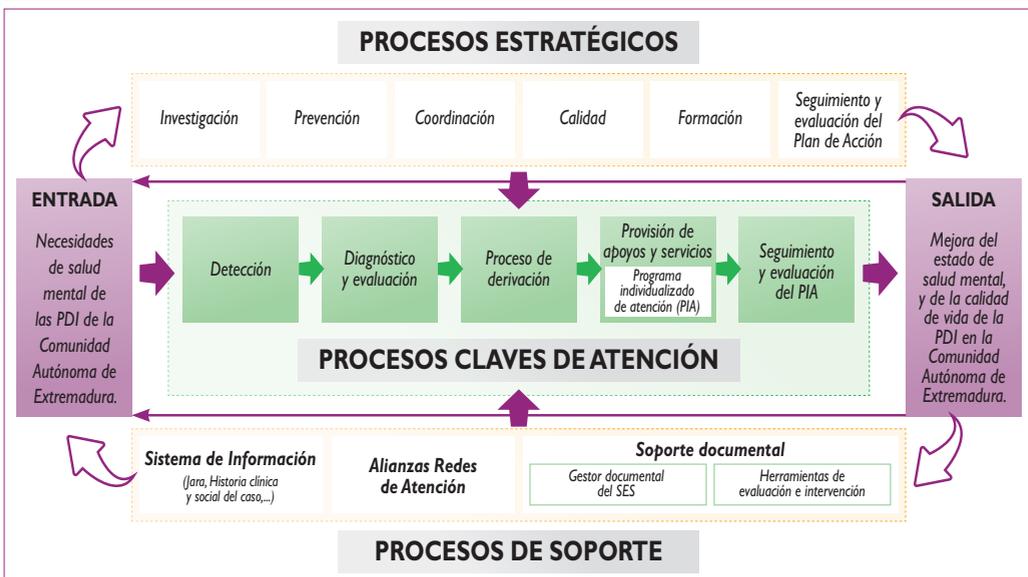


Figura 2. Mapa Proceso de Atención a la Salud Mental y/o de la Conducta de la población con DI.

¹. Un proceso, es un conjunto de interacciones humanas y materiales que tienen un inicio y un final, claramente identificables. Es una transformación, que pretende conseguir al final, un producto o servicio que añada valor para el cliente y/o destinatario de un servicio, con respecto a la situación de partida. (Garau, 2005)

6.1. PRINCIPIOS GENERALES DEL MODELO.

El modelo de atención que se propone está basado en los siguientes principios de atención a las PDISM.

1. **Situar el respeto y la promoción de los derechos de las PDISM en el núcleo de los servicios y de las actuaciones** desarrolladas por los/las profesionales, pero también de las decisiones adoptadas, a nivel institucional, en relación con su planificación y su dotación.

1.1. **Inclusión en la comunidad**, mediante la promoción de apoyos y acceso a servicios de carácter comunitario que limite lo menos posible los derechos de la persona.

1.2. **Promoción de un entorno óptimo para la persona**, que implica además de la presencia de la persona en la comunidad, respeto, capacidad de elegir y adquisición de competencias para la realización de actividades significativas, entre otras cosas.

1.3. **Dignidad de la persona**. Siempre que sea posible, toma de decisiones consensuadas, que respeten absolutamente la dignidad y la integridad de la persona, rechazando prácticas aversivas a respuestas de descontrol emocional. Las intervenciones físicas sólo deberían usarse después de que otros métodos menos intrusivos hubiesen sido ya experimentados.

2. **Aplicación efectiva en los servicios, de los nuevos modelos sociales y sanitarios internacionales de atención a la discapacidad**. El constructo de Calidad de Vida; El Paradigma y el Modelo de Apoyos; La Planificación Centrada en la Persona; El Apoyo Conductual Positivo.

2.1. **Dejar de centrar la atención en los déficit de la persona con discapacidad para centrarla en su autodeterminación y su inclusión**. Identificar qué apoyos necesita una persona para participar en su comunidad, y asumir roles socialmente reconocidos que le permitan llevar el tipo de vida que desea llevar y sentirse más satisfecha con su vida. Esto nos lleva a ofrecer una nueva descripción de las PDI usuarias de esos apoyos, basada en sus necesidades personales y en sus aspiraciones.

2.2. El Modelo de Apoyos diferencia **varias áreas importantes en la vida y en el desarrollo personal**: vida en casa, vida en la comunidad, formación y educación, empleo, salud y seguridad, área conductual, área social, y protección y defensa de la persona.

2.3. **Intervención basada en los apoyos, mediante la elaboración de planes individuales de apoyo basados en el concepto de atención centrada en la persona**. Las intervenciones más eficaces se basan en un profundo conocimiento de la persona, de sus necesidades, de sus contextos sociales y de la función que, en dichos contextos, desempeñan sus conductas problemáticas.

2.4. **Modelos de atención basados en el Apoyo Conductual Positivo**: El Apoyo Conductual Positivo comparte sus valores y principios así como su objetivo último de mejora de la

calidad de vida, con la filosofía del modelo de apoyos y con el aprendizaje de habilidades adaptativas. Constituye una técnica de intervención y aprendizaje aplicable con carácter general a todas las personas, presenten o no discapacidades, aunque su núcleo principal son las conductas problemáticas:

- Las conductas problemáticas están directamente relacionadas con el contexto en el que se producen.
- Las conductas problemáticas tienen una función muy concreta para la persona que las presenta.
- Las intervenciones más eficaces se basan en un profundo conocimiento de la persona, sus contextos sociales, y de la función que, en dichos contextos, desempeñan las conductas problemas.
- El apoyo conductual positivo debe basarse en valores respetuosos de dignidad de la persona, de sus preferencias, y de sus metas individuales.

3. **Prevención:** *Primaria*, con estrategias para prevenir la aparición de las alteraciones de la conducta, que irán dirigidas a modificar los entornos, a la enseñanza de habilidades (de funcionamiento, y afrontamiento), mejora de la comunicación y el aumento de las interacciones, y fortalecimiento de habilidades y competencias. *Prevención Secundaria*, con estrategias de intervención temprana para prevenir que se incremente los episodios de alteraciones de la conducta. *Prevención Terciaria*, con estrategias de intervención reactivas, que respondan de forma segura y eficiente a las conductas problemas y/o trastornos mentales.

4. **Articulación flexible de los servicios:** Organizar la red en base a criterios de ordenación basados en la intensidad de los apoyos prestados, de tal manera que mejore su capacidad de adaptación a la evolución de las necesidades de las personas atendidas.

6.2. MODELO DE PROVISIÓN DE SERVICIOS.

En la actualidad, existen varios modelos de atención socio-sanitaria de referencia, tanto en Europa como en España, que son exitosos y sus resultados están basados en la evidencia en la población con discapacidad intelectual que presenta trastornos mentales. En concreto, se han analizado dos de ellos que se consideran, en el sector, referentes para la mejora de la atención de la Salud Mental de este grupo de población: El modelo de Gales (Reino Unido), y el modelo socio-sanitario de Cataluña en materia de servicios especializados en salud mental en población con discapacidad intelectual o del desarrollo.

Ya hemos comentado más arriba las dificultades que presentan las PDISM para acceder a los servicios genéricos tanto de salud, como de atención social y la situación de bloqueo y desajuste asistencial que estas dificultades pueden ocasionar. Si bien deberíamos asumir que el 75% de las PDI, aquellas con menor afectación o cuya patología psiquiátrica y conductual sea fácilmente manejable, deben ser atendidos por los profesionales de la red genérica, deberíamos también tener en cuenta que aproximadamente un 25% de ellos tiene una serie de características vinculadas a su déficit cognitivo que dificultan el abordaje de esta problemática desde los dispositivos convencionales de Salud Mental. Este grupo de población requiere de mayor tiempo de evaluación, sus características clínicas son diferentes a las manifestadas por la población general y suelen requerir de personal especialmente entrenado en la evaluación y tratamiento de sus trastornos (Bouras, 1999).

Por ello y teniendo en cuenta el modelo de atención socio-sanitaria de nuestra región, hemos planteado la necesaria planificación de apoyos y servicios englobados en la redes genéricas de salud mental y discapacidad, la creación de servicios especializados en el abordaje de la problemática específica que presentan las PDISM y el desarrollo de mecanismos de coordinación entre las redes, encuadrado todo ello en el diseño de un proceso de atención específico, con los siguientes principios:

- 1) Prestación de cuidados basada en un modelo de atención a la persona compartido por todos los dispositivos y servicios que forman parte de la red sanitaria y de la red social de discapacidad.
- 2) Separación de la atención prestada en el sistema sanitario y en el social, acorde al modelo de atención socio-sanitario de Extremadura, que plantea una separación competencial entre ambas redes y una complementariedad entre las mismas.
- 3) Mejora de la atención prestada a la PDISM en los diversos recursos de atención ya existentes, tanto en el primer nivel de atención, como en el segundo. Dicha mejora pretende maximizar su capacidad de atención, como elemento clave de la accesibilidad, garantizar la continuidad del paciente en su entorno natural y proporcionar una atención lo más normalizadora posible. Dichos recursos serían:
 - a) En el sistema sanitario: Atención primaria y atención especializada de salud mental, dependientes del Servicio Extremeño de Salud (SES).
 - b) En el sistema social: Servicios sociales de atención básica y servicios sociales de atención especializada, tanto de discapacidad como de salud mental, dependientes del Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia (SEPAD).
- 4) Desarrollo de servicios especializados de "tercer nivel" en ambos sistemas, que complementen y apoyen en determinados casos la atención prestada por los sistemas anteriores.

5) Desarrollo de mecanismos de relación, comunicación y coordinación que garanticen la atención integral, la continuidad de la asistencia y que esté basada en un proceso de atención único.

6) En los diferentes niveles, es de suma importancia la coordinación con los profesionales (médico, psicólogo, terapeuta ocupacional y personal de atención directa) de los centros especializados en PDI y/o con los familiares, los cuales por su conocimiento de la persona, aportarán una amplia información para una correcta valoración.

6.2.1. PRIMER NIVEL.

Está formado por todos los dispositivos y servicios que son accesibles de manera directa a todos los ciudadanos. En el sistema sanitario, el primer nivel lo constituyen los Equipos de Atención Primaria y en el social, los Servicios Sociales de Base.

Con carácter general, dichos recursos atenderán la demanda procedente de la familia y o persona con discapacidad intelectual de manera directa, y realizarán las tareas de detección, evaluación, información, orientación e intervención, en aquellos casos de discapacidad intelectual leve que presenten trastorno mental leve y alteraciones de conducta de fácil manejo.

6.2.2. SEGUNDO NIVEL.

El segundo nivel de intervención está formado por los recursos que tienen un carácter especializado en la atención a los problemas de salud mental y a los de discapacidad.

En Extremadura, la red de atención a las necesidades sanitarias y socio-sanitarias de las personas con trastorno mental está formada por los Equipos de Salud Mental, los Equipos de Salud Mental Infante Juvenil, las Unidades de Hospitalización Breve, de Media Estancia, de Rehabilitación Hospitalaria, y de Centros de Rehabilitación Psicosocial.

Por su parte, los servicios sociales especializados disponen de:

- Una red de recursos de apoyo residencial y de integración social y laboral para personas con trastorno mental grave, formada por Centros Residenciales de Rehabilitación, Pisos Supervisados, Centros de Integración Social y Centros de Integración Laboral.
- Una red de servicios de atención a la discapacidad formada por Centros Ocupacionales, Centros de Día, Atención Temprana, Habilitación Funcional, Residencias de Apoyo Extenso, Residencias de Apoyo Limitado y Viviendas Tuteladas.

La atención a las PDISM se llevará a cabo con carácter preferente en dichas redes de atención, procurando las mejoras y los apoyos necesarios que garanticen la calidad de la misma. Con carácter general, atenderá la demanda presentada por las Personas con Discapacidad intelectual que presenten a su vez un trastorno mental leve, moderado o grave y alteraciones de conducta de fácil manejo.

6.2.3. TERCER NIVEL

Como se ha indicado, el modelo de atención por el que apostamos, propugna el desarrollo de dispositivos especializados de tercer nivel para atender determinadas problemáticas de las PDISM que no puedan ser abordadas de manera directa por los recursos de las redes generales descritas. Esta especialización de los servicios se sustenta en lo siguiente:

- El diagnóstico de los trastornos mentales en las personas con discapacidad intelectual presenta una serie de peculiaridades que requiere de habilidades especiales y de experiencia, por la naturaleza atípica de su presentación, las dificultades de comunicación y, a menudo, la ausencia de quejas subjetivas (Reid, 1972; Hucker, Day, George y Roth, 1979; Reiss y Szysko, 1983; Sovner, 1986; Fraser y Nolan 1994).
- Son necesarias técnicas de evaluación y tratamiento altamente especializadas para el abordaje de la mayoría de problemas, algunas de ellas exclusivas para esta población, mientras que otras deben ser adaptadas a las limitaciones del individuo.
- Las intervenciones terapéuticas deben ser modificadas y deben tener en cuenta las limitaciones intelectuales.
- Es necesario adecuar los tratamientos farmacológicos y monitorizar de forma cuidadosa, dado el elevado riesgo de efectos secundarios y de reacciones paradójicas.
- El tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento deben tener en cuenta las patologías físicas, que frecuentemente complican la discapacidad intelectual, especialmente la epilepsia.
- Debemos tener en cuenta también las peculiaridades de determinadas patologías psíquicas que complican el pronóstico y la evolución, como son los fenotipos conductuales y los trastornos del espectro autista.
- Los servicios especializados aumentan las habilidades de los profesionales y sus competencias, aumentando la probabilidad de un tratamiento eficaz y exitoso, y promueven la base para la docencia y la investigación.

Por tanto, entendemos que estas necesidades sólo pueden ser cubiertas en un contexto multidisciplinar que incluya a profesionales especializados y formados en este ámbito.

Esta red estará formada por distintos tipos de servicios de orientación comunitaria, hospitalaria y de viviendas, que hemos identificado de la siguiente manera:

- Equipo de Soporte de Salud Mental, especializado en la atención a las PDISM.
- Unidad de Hospitalización de Media Estancia, especializada en las PDISM.
- Servicios de vivienda especializados para las PDISM ubicados en entornos normalizados.
- Programas de apoyo específicos a los servicios sociales especializados de la red de discapacidad y salud mental.
- Apoyo a los familiares de PDISM, a través de programas específicos de “apoyo al cuidador/a principal”.

Sus características, funciones y composición se detallan más adelante. Estos servicios atenderán la demanda que presenten las personas con discapacidad intelectual de cualquier grado, y trastorno mental moderado o grave, que vayan acompañadas de alteraciones de conducta de difícil manejo. Además proporcionará atención a usuarios/as ya atendidos en 2º nivel con dificultades diagnósticas y/o terapéuticas significativas.

Para garantizar una adecuada coordinación de la red social y sanitaria, se le añaden una serie de mecanismos de coordinación y criterios de derivación que permitan una relación fluida entre los servicios y la continuidad asistencial entre los mismos.

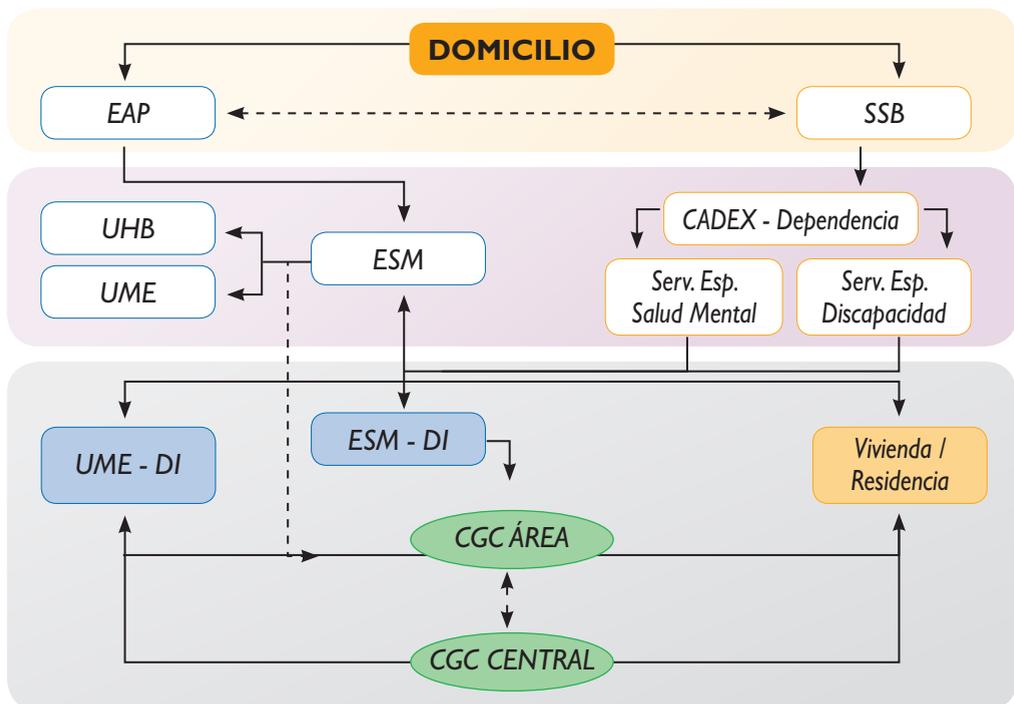


Figura 3: Esquema de recursos y servicios.

6.3. MODELO DE ATENCIÓN A LA PERSONA.

El proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento para las PDISM debe basarse en un modelo de Atención Centrada en la Persona, un concepto que se desarrolla progresivamente desde los años 70 a partir de un conocimiento profundo de los derechos de las PDI, que orienta hacia una normalización en sus vidas bajo cinco principios esenciales: presencia comunitaria, participación comunitaria, competencia, elecciones y respeto (O'Brien, 2003).

Se basa fundamentalmente en la elaboración de un programa de planificación individual como herramienta de trabajo, dando mayor poder a la persona y a su círculo de apoyo, desarrollando sus capacidades y facilitando el acceso a oportunidades y recursos, con los apoyos necesarios, para alcanzar una mayor calidad de vida basada en sus propias preferencias y valores (FEAPS, 2007). Este modelo se sustentará en el "Paradigma de los Apoyos" de Schalock (2010) (figura 4), Componentes del proceso de evaluación de necesidades y de planificación de los apoyos, paradigma que deja de centrar la atención en los déficits de la persona con discapacidad para centrarla en su autodeterminación y derechos. (Verdugo y Schalock, 2013).

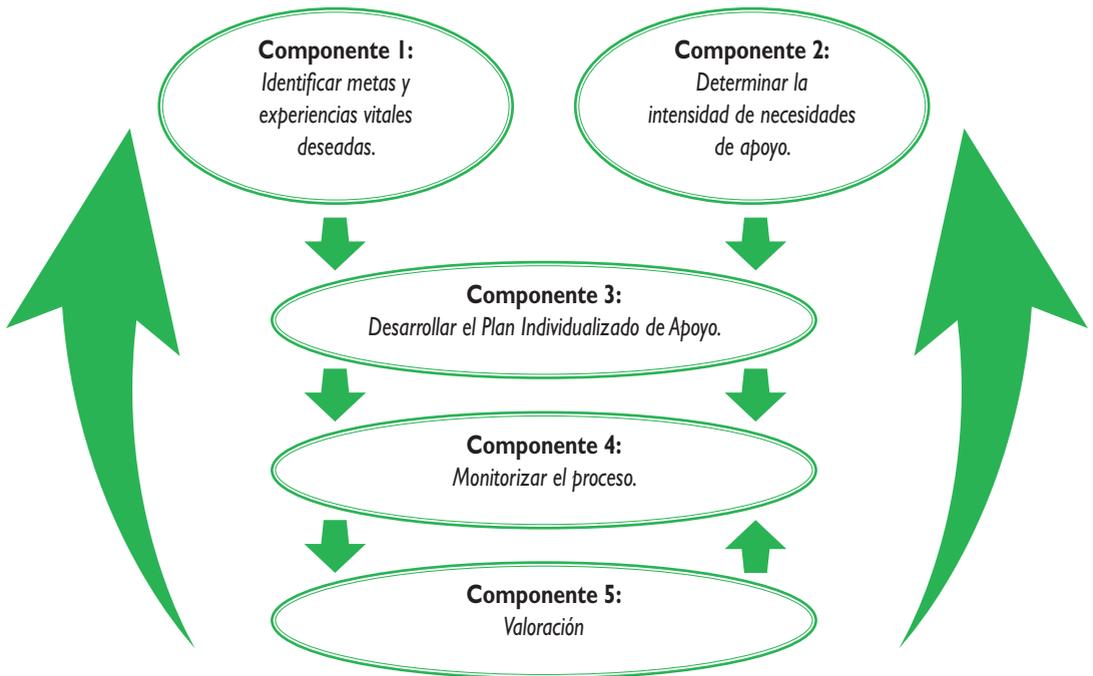


Figura 4: Planificación de los apoyos. (Schalock et al., 2010).

El esquema principal del protocolo en lo que respecta a la atención de las PDISM, se representa en la siguiente figura (Figura 5), siempre desde un modelo de apoyos basados en la evaluación de necesidades y la planificación de los apoyos necesarios.



Figura 5: Atención Centrada en la Persona. Adaptado de Novell (2016).

7.1. PROCESOS CLAVE .

7.1.1. DETECCIÓN.

La detección de las necesidades de una PDISM se realiza generalmente en el entorno comunitario en el que se desenvuelve la persona, siendo el domicilio y la propia red de discapacidad los más habituales.

La primera atención de esta necesidad la lleva a cabo el profesional de atención directa ya sea del sistema sanitario (Equipo de Atención Primaria, EAP) o del social (Servicio Social de Base, SSB, o Servicios Especializados), siendo esencial la intervención de ambos.

El EAP llevará a cabo la valoración e intervención oportuna, según se explicará más adelante y derivará en caso necesario, al Equipo de Salud Mental (ESM) según los criterios anteriormente indicados.

Por su parte, si de esta primera atención realizada, el SSB dedujera la necesidad de acceso a algún dispositivo de la red social especializada en materia de salud mental o discapacidad, llevará a cabo la solicitud del trámite de valoración de la situación de dependencia y la solicitud de la valoración de discapacidad, según los modelos existentes. Esta misma actuación se llevará a cabo por parte de la Unidad de Trabajo Social del EAP.

Si esta detección se realiza en un centro de tipo social, será derivado para su valoración al EAP y posterior derivación, si procede, a los Equipos de Salud Mental. La atención sanitaria de la psicopatología será prestada por la red de salud mental correspondiente, quien se encargará de la evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente. El personal del centro deberá mantener un contacto periódico con el dispositivo de la red de salud pública que corresponda, con el fin de favorecer una labor de coordinación continua.

ACCIONES. DETECCIÓN

1	Formación de los profesionales del primer nivel en la detección básica de psicopatología en PDI y en los criterios de derivación.
2	Puesta a disposición de los profesionales del primer nivel de herramientas y soportes documentales para la consulta de criterios de atención y abordaje básicos para las PDI.
3	Establecimiento de cauces de comunicación y consulta con los servicios especializados de salud mental.
4	Coordinación, fomento de la relación y el asesoramiento en caso necesario, con los profesionales de los servicios que atienden a la PDI.

7.1.2. EVALUACIÓN.

El diagnóstico de los trastornos psiquiátricos en las PDI se fundamenta en una multitarea que incluye la anamnesis y la entrevista con el paciente, junto con los hallazgos de la exploración psicopatológica y conductual. En las PDI leve y moderada está preservada a menudo la expresión verbal, pero en las PDI grave y profunda las capacidades verbales son muy limitadas o están ausentes, lo que limita las posibilidades de exploración.

En estos casos, el acceso al estado mental es inferencial y necesitamos la información y observación proporcionada por terceras personas. En trastornos como la demencia, donde podemos observar de forma objetiva el deterioro progresivo en las tareas de la vida diaria y de autocuidado y cambios en el comportamiento, o en el trastorno bipolar, donde los cambios básicos conductuales, en las funciones vegetativas, en el nivel de actividad y en el estado anímico pueden ser identificados y registrados, las limitaciones del lenguaje son menos importantes. Pero, en la esquizofrenia y los trastornos paranoides, donde el diagnóstico se basa en la identificación de trastornos en el curso y contenido del pensamiento y en experiencias alucinatorias, fenómenos delirantes e ideas de influencia, la capacidad comunicativa es capital y hace difícil, por no decir imposible, diagnosticar cuando el nivel cognitivo es muy bajo.

En este sentido, la Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo en la edición 11º de su Manual, publicado en 2011, conceptualiza la Persona con Discapacidad Intelectual como un ser humano multidimensional y recomienda que se le entienda desde una perspectiva global teniendo en cuenta sus capacidades y limitaciones referidas a la competencia intelectual, a las conductas adaptativas como respuestas a las exigencias del entorno, a la salud física, mental y comportamental, a la cantidad y calidad de las relaciones sociales y al contexto físico y psicosocial donde desarrolla su vida cotidiana.

Recomendamos tener en cuenta los siguientes aspectos a la hora de evaluar a la PDI:

- Considerar el impacto de las limitaciones cognitivas y físicas en la expresión sintomatológica.
- En una gran parte de la población con DI, la herramienta fundamental para llevar a cabo el proceso de evaluación no será la entrevista clínica, sino la observación y los registros conductuales llevados a cabo, siempre que sea posible, en los lugares donde desarrolle el paciente su actividad cotidiana.
- Entrevistar a las personas cercanas al paciente (familia, cuidadores, etc.). En las personas gravemente afectadas serán la fuente de información primordial.
- Conocer y reducir el efecto de la aquiescencia cuando entrevistamos al sujeto y valorar la capacidad de elección mediante técnicas de elección graduada (p.ej. escalas tipo Likert).
- Tener en cuenta el efecto del enmascaramiento psicosocial (Sovner, 1986) que refleja cómo el empobrecimiento de las experiencias de la vida y de las capacidades sociales tienen influencia en la expresión sintomatológica.

- Conocer las características y posibles alteraciones comunicativas del paciente y utilizar un lenguaje adaptado a su nivel cognitivo, es decir, lo más sencillo y comprensible posible.
- Utilizar la comunicación no verbal como forma de acercamiento y como elemento clarificador de las cuestiones planteadas.
- Utilizar instrumentos diagnósticos adecuados y fiables para la población con discapacidad intelectual: PASS-ADD (Moss, et al., 1991), DASH-II (Matson, Coe, Gardner y Sovner, 1991), DC-LD (Royal College of Psychiatry, 2001)
- Cualquier evaluación o valoración no debe centrarse exclusivamente en la limitación, la enfermedad mental incapacitante o el deterioro, sino que también debe dirigirse a las potencialidades de la persona.

Se tendrán en cuenta los siguientes criterios para el diagnóstico de Trastorno Mental en PDI:

1. Clínicos, a través de las Clasificaciones Internacionales.
2. Duración del trastorno mayor a 2 años.
3. Puntuación en Escala de Funcionamiento Global (GAF) < 50.
4. Gravedad clínica en los diagnósticos mencionados, p.ej: presencia de delirios y/o alucinaciones, conductas desadaptativas graves, auto-heteroagresividad.
5. Elevada utilización de los servicios: hospitalizaciones largas (> 90 días) o más de 3 ingresos en un año, o hiperfrecuentación de urgencias.

Para la correcta evaluación de las PDI que residen en centros especializados se recomienda que la información sea recogida por los profesionales del centro, ya que conocen mejor a la PDI en su funcionamiento diario, y se recomienda elaborar un informe para entregar a los profesionales del EAP, ESM o ESM-DI en la primera visita, así como un informe de evolución y seguimiento en las visitas sucesivas.

Las recomendaciones para llevar a cabo la evaluación de las PDISM en los distintos niveles de intervención, se incluyen en el ANEXO I (Orientaciones para la Evaluación).

7.1.3. DIAGNÓSTICO.

El proceso de diagnóstico de una PDISM, en la Comunidad Autónoma de Extremadura lo realizarán:

- En el primer nivel, el médico de Atención Primaria.
- En el segundo nivel, el psiquiatra y/o psicólogo clínico del Equipo de Salud Mental.

- En el tercer nivel, el psiquiatra y/o psicólogo clínico del Equipo de Salud Mental de soporte en Discapacidad Intelectual.

Dado que los sistemas diagnósticos actuales, establecidos para la población general, CIE-10 y DSM-5 no están adaptados a PDI, tenemos que basar nuestra evaluación diagnóstica en manuales adaptados a esta población como son DM-ID y DC-LC:

El **DM-ID o Diagnostic Manual-Intellectual Disabilities** es una adaptación del DSM-IV para PDI, editado por la Asociación Nacional para el Diagnóstico Dual (NADD) en colaboración con la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

El **DC-LD o Diagnostic Criteria for Learning Disabilities**, editado por el Real Colegio de Psiquiatras del Reino Unido, es una adaptación del CIE-10 para PDI en el que se establece una nueva clasificación diagnóstica multiaxial:

- Eje I: Nivel de discapacidad intelectual.
- Eje II: Causa de la discapacidad intelectual.
- Eje III: Trastornos psiquiátricos
 - Nivel A: Trastornos del desarrollo.
 - Nivel B: Enfermedad mental.
 - Nivel C: Trastornos de personalidad.
 - Nivel D: Problemas de conducta.

ACCIONES. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

1	Formación especializada en la evaluación, diagnóstico e intervención con PDISM destinada a incrementar la capacidad de abordaje de los profesionales de los servicios sociales y de los sanitarios.
2	Puesta a disposición de los profesionales implicados, de las herramientas diagnósticas adecuadas.
3	Establecimiento de cauces de comunicación y consulta con los servicios especializados para la atención de PDISM.
4	Mejora de la comunicación del sistema sanitario con los profesionales de los servicios de atención directa al usuario, de tal manera que se incremente la información disponible para un mejor diagnóstico.
5	Diseño de modelos estandarizados para la recogida de información de la PDISM, que faciliten el trasvase de la misma y su posterior devolución a los profesionales de intervención directa.

7.1.4. DERIVACIÓN.

VARIABLES PARA LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS.

Con el fin de garantizar la mejor red de apoyos y servicios para la PDISM, según sus particulares necesidades de salud mental y apoyo, a continuación se relacionan una serie de variables a considerar en la asignación de recursos.

CARACTERÍSTICAS PERSONALES.

1) Edad de la Persona.

- a) Menor de 16/18 años
- b) Mayor de 18 años.

2) Situación legal y/o penal.

- Persona con la capacidad de obrar modificada (antes Incapacitación) y /o con medidas de apoyo (Tutela, curatela y defensor judicial).
- Personas que se encuentren cumpliendo penas privativas de libertad.

3) Nivel de Discapacidad Intelectual y de conducta Adaptativa. Diagnóstico de la Discapacidad Intelectual (según criterio de la AAIDD del año 2012², DSM-5 o CIE-10).

- 4) Grado de discapacidad:
 - a) F70. Leve.
 - b) F71. Moderado.
 - c) F72. Grave.
 - d) F73. Profundo.

5) Intensidad de los Apoyos:

- a) Intermitente.
- b) Limitado.
- c) Extenso.
- d) Generalizado.

6) Grado de dependencia (Reconocida en base a los criterio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia)

- a) Grado 3: Gran dependencia

2. AAIDD: Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual y Discapacidades del Desarrollo.

- b) Grado 2: Dependencia Severa
- c) Grado 1: Dependencia Moderada

7) Necesidades de atención sanitaria:

- Atención general preventiva o de seguimiento: No requiere la intervención de personal sanitario en el servicio, sino que abarca la atención que se presta en cualquier entorno familiar.
- Atención sanitaria no especializada: se refiere a la atención primaria o básica, que requiere la intervención de médico no especialista y/o, en su caso, de personal de enfermería.
- Atención médica especializada: se refiere a la atención en Psiquiatría y en Neurología, que requiere la intervención de médicos especialistas.

CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO SOCIAL Y FAMILIAR.

1) Dinámica familiar:

- a) Dinámica familiar débil, como contribuyente a los problemas de conducta.

2) Composición y características del núcleo familiar:

- a) Un solo cuidador/a.
- b) Edad avanzada de los padres y/o cuidadores principales.
- c) Situación de dependencia de los padres y/o cuidadores principales.

3) Soporte familiar para la persona con DI:

- a) Soporte familiar débil.
- b) Carencia de soporte familiar.

4) Dificultades de manejo del problema de salud Mental y/o de la conducta en el domicilio familiar/Cuidadores principales:

- a) Dificultad en el manejo de la conducta y/o enfermedad mental.
- b) Imposibilidad de manejo.

5) Dificultad de manejo del cuadro conductual en el centro o servicio comunitario donde recibe apoyos la persona con DI:

- a) Dificultad en el manejo de la conducta y/o enfermedad mental.
- b) Imposibilidad de manejo.

GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y/O ALTERACIONES DE LA CONDUCTA.

1) **Diagnóstico de enfermedad mental.** CIE-10 o DSM-5.

2) **Presencia o no de Graves Problemas de Conducta:** *Conductas anormales desde el punto de vista cultural, de tal frecuencia, duración o intensidad que ponen en riesgo la seguridad física, el bienestar o la calidad de vida de la persona o de otros, o bien que impiden a la persona que las muestra el acceso a los recursos ordinarios de la comunidad (Emerson, 2001).*

A efectos de derivación de los servicios, la gravedad de la conducta vendrá determinado por el juicio clínico del profesional (psiquiatra y/o psicólogo), en base a un profundo conocimiento de la persona y la administración de herramientas de valoración conductual, como por ejemplo la Escala de Valoración Conductual Breve (BBAT) (Smith y Nethell 2014) y/o registros conductuales.

GARANTÍA DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA DERIVACIÓN Y EL ALTA.

El paso de un usuario/a de un servicio a otro deberá llevarse a cabo siguiendo una serie de recomendaciones que favorezcan la continuidad y homogeneidad de la atención y la integración de toda la información disponible sobre el usuario/a y su Plan de Atención Individualizado. Por ello, se proponen una serie de recomendaciones sobre el mismo.

El propio Plan de Acción establece una serie de mecanismos para promover la derivación (ver el apartado "Coordinación"), por lo que la adecuada utilización de las Subcomisiones previstas y el grado de coordinación que se realice con los Equipos de Salud Mental, tanto generales como especializados y la participación de los profesionales de referencia, serán la garantía en la mejora de la continuidad de la atención.

PREPARACIÓN DEL ALTA.

En cada uno de los dispositivos y de manera previa al alta, el profesional encargado del caso planificará la misma con cada uno de los profesionales que hayan intervenido. Las condiciones del alta del usuario/a se determinarán a través del Plan de Atención Individualizado y si es posible, con el consenso del usuario/a y de su familia.

En el caso de Unidades Hospitalarias se comenzará a planificar y preparar el alta desde el mismo momento del ingreso con el fin de movilizar los recursos que se prevean más idóneos y orientar el plan de intervención a la salida al mismo. En este tipo de recursos y en los de tipo residencial, el Alta debe ser comunicada y planificada con al menos dos semanas de antelación, para que el paciente y familia puedan prepararse emocionalmente, plantear dudas y expresar expectativas.

En este proceso será esencial el papel de la familia y su implicación, así como el profesional de referencia del recurso en el que haya estado recibiendo atención la persona.

Con este fin, en determinados recursos como por ejemplo la UHDAC, se podrán establecer permisos durante estancia y/o pre-alta, que tienen como objetivo valorar el funcionamiento del paciente y su adaptación al entorno familiar y social, con una duración variable. En dichos permisos previos al alta, se observará la generalización y aplicación de habilidades adquiridas durante el ingreso, la presencia de conducta disfuncionales, etc. Del mismo modo, cuando se tenga identificado el recurso más idóneo para la persona, se valorará la derivación temporal del paciente a dicho recurso, a fin de favorecer su adaptación y asegurar la continuidad de la atención.

INFORME DE ALTA.

El informe de alta se le entregará siempre al paciente y en su caso a la familia y/o tutor del mismo en el momento del alta. Debe hacer mención a los aspectos clínicos, rehabilitadores, sociales y a las intervenciones y recomendaciones terapéuticas. Se especificarán:

- Datos esenciales de la valoración: (de necesidades, de Salud general y de salud mental, de habilidades adaptativas, de evaluación neuropsicológica y evaluación conductual), funcional.
- Datos sobre los objetivos del plan de tratamiento (apoyos, intervención farmacológica, intervención psicoterapéutica y de apoyo conductual) y sobre su evolución.
- Recomendaciones relativas a la continuación del proceso de tratamiento y rehabilitación.
- Indicaciones específicas dirigidas al paciente y su entorno social y familiar.
- Se podrá anexar al Informe de Alta, informes de evolución emitidos por cualquier otro profesional.

DERIVACIÓN.

Existirán informes de derivación establecidos y homologados para la derivación, tratamiento y atención a cada uno de los recursos.

I. En el caso de derivación para tratamiento a servicios especializados de tercer nivel, dichos informes deberán contemplar la información básica que permita al servicio receptor del paciente valorar la idoneidad del acceso e iniciar el proceso de valoración del mismo. Por ello será imprescindible que contenga, además de los datos generales del usuario/a, información sobre:

- a. Los criterios de derivación detallados en el apartado Variables para la asignación de recursos
- b. Un resumen del plan de intervención individualizado seguido hasta el momento y sus principales resultados.

c. El motivo de la derivación.

El profesional responsable del caso, podrá convocar en los casos más complejos, a la Subcomisión de Gestión de Casos (SGC), dependientes de las Comisiones de Salud Mental de Área, como estructura y espacio para la comunicación, coordinación y evaluación del caso que asegure y permita la continuidad de la atención y la óptima coordinación con los recursos donde reciba atención la persona.

2. En el caso de derivación al alta a recursos de segundo nivel, tanto sanitarios como sociales, con independencia de que cada uno de ellos tenga establecidas unas vías y unos requisitos de acceso que habrán de ser tenidos en cuenta, se enviará al recurso receptor un informe de alta con la siguiente información:

- a. Datos básicos de tipo sociodemográfico.
- b. Datos clínicos y de funcionamiento actual basados en el apartado Variables para la asignación de recursos.
- c. Objetivos del plan de tratamiento seguido en el recurso y su evolución.
- d. Recomendaciones relativas a la continuación del proceso de tratamiento y rehabilitación.
- e. Indicaciones específicas realizadas al paciente y su entorno social y familiar.

COORDINACIÓN PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

Como pautas generales para favorecer la continuidad de cuidados y además de lo establecido en el apartado Coordinación, se mantendrán las siguientes indicaciones por parte de los dispositivos:

- Información y coordinación con el profesional de referencia del ESM.
- Coordinación con los profesionales de los servicios sanitarios y sociales de utilización pública.

En este sentido, será fundamental el papel del ESMDI, como dispositivo especializado, para promover el seguimiento del PAI y de las indicaciones al alta, así como la supervisión del caso en los recursos donde se encuentre el paciente. La coordinación de dicho Equipo de Soporte con los recursos generales y el papel de las estructuras de coordinación, como la Subcomisión de Gestión de Casos, serán esenciales para garantizar dicha continuidad.

ASIGNACION DE RECURSOS DE APOYO Y DE

	Variables	RED DE SALUD MENTAL					
		Sanitaria					
		General				Especializada DI y SM	
		A.P.	ESM	EIJ	UHB	ESM DI	UHDAC
CARACTERIST. PERSONALES	Edad persona <18						
	Discapacidad Intelectual (L,E,G) >18						
CARACTERISTICAS ENTORNO SOCIAL Y FAMILIAR	Dinámica débil, (posible contribuyente de P.C).						
	Composición y características núcleo familiar:						
	• Cuidadores mayores.						
	• Dependencia (grado 2 y 3) de los cuidadores.						
	Soporte familiar PDI						
	• Soporte familiar débil						
GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y/O ALTERACIONES DE LA CONDUCTA	• Carencia de soporte familiar.						
	Dificultades de manejo del Problema de S.M y/o P.C en el domicilio:						
	• Se maneja la conducta.						
	• Imposibilidad de manejo.						
	Dificultad de manejo del P.C en el Centro o servicio comunitario						
	• Se maneja Bien						
GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y/O ALTERACIONES DE LA CONDUCTA	• Dificultad en el manejo						
	• Imposibilidad de manejo.						
	Diagnostico de enfermedad mental.						
	• E. Mental abordable en la red general						
	• E. Mental NO abordable en red general.						
	Presencia o no de graves P.C. Alteraciones de Conducta de elevada F.G.D.						
GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y/O ALTERACIONES DE LA CONDUCTA	Cariotipo y fenotipo conductual.						
	Autismo.						
	Cronicidad vs puntualidad del trastorno de conducta y/o enfermedad.						
	Comorbilidad con otras enfermedades físicas y/o mentales.						

7.1.5. INTERVENCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN.

Los distintos servicios que intervienen en la atención deberán elaborar un **Plan de Atención Individualizado** (PAI) por un equipo multidisciplinar. En la elaboración de dicho Plan intervendrán el Equipo de Salud Mental (ESM) o el Equipo de Soporte de Salud Mental especializado en la atención a las personas con discapacidad intelectual (ESM-DI). En el caso de personas que estén siendo atendidas por la red de servicios sociales especializados, este Plan será elaborado de manera conjunta y consensuada con el equipo de profesionales del recurso donde se encuentre la PDISM, incluyendo al personal de atención directa.

En cada uno de los recursos existirá un *Profesional de Referencia*, por acuerdo de todo el equipo multidisciplinar, que sea capaz de coordinar todas las intervenciones que se lleven a cabo con las PDISM en aquellos casos que por su intensidad o complejidad requieran de un mayor nivel de apoyo y seguimiento.

En relación al caso, este profesional realizará las siguientes funciones

- a) Mantener activo el PAI, haciendo constar toda la información que se ha recogido en las diferentes visitas.
- b) Velar por la detección de las necesidades no satisfechas en el menor tiempo posible.
- c) Informar y coordinar a los diferentes profesionales de las necesidades detectadas.
- d) Convocar reuniones periódicas para satisfacer las necesidades detectadas.
- e) Informar en las reuniones de seguimiento multidisciplinar del resultado del proceso de seguimiento.

Se elaborará un **plan de intervención centrado en los apoyos** que incluya los siguientes objetivos:

- Proveer de los apoyos necesarios a la PDISM de acuerdo con su nivel de discapacidad en su entorno habitual.
- Estabilización del trastorno mental y/o alteración de conducta, de acuerdo con sus características y nivel de gravedad, mediante la atención psiquiátrica, psicoterapéutica y psicosocial adecuada a cada caso.
- Control de las alteraciones de conducta según su nivel de gravedad y aprendizaje del manejo de las mismas por el usuario/familiares/personal de atención directa, mediante intervenciones psicofarmacológica, psicoterapia de orientación cognitivo-conductual, psicoeducación, plan de apoyo conductual positivo y orientación familiar.

Asimismo, se elaborará en caso necesario, un **Plan de Apoyo Conductual Positivo**. El modelo que se propone no solo tiene por efecto reducir las conductas problema sino también ayudar a

las PDI a lograr la mejor calidad de vida posible (La Vigna, 1986). Este modelo, se basa en cuatro componentes:

- 1. Manipulaciones ecológicas:** Cambios en el ambiente físico, programático e interpersonal para que éste se ajuste mejor a las necesidades y características de la PDI.
- 2. Programación positiva:** Dotar a la PDI de medios más eficaces, y socialmente aceptables, que le permitan cubrir sus necesidades y desenvolverse adecuadamente en su entorno físico y social, mediante la adquisición de una serie de habilidades generales, específicas y de adaptación personal.
- 3. Apoyo protésico:** Estrategias de afrontamiento directo para desarrollar la capacidad de disminuir las conductas problemáticas de forma proactiva.
- 4. Estrategias reactivas:** Intervenciones de carácter inmediato ante conductas problemáticas potencialmente dañinas, hasta que se adquieren habilidades y estrategias de afrontamiento más adecuadas.

Por lo que respecta al **tratamiento psicofarmacológico**:

1. Seguir unas normas generales para la prescripción racional de psicofármacos en las PDISM.
2. Utilizar protocolos de tratamiento psicofarmacológico para trastornos mentales en PDI, según evidencia científica disponible.
3. Monitorización de efectos secundarios del tratamiento psicofarmacológico cada 3 - 6 meses con escalas de valoración de efectos secundarios.

Los dispositivos ambulatorios especializados, deben poder ofrecer un seguimiento de la persona tanto tiempo como su estado lo requiera, bien sea después de una evaluación inicial o bien después de un periodo intensivo de intervención. El número de visitas de seguimiento varía mucho, pero una vez el usuario/a se haya estabilizado dentro de un nivel de vida con calidad, y las estrategias aplicadas resultan efectivas, el contacto mantenido será mucho más esporádico. El contacto ambulatorio determinado en el plan de intervención, contemplarán diferentes aspectos:

- Seguimiento psiquiátrico para el control y evaluación del trastorno psicopatológico y de la intervención psicofarmacológica.
- Seguimiento de la intervención no farmacológica: psicológico (cognitivo-conductual) y neuropsicológico.
- Apoyo y orientación en el ámbito social y legal, a cargo del trabajador/a social.
- Apoyo, formación y orientación en la atención a las familias.
- Apoyo, formación, monitorización y coordinación con los Centros, específicamente de los responsables de la implementación del Plan de Apoyo Conductual Positivo.

- Apoyo, formación y coordinación con los Equipos de Salud Mental para la elaboración del Análisis Breve de la Conducta (BBAT).

Se producirá el alta del usuario/a cuando se consigan los objetivos del PAI. Esta decisión se tomará de forma conjunta en la reunión multidisciplinar. Para ello se elaborará un informe de alta que se entregará al usuario/a o tutor/a en su caso, con copia para el responsable del recurso correspondiente y del que se dejará copia en la historia clínica del ESM. Será importante utilizar un lenguaje llano y comprensible, que pueda ser entendido por todos los posibles destinatarios/as del informe.

El informe contendrá los siguientes apartados:

- Datos de filiación de la persona en seguimiento.
- Diagnóstico clínico: según criterios CIE-10 y DC-LD
- Resumen del proceso y objetivos del PAI ya cumplidos, que constituyen el motivo del alta.
- Resumen de otras necesidades detectadas y no satisfechas y, en su caso, motivos por los que no se puede llegar a un cumplimiento integral de objetivos.
- Programa de Apoyo: Acciones e intervenciones a realizar en su entorno habitual, personas responsables y frecuencia con que deben proporcionarse los soportes.
- Plan de Contingencia: Actuaciones e intervenciones previstas en caso de que se produzcan nuevas crisis y/o alteraciones de conducta.
- Tratamiento al alta incluyendo medidas no farmacológicas y farmacológicas.
- Medicación y efectos secundarios: se dejará constancia del tratamiento y detalles sobre el mismo que se le ha prescrito, la dosis, la frecuencia de uso, información y consideraciones sobre efectos secundarios.
- Comentarios al alta y firmas.

ACCIONES. INTERVENCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

1	Diseño de modelos estandarizados y de pautas específicas para el desarrollo de los PAI.
2	Desarrollo de pautas e indicadores que sirvan de orientación a los profesionales en el seguimiento de las intervenciones.
3	Mejora de la comunicación con los profesionales de los servicios sociales especializados que atienden al usuario/a orientada al seguimiento de las pautas e indicaciones.

7.1.6. PROVISIÓN DE SERVICIOS.

SEGUNDO NIVEL.

Con carácter general, la atención a las PDISM se llevará a cabo en este segundo nivel de atención, utilizando para ello, la red de servicios de salud mental y la de discapacidad ya descrita, con los criterios de atención que se establece para cada uno de ellos y las orientaciones generales proporcionadas.

Dado que el objetivo es maximizar la capacidad de atención en los recursos ya existentes, como garantía de continuidad de la atención y mantenimiento de la PDISM en su entorno, se pondrán en marcha determinadas medidas destinadas a potenciar dicha atención e incrementar su calidad en cada uno de los procesos clave descritos. De manera concreta, se pondrán en marcha las siguientes actuaciones.

ACCIONES. RED DE SERVICIOS SOCIALES

1	Definición en el MADEX de las necesidades específicas de las PDISM y previsión de los apoyos necesarios para su mantenimiento en el entorno comunitario y servicios (diurnos y/o de vivienda) donde esté siendo atendida la persona con carácter ordinario. Este apoyo deberá ser individualizado, flexible y limitado temporalmente.
2	Soporte del ESM-DI en la entidad/servicio donde recibe apoyos la persona.
3	Establecimiento de medidas que garanticen unos estándares de calidad y buena práctica orientados a la mejora de las actuaciones de los diferentes profesionales basadas en criterios de evidencia como el Apoyo Conductual Positivo y Apoyo Activo.
4	Mejora de la capacidad de valoración de la problemática de las PDISM por parte del CADEX, con el fin de orientar al servicio más adecuado.
5	Eliminación del criterio genérico de discapacidad intelectual como condición que dificulte el acceso a Centros Residenciales de Rehabilitación (CRR) y Pisos Supervisados (PS), dentro de la red de salud mental.
6	Eliminación del criterio genérico de trastorno mental como condición de exclusión para el acceso a los recursos de discapacidad intelectual.

7	<p>Apoyo a los familiares de PDI con graves alteraciones de la salud mental y/o de la conducta (orientación, formación, respiro y atención domiciliaria), a través de programas de "apoyo al cuidador/a principal", orientadas a posibilitar la permanencia en el entorno de la persona con graves alteraciones de la salud mental y paliar la sobrecarga que implica su cuidado:</p> <ul style="list-style-type: none">• Mejora de la coordinación de las actuaciones y recursos que se desarrollen con la familia por parte de las organizaciones de discapacidad, Servicios Sociales Básicos y especializados, Servicios de Ayuda a Domicilio y Programas de Atención a Familias.• Establecimiento de una línea de apoyo, a las/los cuidadores principales de PDISM, mediante la articulación de servicios de respiro (puntuales, o temporales), que favorezcan la permanencia de la persona en su entorno.<ul style="list-style-type: none">- Respiro mediante estancias temporales en servicios de vivienda.- Respiros diurnos en periodos vacacionales.- Respiro puntuales en el domicilio de la PDI, con el fin de ir avanzando hacia un modelo más inclusivo, comunitario y que prevenga otras fórmulas de apoyos más restrictivas para la persona y más costosa como un ingreso en un servicio de vivienda permanente.
8	<p>Consideración general en ambas redes de que el acceso a uno u otro recurso se debe regir por las posibilidades de utilización de los programas de rehabilitación, los apoyos que se ofrece en cada uno de los dispositivos, el perfil cognitivo y de funcionamiento que presente cada persona y no por el diagnóstico, como criterio de exclusión.</p>
9	<p>Incremento progresivo de la capacidad de detección, evaluación, diagnóstico e intervención en los recursos de la Comunidad Autónoma de Extremadura, mediante la incorporación de las actuaciones y recomendaciones que mejoren la aplicación de los procesos clave descritos.</p>
10	<p>Potenciación de la formación, como medida transversal y herramienta básica para el desarrollo y aplicación progresiva de las recomendaciones y criterios contenidos en este Plan.</p>
11	<p>Incremento de la coordinación entre las prestaciones de habilitación funcional dirigidas al tratamiento psicológico, las intervenciones en los dispositivos especializados y las intervenciones del sistema sanitario.</p>

ACCIONES. RED SANITARIA

1	Eliminación de las barreras de entrada a los recursos de rehabilitación dependientes del sistema sanitario, que estén redactadas con términos genéricos y no estén justificadas desde el punto de vista del objetivo del recurso.
2	Incremento progresivo de la capacidad de resolución de los problemas presentados, mediante la incorporación de las actuaciones y recomendaciones que mejoren la aplicación de los procesos clave descritos.
3	Potenciación de la formación, como medida transversal y herramienta básica para el desarrollo y aplicación progresiva de las recomendaciones y criterios contenidos en este Plan.
4	Eliminación o revisión del "uso proporcionado" de las contenciones mecánicas. Elaboración de un protocolo para adaptar la atención.
5	Uso racional y ajustado de la intervención farmacológica, además de añadir otras posibles vías de intervención en coordinación con los centros de procedencia.
6	Fomento de la coordinación de los equipos profesionales de las distintas redes de atención, para velar por el cumplimiento del Plan de Atención Individual (PAI) en aquellas personas que estén mostrando signos precoces de desarrollar alteraciones de la conducta o trastorno mental.
7	Coordinación con los recursos sociales especializados o sanitarios de procedencia de la persona.

TERCER NIVEL.

EQUIPO DE SOPORTE ESPECIALIZADO EN SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD INTELLECTUAL (ESMDI)

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS.

Se trata de un equipo especializado para el apoyo y soporte a la atención a las PDISM que se presta en los servicios de la red de salud mental y de servicios sociales de atención a la discapacidad. Su función es la de prestar apoyo, asesoría y consultoría a otros profesionales y atención directa de los pacientes, cuando así sea solicitado por aquellos y se cumplan los criterios de inclusión.

Su objetivo es ofrecer apoyo y asesoramiento en el proceso de diagnóstico, evaluación e intervención a personas con DI, en sus diferentes grados, que presentan trastornos de salud mental de carácter moderado o grave y/o trastornos de conducta (conductas desafiantes) de difícil manejo y a aquellos atendidos en los dispositivos de segundo nivel, pero que presenten dificultades diagnósticas y/o terapéuticas significativas.

Estará formado por distintos perfiles profesionales con formación específica y que desarrollen su trabajo en equipo.

Desde el punto de vista organizativo estos equipos de soporte deben comenzar su labor a petición de los profesionales, nunca a partir de enfermos o familias. Este debe ser considerado un elemento de calidad fundamental para hacer que no se conviertan en un nivel paralelo de atención y asegurar de esta forma una utilización adecuada de estos equipos.

Por ello realizará las siguientes funciones:

- Desarrollo y apoyo a actividades de prevención y promoción.
- Apoyo y asesoramiento a los profesionales de la red especializada de salud mental y de la red de discapacidad, en el proceso de diagnóstico, evaluación y seguimiento a las PDISM. Interconsulta y asistencia directa mediante la evaluación de la PDISM, y la familia, y el diseño de la estrategia terapéutica más adecuada junto con el profesional responsable del paciente, cuando éste solicite su intervención y el paciente cumpla los criterios establecidos.
- Diagnóstico, evaluación y diseño de planes de intervención en los casos en los que, según protocolo establecido, se requiera la intervención directa de los profesionales del Equipo.
- Formación de los profesionales de los dispositivos de la red de salud mental y discapacidad en la evaluación, el diagnóstico y la intervención con PDISM, que incrementen la capacidad de resolución de dichas redes.
- Participación en las Comisiones y Subcomisiones de gestión de casos complejos que se lleven a cabo, prestando asesoramiento en el proceso de toma de decisiones sobre el PAI y fomentando la continuidad de cuidados.
- Desarrollo de actuaciones de mejora de la calidad de la atención en ambas redes de atención.

CRITERIOS DE ACCESO AL ESMDI.

La demanda podrá llegar desde los recursos de la red de discapacidad, de salud mental o de los servicios sanitarios especializados, incluyendo las unidades de hospitalización de tipo general (UHB, UME, URH) y especializada (UHDAC) que se encuentren atendiendo al usuario.

Los usuarios deben cumplir criterios:

A. Discapacidad intelectual, entendida como un déficit en diferentes áreas cognitivas (atención, lenguaje, memoria, ejecución, gnosis, visuo-perceptivas, etc.) que suponen una dificultad en la correcta ejecución de las habilidades adaptativas y del funcionamiento social. Este déficit cognitivo no será, única y etiológicamente, secundario a una enfermedad mental.

B. Evidencia de una enfermedad mental, incluida en los siguientes sistemas de clasificación: CIE-10, DSM-V, DMID y/o DC-LD.

C. Presencia de una o más alteraciones graves de la conducta que, por su intensidad, frecuencia o duración, limiten de forma importante a la persona para la utilización de recursos comunitarios.

La atención a la PDISM en su entorno habitual debe ser el eje de toda la intervención y es importante por diversas razones. En primer lugar es el medio donde la conducta se origina y nos permite analizar y/o modificar aquellos factores ecológicos que pueden participar en la aparición y mantenimiento del problema. En segundo lugar, las relaciones personales habituales son elementos importantes tanto para el desarrollo como para el abordaje del trastorno, utilizándolos en este caso con finalidad terapéutica.

El éxito de las estrategias de intervención en este tipo de usuarios/as no sólo depende de la capacidad de los equipos técnicos para elaborar y comunicar la realización de los planes terapéuticos (Morgan, 1990), sino sobre todo de la capacidad de formación y motivación de los profesionales que llevan a cabo el plan de intervención. Su carencia puede ser una de las principales barreras para el desarrollo de una red de atención eficiente (Parmenter, 1988; Zarfaz, 1.988; Day, 1992; MHMR 1993).

El equipo técnico que realizará la mayoría de visitas de asesoramiento serán el psiquiatra y el psicólogo del ESMDI, incluyendo el enfermero/a, trabajador/a social y terapeuta ocupacional en aquellos casos en que sea necesario. El asesoramiento tratará de ofrecer formación básica en las habilidades necesarias para llevar a cabo la evaluación y el diagnóstico de los trastornos mentales y/o conductuales en usuarios con DI, y para la elaboración, el diseño y la aplicación de una intervención biopsicosocial eficaz.

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN PARA PERSONAS CON DI Y TRASTORNOS DE CONDUCTA. (UHDAC)

DEFINICIÓN

La UHDAC es un servicio de hospitalización de media estancia para la atención de personas con discapacidad intelectual y alteraciones de conducta graves, asociadas o no a trastorno mental, diseñado para cumplir las funciones de tratamiento y rehabilitación.

Su objetivo general es conseguir la remisión de la sintomatología y la mejoría conductual a través de un abordaje psiquiátrico, psicoterapéutico y psicosocial especializado. Dicho abordaje se realizará en un entorno terapéutico adaptado y en un contexto hospitalario, proporcionando medidas terapéuticas y rehabilitadoras que disminuyan el riesgo de institucionalización y faciliten la inserción social y la continuación del tratamiento en los dispositivos de tipo comunitario.

En el marco del Plan de Acción se ubica como un recurso especializado y específico de tercer nivel de atención, y que es de elección cuando se precise un abordaje intensivo, clínico y rehabilitador. La UHDAC tiene como finalidad el tratamiento especializado de la psicopatología y la sintomatología

conductual, promoviendo la rehabilitación, la normalización y la mejora de la autonomía de la PDI, facilitando así la posibilidad de retorno del paciente a su lugar de procedencia.

La estancia en la Unidad es de carácter temporal, condicionada a la respuesta del/de la usuario/a al programa de atención individualizada (PAI). En cualquier caso, la estancia máxima se establece en 6 meses, pudiendo ser ampliados hasta un máximo de 12 meses en aquellos casos que no se haya producido una remisión de la sintomatología y la correspondiente mejora en dicho periodo.

OBJETIVOS.

- Establecer un adecuado diagnóstico y un plan de intervención.
- Conseguir la máxima estabilización posible de la sintomatología y la mejora clínica
- Fomentar el aprendizaje de nuevas conductas, la reducción de las conductas desadaptadas y el incremento de la autonomía personal.
- Promover la continuidad de la intervención y de los niveles de autonomía en los recursos a los que sea derivado el paciente.
- Mejorar la capacidad de intervención del entorno familiar y social de la persona.
- Contribuir a la reinserción social y ocupacional.
- Colaborar en las tareas de mejora de la formación y la investigación en esta área específica.
- Favorecer la coordinación con el resto de los dispositivos implicados en el desarrollo de las actuaciones para las PDISM.

PERFIL.

Con carácter general, la UHDAC está dirigida a personas mayores de 18 años, que presenten una discapacidad intelectual de cualquier grado (Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5) y alteraciones, continuadas y persistentes, asociadas o no a un diagnóstico de enfermedad mental que influyan negativamente en el entorno en el que viven habitualmente y que no remitan mediante tratamiento ambulatorio, ni después del tratamiento correspondiente en la Unidad de Hospitalización Breve.

INDICACIÓN DE INGRESO.

Pacientes entre 18 y 65 años, con discapacidad intelectual de cualquier grado que, por su clínica y/o relación con el entorno, no pueden mantenerse en la comunidad ni seguir programas de rehabilitación ambulatorios, sino que requieren un régimen de internamiento, durante períodos de tiempo prolongados, para responder a sus necesidades, tratamiento y rehabilitación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Personas que presentan discapacidad intelectual de cualquier grado, con alteraciones graves de la conducta, asociadas o no a un trastorno mental y residentes en Extremadura.
- Edad comprendida entre 18 y 65 años. En los casos de menores de 18 años, la idoneidad del recurso de hospitalización será determinada por la Comisión de Gestión de casos Regional.
- Con necesidad de valoración especializada y/o aplicación de intervenciones en régimen de hospitalización de media estancia.
- Procedentes de otras unidades de la Red de Salud Mental, de su domicilio o de otros recursos sociales especializados y que sean susceptibles de verse beneficiados con su inclusión en el programa rehabilitador.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Padeecer enfermedad transmisible, en fase activa, que pueda poner en riesgo la salud de los/as usuarios/as y personal del centro.
- Presentar problemas graves de alcoholismo y/o toxicomanía que dificulten gravemente o impidan el trabajo de rehabilitación a desarrollar en la Unidad.
- Diagnóstico de Trastorno Antisocial de la Personalidad, cuando las alteraciones conductuales respondan a rasgos disociales o antisociales de la Personalidad.
- Las circunstancias exclusivamente de tipo social no pueden justificar el ingreso en esta unidad cuando las condiciones clínicas y funcionales puedan hacer al paciente tributario de otros dispositivos o recursos.

VÍAS DE ACCESO.

Con carácter general, el acceso a la UHDAC se realizará de manera directa a través de los siguientes recursos: ESM-DI, ESM, ESM-IJ, UHB y UME. La derivación de pacientes que estén siendo atendidos en la red de servicios sociales de discapacidad, se realizará a propuesta del ESM, del ESM-DI o del ESM-IJ.

La propuesta de derivación será realizada por el psiquiatra a través del oportuno informe de derivación, en el que adjuntará toda la información que estime relevante para dicho acceso.

El informe de derivación será valorado y discutido por una **comisión clínica** de la UHDAC, que decidirá la idoneidad del caso y el beneficio que puede obtener el paciente del ingreso. Sólo en caso de incumplimiento evidente de los criterios de derivación y acceso, se procederá a la no admisión del caso, lo que se informará de manera justificada a la entidad derivadora. En caso de desacuerdo con esta decisión, ésta podrá derivar el caso a la Subcomisión de Gestión de Casos,

que contará con la presencia de un representante de la UHDAC. Si se acepta el ingreso del paciente, el equipo de la UHDAC comunicará a la entidad derivadora dicha decisión así como el orden y la fecha de ingreso, que se concretará en función de la disponibilidad de camas y la prioridad del mismo. Si no se acepta, podrá ser remitida a la Subcomisión de Casos Regional.

En caso de que no existiese plaza, asignará fecha aproximada de ingreso y se lo comunicará a la entidad derivadora. En el supuesto de que una vez ingresado el usuario/a se compruebe la no adaptación del mismo o la inadecuación de los criterios de acceso, se procederá al alta siguiendo los criterios terapéuticos previstos.

INTERVENCIÓN.

La hospitalización en la UHDAC permitirá un abordaje más prolongado de tipo fundamentalmente rehabilitador en un entorno hospitalario. Su metodología de trabajo gira en torno al desarrollo de un Plan de Atención Individualizado (PAI) a partir del cual se diseñen todas las actividades necesarias para conseguir los objetivos planteados.

Por ello y teniendo en cuenta la gran variabilidad de los pacientes atendidos, se tratarán de adaptar los programas de intervención y las y de seguridad, al perfil y las necesidades de los pacientes atendidos, buscando el desarrollo de la persona según el principio de normalización y la búsqueda de las alternativas terapéuticas menos restrictivas posibles.

En cualquier caso, la UHDAC definirá programas de intervención y rehabilitación orientados de manera específica a los pacientes con alteraciones graves de la conducta, que permitan la seguridad y minimicen los riesgos de todos los ingresados y de los propios trabajadores. Para ello se adaptarán de manera adecuada los espacios y se habilitarán protocolos de intervención adaptados a los mismos.

Se primará igualmente la formación de los trabajadores y la actualización de sus conocimientos, entendiendo que la especialización y cualificación de los mismos, son la garantía de la adecuada calidad de la intervención en todos los niveles en que se realiza.

COORDINACIÓN AL ALTA EN UHDAC.

Se establecerá contacto y/ o derivación a cualquiera de los dispositivos de la red de salud mental o de servicios sociales que se estime conveniente. Se informará a la entidad receptora de los objetivos clínicos y rehabilitadores alcanzados y aquellos que podrían desarrollarse en otros dispositivos. Será especialmente importante tener en cuenta los criterios y medidas de coordinación y seguimiento al alta establecidos en el Plan, con el fin de dar continuidad al PAI establecido.

Cualquiera de las decisiones adoptadas siempre deberá ser comunicada al profesional de referencia del ESM, para asegurar una adecuada gestión del caso. Esta coordinación se establecerá

con la suficiente antelación para que a la fecha de alta estén disponibles todos los apoyos que se consideren necesarios (familiares, sociales, sanitarios, educativos, laborales, etc.

ACCIONES.

La definición realizada de la UHDAC en el marco del presente Plan de Acción supone un cambio en relación a los objetivos, el perfil de pacientes y la organización que en la actualidad tiene la UDAC existente. Por ello es necesario un proceso progresivo de adecuación que garantice la provisión de los recursos y condicione la puesta en marcha de determinadas medidas a la existencia de dichos recursos. Con este fin se podrán en marcha las siguientes acciones de manera ordenada y secuenciada. En cualquier caso, el acceso de personas con discapacidad intelectual de cualquier grado se realizará una vez que se lleven a cabo las adaptaciones de los recursos en dicha Unidad, para garantizar una adecuada calidad de la atención y la pertinente seguridad de trabajadores y pacientes.

ACCIONES. RED SANITARIA

- | | |
|---|---|
| 1 | Revisión de la Instrucción que regula el funcionamiento de la actual UDAC, con el fin de adaptar los aspectos de coordinación con la red de salud mental, acceso y derivación a lo establecido en el presente Plan. |
| 2 | Establecimiento de un plan de altas e incremento de los índices de rotación, favoreciendo la coordinación externa. |
| 3 | Formación de los profesionales mediante visitas a centros similares y planes de formación específicos. |
| 4 | Elaboración del Manual de Organización y Funcionamiento. |
| 5 | Diseño de protocolos de ingreso, intervención y altas. |
| 6 | Ajuste del personal a las necesidades y objetivos de la Unidad. |
| 7 | Adecuación de los espacios de intervención y mejora de las infraestructuras orientadas a la calidad y la seguridad de los pacientes. |
| 8 | Incremento progresivo del acceso de PDI con cualquier grado de discapacidad. |
| 9 | Valoración del funcionamiento y revisión en su caso del Manual de Organización y Funcionamiento. |

SERVICIO DE VIVIENDAS PARA PDISM.

DEFINICIÓN

Las viviendas para PDISM, se configuran como un recurso más de la Red Social y Sanitaria especializada de tercer nivel, para dar respuesta a las personas con discapacidad intelectual en las que el problema de salud mental no puede ser abordado de forma óptima por los recursos de las redes generales descritas, y en las que además la persona carece de soporte familiar, con imposibilidad de manejo de su problema de SM y/o PC en el domicilio.

Estudios recientes (Mansell y Beadle-Brown 2011; Martínez-Leal et. al., 2011) y la trayectoria de muchos países y organizaciones de ámbito nacional (Servicio Nacional de Salud en Cardiff, Gales; Canadá, EE.UU, etc.) que han sustituido las grandes instituciones residenciales por servicios comunitarios, nos demuestran que las PDISM, tienen una mayor tendencia a la mejoría, en servicios de vivienda no segregados, comunitarios y en el que cohabiten pocas personas.

Basándonos en estos estudios, ante la ausencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura de Servicios de vivienda que den respuestas a la población objeto de este plan, y desde los principios antes citados, se plantea la necesaria definición, y puesta en marcha de viviendas con apoyo para aquellas PDISM, que tienen en su entorno familiar, dinámicas familiares débiles, como posible contribuyente de conductas problemáticas, y una unidad familiar que no puede dar el suficiente y adecuado soporte a la persona (cuidadores mayores o en situación de dependencia, carencia o débil soporte familiar).

Dada la evidencia científica de que la calidad de vida de las PDI es mayor cuando éstas viven en modelos comunitarios, que cuando lo hacen en residencias o macro instituciones, como fórmula de alojamiento por excelencia para las PDISM, contemplamos la modalidad de viviendas con apoyo, por considerar que es la modalidad más idónea o la más susceptible de favorecer la aplicación efectiva de los principios de normalización e inclusión en el entorno. Esto significa que se tratará de articular las medidas, para que todas las PDISM, que requieran de este servicio, con los criterios anteriormente citados (independientemente de que el nivel de apoyo requerido sea limitado, extenso o generalizado) tengan, de partida, la posibilidad de vivir en una vivienda de estas características.

Como principio, se contempla este tipo de servicios como una medida temporal hasta que la persona logre una mejoría de su sintomatología y problema de salud mental, que le permita el regreso a su entorno habitual de vida, o recurso comunitario del 2º nivel, donde haya recibido apoyos hasta momento del ingreso en estas viviendas.

No obstante, para los niveles más graves de alteraciones conductuales, se contempla la modalidad de unidades especializadas en la red de residencias, con los mismos criterios de atención y apoyos.

OBJETIVO.

Mejorar la sintomatología y la calidad de vida de las PDISM, garantizando su bienestar físico, material y emocional, su desarrollo personal, su autodeterminación, sus relaciones interpersonales, su inclusión en la comunidad y la ejercitación y salvaguarda de sus derechos.

PRINCIPIOS DE LOS SERVICIOS DE VIVIENDA DEL TERCER NIVEL.

- Individualización y personalización de la atención: Ofrecer una atención integral e individualizada, desde el enfoque de la Planificación Centrada en la Persona, y mediante el abordaje de los nuevos modelos de atención (apoyo conductual positivo, apoyo activo, etc.), será el enfoque que prime en los servicios de vivienda.
- Fomentar la normalización e inclusión social: potenciando el mantenimiento de la personas en su entorno o en entornos normalizados. Un servicio inclusivo que utiliza los recursos comunitarios.
- Potenciar el desarrollo de la autonomía personal como principio básico de la atención en estos servicios. Estimular la toma de decisiones y el control de la vida de la persona.
- Ética: Respetar los derechos de las personas.

APOYOS PERSONALIZADOS BÁSICOS:

1. Acogida y adaptación.
2. Abordaje integral de problema de Salud Mental.
3. Planificación centrada en la persona, basada en la planificación de los apoyos.
4. Vida en el hogar.
5. Desarrollo personal y social.
6. Vida comunitaria, social y cívica.
7. Apoyo en el desarrollo formativo-laboral.
8. Coordinación con los servicios diurnos.

Tipología de Servicios de vivienda por perfil de la PDISM.

Tipos	Modalidades (*)	Perfil de Acceso.
<p>Viviendas especializadas para PDISM en entornos comunitarios.</p> <p>Viviendas independientes: la capacidad máxima se fija en 6 plazas.</p>	<p>Viviendas con apoyos limitados.</p> <p>Viviendas con apoyo extenso y generalizado.</p>	<p>PDISM y/o trastornos de conducta.</p> <p>forma óptima por los recursos de las redes generales descritas, y además la persona carece de soporte familiar; con imposibilidad de manejo de su problema de SM y/o PC en el domicilio).</p> <p>El Equipo de Soporte en DI y SM, realizará intervenciones puntuales en las viviendas en las situaciones en las que el estado de la enfermedad y/o problemas de conducta de la persona requiera de atención especializada.</p>
<p>Plazas especializadas para PDISM en residencias de la Red MADEX.</p> <p>Unidades residenciales ubicadas en un mismo equipamiento de la Red de servicios residenciales del MADEX.</p>	<p>Plazas residenciales de apoyo limitado</p> <p>Plazas residenciales de apoyo extenso y generalizado.</p>	<p>PDISM y/o trastornos de conducta.</p> <p>El Problema de SM, no puede ser abordado de forma óptima por los recursos de las redes generales descritas, y además la persona carece de soporte familiar; con imposibilidad de manejo de su problema de SM y/o PC en el domicilio.)</p> <p>Necesidades de atención sanitaria: (psiquiátrica intensa):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención General Preventiva y de Seguimiento. Atención que se presta habitualmente en el entorno familiar: medidas preventivas, control y seguimiento toma de medicamentos, etc. • Atención Médica Especializada en Psiquiatría /o Neurología: Prestación en las residencia de ésta atención especializada. <p>Trastornos de conducta muy graves hasta estabilización.</p>

ACCIONES. VIVIENDAS

1	Diseño del Modelo de Viviendas Especializadas para PDISM (viviendas de apoyos y unidades especializadas en la red de discapacidad) para Extremadura.
2	Formación y capacitación especializada en DI y SM del equipo de atención y apoyo en los servicios.
3	Desarrollo progresivo y puesta en marcha de viviendas con apoyos especializadas.
4	Diseño y puesta en marcha de módulos de atención residencial con apoyos especializados.

7.2. PROCESOS ESTRATÉGICOS.

Para el óptimo desarrollo del Plan, como procesos estratégicos, se engloban aquellos procesos que van a marcar la estrategia del Plan, así como los esfuerzos a los que hay especialmente que dirigirse

En todos, se llevará a cabo una descripción del mismo, los objetivos a alcanzar, y se señalarán las acciones a desarrollar para alcanzar los objetivos establecidos, teniendo en cuenta la situación actual.

7.2.1. INVESTIGACIÓN.

Ante la escasez de estudios actualizados sobre la prevalencia de PDI en la Comunidad Autónoma de Extremadura, y de sus necesidades de atención, se estima necesario desarrollar líneas de investigación que proyecten una foto real acerca de la realidad de este grupo de población.

Por ello, se plantea como objetivo incrementar el conocimiento de la incidencia y prevalencia de PDISM y de sus necesidades en la Comunidad Autónoma de Extremadura, así como del impacto que esta situación genera en los cuidadores y servicios que le prestan atención y apoyo, de cara a la planificación y actualización de los servicios.

ACCIONES. INVESTIGACIÓN	
1	Establecimiento de convenios de colaboración con la Universidad de Extremadura (UEX) para la realización de estudios epidemiológicos (Grupos de Investigación de la UEX).
2	Potenciación de los grupos de investigación integrantes del SECTI (Sistema Extremeño de Ciencia, Tecnología e Innovación).
3	Realización de estudios por parte del Observatorio Estatal de la Discapacidad.
4	Inclusión de datos más específicos de las PDI, en comorbilidad con síndromes y otras alteraciones, en los sistemas de información sanitaria y social de la Comunidad Autónoma de Extremadura para conocer la prevalencia de los diferentes trastornos mentales en este grupo de población.

7.2.2. PREVENCIÓN.

Entre un 2-3% de los niños/as y jóvenes presentan una discapacidad del desarrollo. Un 19% de estos tendrán dificultades conductuales o emocionales significativas, siendo su aparición temprana y persistente.

Es conocido que determinadas condiciones sociales como los estilos educativos, el nivel socioeconómico, el desempleo y la salud mental de los padres, entre otros, pueden actuar como favorecedoras y ser el principal motivo de persistencia de las alteraciones de la conducta en la infancia y adolescencia. Por ello, numerosos estudios hacen hincapié en la importancia de actuar en el contexto social y la intervención temprana como la clave para reducir y, especialmente, prevenir la elevada incidencia de problemas de conducta o enfermedad mental en los jóvenes con discapacidad intelectual o del desarrollo.

Por otro lado, el empobrecimiento de los estilos de vida y de las oportunidades de las PDI en sus contextos, alejados en su mayoría de modelos de vida inclusivos y comunitarios, lleva a estas personas a expresar su malestar y su rechazo, a través de alteraciones graves de la conducta. Desde esta premisa, la prevención en este grupo de población, pasa ineludiblemente por conocer a fondo a la persona (deseos, preferencias, necesidades, capacidades, miedos) e identificar cómo podemos ayudarle a conseguir que su vida sea más acorde con lo que realmente desea la persona y es importante y deseable para ella. Desde este enfoque (Planificación Centrada en la Persona), se le apoya a la persona, desde lo que es más importante en su vida, en marco de igualdad en la relación, de colaboración y de escucha, orientada a su mayor y mejor inclusión social.

Por ello, se hace necesario articular medidas orientadas a los tres niveles de prevención:

- **Prevención Primaria**, con estrategias para prevenir la aparición de las alteraciones de la conducta;
- **Prevención Secundaria**, con estrategias de intervención temprana para prevenir el desarrollo de las alteraciones de la conducta;
- **Prevención Terciaria**, con estrategias de intervención clínica y servicios de apoyo.

En este sentido, planteamos los siguientes objetivos y actuaciones en los tres niveles de prevención:

Prevención primaria:

1. Capacitar a los profesionales de apoyo y a las redes de atención primaria y especializada, en la identificación precoz de síntomas de alerta que puedan derivar en alteraciones de la conducta o trastorno mental en la población con discapacidad intelectual o del desarrollo.

ACCIONES. PREVENCIÓN

1	Divulgación de guías informativas de carácter preventivo en el ámbito sanitario y de servicios sociales especializados. (Guía profesionales de Salud).
2	Formación del Personal Socio Sanitario.

2. Asegurar actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental de las PDISM, adoptando medidas de accesibilidad universal y eliminación de barreras arquitectónicas, actitudinales, y cognitivas.

ACCIONES. PREVENCIÓN	
3	Adaptación a lectura fácil de la información clínica y social, consentimiento informado, etc.
4	Acercamiento y mayor orientación de los programas de prevención y promoción de la salud mental a la población con discapacidad intelectual.
5	Promoción de acciones formativas y sesiones clínicas conjuntas entre las redes de atención.

3. Asegurar en la red de apoyos y servicios de discapacidad y salud mental, mediante procesos de Planificación Centrada en la Persona, que la persona se sienta satisfecha con los apoyos que recibe “promover vidas con sentido para las personas”.

Prevención secundaria:

4. Proporcionar intervención temprana (atención precoz), mediante apoyos y servicios que satisfagan las necesidades individuales de los que están mostrando signos precoces de desarrollo de trastornos de la salud mental y/o alteraciones de la conducta (revisar nomenclatura).

ACCIONES. PREVENCIÓN	
6	Prontas derivaciones por parte de atención primaria, y ámbito educativo a los tratamientos psicológicos de los servicios Madex (Marco de Atención a la Discapacidad), así como a los ESM y educativos específicos de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

5. Asegurar la coordinación de los equipos profesionales de las distintas redes de atención, para velar por el cumplimiento del Plan de Atención Individual (PAI) en aquellas personas que estén mostrando signos precoces de desarrollar trastornos mentales y/o alteraciones de la conducta.

ACCIONES. PREVENCIÓN	
7	Creación de la figura del profesional de referencia.
8	Potenciación y optimización en las áreas de salud y de las estructuras de coordinación recogidas en el Plan.

6. Desarrollar medidas específicas de apoyo familiar (orientación, formación, respiro, atención domiciliaria, etc.) dirigidas a paliar la sobrecarga que implica el ejercer de cuidadores de PDI con trastorno mental y/o alteraciones de la conducta asociados, así como favorecer la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de estos cuidadores.

ACCIONES. PREVENCIÓN

9 Diseño de Actuaciones y programas dirigidos a dar soporte a los familiares y/o cuidadores principales.

10 Actuaciones de apoyo necesario a los cuidadores principales a través de las redes de atención.

7.2.3. COORDINACIÓN.

La coordinación de los diferentes profesionales, recursos y sectores que intervienen en el proceso de atención de las PDI, constituye un elemento esencial del mismo que sirve para garantizar la continuidad asistencial, la atención integral y la accesibilidad, elementos esenciales de cualquier sistema de atención. La necesidad de coordinación surge precisamente de la fragmentación actual de los servicios que atienden a las PDI que genera una escasa eficiencia de los mismos y carencias importantes en la cobertura de sus necesidades.

Estas necesidades son diversas, sinérgicas, a veces simultáneas y cambiantes, lo que requiere del concurso de sistemas flexibles y coordinados que se adapten a las mismas. No basta sólo con poner en marcha nuevos recursos, sino que estos y los ya existentes deberán orientar sus actuaciones para asegurar una intervención conjunta que dé respuesta ágil al amplio abanico de necesidades de las PDI, garantizando los principios de atención comunitaria e integral, optimización de los recursos, reparto competencial de los mismos y adecuación a las necesidades de la persona. Principios todos ellos que forman parte del Plan Marco de Atención Socio-Sanitaria de nuestra Comunidad.

Este reto exige en primer lugar y de manera básica, la orientación del trabajo profesional de manera integrada y multiprofesional. Pero además, requiere el desarrollo de sistemas estables de coordinación y vías definidas de comunicación.

Con el fin de promover la máxima integración de las actuaciones dentro de la red existente, para el desarrollo de estas acciones se contará con las estructuras de nivel regional y de área de salud ya existentes. No obstante, a las mismas se les dotará de objetivos y funciones específicos en esta materia y se adaptará su funcionamiento y composición a las peculiaridades de la atención a las PDI.

NIVEL DE ÁREA DE SALUD.

COMISIÓN TÉCNICA DE ÁREA.

Todas las Áreas cuentan con una Comisión de Salud Mental de Área. Su objetivo principal es asegurar la coordinación entre los dispositivos de salud mental, garantizando la regulación adecuada de los flujos de pacientes y la continuidad de la asistencia en el marco del Área de Salud, estableciendo o aplicando dichos circuitos en lo que respecta a responsables, procedimientos y normas de acceso y derivación.

Este objetivo amplio entendemos que debe garantizarse también para la atención a las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental. En este sentido y con el fin de no crear estructuras nuevas y específicas, pero asegurar el adecuado funcionamiento y coordinación de los servicios destinados a las PDI, se incluirá en el funcionamiento de la Comisión de Salud Mental de Área los siguientes objetivos:

- a. Promover el establecimiento de una adecuada relación de los dispositivos de salud mental con los servicios de atención social a las personas con discapacidad intelectual, evaluando su funcionamiento y adoptando cuantas medidas consideren oportunas para su mejora.
- b. Facilitar la atención multidisciplinar y coordinada de esta población por parte de los distintos sectores y servicios.
- c. Regular el acceso de los pacientes a los dispositivos, analizando las propuestas y priorizando las demandas, de tal manera que el usuario sea derivado al recurso más idóneo y de la manera más ágil posible ante cualquier cambio de su situación.
- d. Realizar una evaluación básica de las necesidades asistenciales de PDI en su ámbito de actuación.
- e. Evaluar el funcionamiento general de los recursos específicos ubicados en el Área, así como los generales en relación con las PDI.
- f. Proponer la creación de nuevos dispositivos o la reforma de los existentes, elevando cuantas propuestas estimen necesarias para el mejor funcionamiento de los dispositivos a la Comisión Técnica Regional.

Para ello se incluirá en la Comisión de Salud Mental de Área, a un representante de los servicios de atención a la discapacidad intelectual que se ubique en la misma.

SUBCOMISIÓN DE GESTIÓN DE CASOS.

Todas las Áreas de Salud cuentan también con un mecanismo para la evaluación de situaciones de especial complejidad, las Subcomisiones de Gestión de Casos (SGC), dependientes de las Comisiones de Salud Mental de Área. Dichas Subcomisiones constituyen un espacio de

comunicación, coordinación y evaluación de casos clínicos y tienen como objetivo coordinar la atención prestada a pacientes de alto nivel de complejidad, cuando ha quedado rebasada la capacidad de resolución de los dispositivos y los mecanismos habituales de coordinación.

Las Subcomisiones cuentan con 2 miembros permanentes con la función de coordinar la actividad de la SCGC, convocar las reuniones y dejar constancia documental de las mismas. En el caso de las convocadas para abordar situaciones de PDI, tendrá al menos la siguiente composición:

- Dos miembros permanentes de la Subcomisión, uno de los cuales provendrá del sistema sanitario.
- Un representante de la Gerencia Territorial del SEPAD.
- Si existiese, el responsable del ESM especializado en discapacidad intelectual.

El resto de los miembros que formen parte de cada SCGC concreta, hasta un máximo de 8-10 personas, dependerá del caso abordado. Por ello, se podrá convocar a profesionales que no pertenezcan a la Comisión de Salud Mental del Área, pero que estén directamente relacionados con la atención al paciente, con independencia del sector o institución del que provengan y en este caso concreto, de la red de atención a la discapacidad concertada o subvencionada.

La SCGC recogerá los casos propuestos por los responsables de los dispositivos, a sugerencia de los profesionales de cada equipo o de cada centro donde resida o sea atendido el usuario. También pueden ser sugeridos nuevos casos en las reuniones de la SCGC. Se habilitarán medios de contacto para dar mayor dinamismo a la SCGC, como un correo electrónico de contacto donde enviar las sugerencias. Uno de los miembros permanentes será el receptor asignado de los casos y serán los miembros permanentes los que deciden la idoneidad y prioridad de los casos presentados. Por tanto:

- Si el paciente reside en su domicilio y no acude a ningún dispositivo de la red de discapacidad, el caso será siempre presentado a instancias del profesional responsable del ESM.
- Si se encuentra ingresado en algún recurso hospitalario, el caso será presentado para su resolución por el profesional de dicho dispositivo, en coordinación con el ESM al que pertenezca.
- Si el usuario es residente o utiliza algún dispositivo de la red de discapacidad, será el equipo técnico del dispositivo quien realice la propuesta al ESM para la presentación del caso a la SGC de manera conjunta.

Las decisiones se tomarán por consenso de los representantes de los sistemas de atención social y sanitario, que serán los únicos con capacidad de voto en caso necesario. En caso de discrepancia, se enviará a la Comisión Regional. Con el resultado definitivo de la valoración, la Subcomisión realizará una propuesta de dictamen escrito para cada caso, que contendrá el recurso asignado, la forma de acceso al mismo y la continuidad de los cuidados sanitarios en el caso de que deba

cambiar de domicilio. Se establecerá también las indicaciones respecto al acceso, como plazo o condiciones de temporalidad.

Esta propuesta de dictamen se enviará al servicio o sección encargado de la tramitación del acceso del beneficiario al recurso y seguirá el trámite establecido para tal fin y el orden en la lista que le corresponda, sin que medie ninguna revisión posterior de dicha indicación por parte del órgano encargado de dicho acceso. El dictamen será notificado al recurso que hizo la propuesta en un plazo máximo de 48 desde la adopción del mismo. El dictamen con los recursos asignados dará origen a una Resolución administrativa que se emitirá por parte de la administración competente

1. Si la atención propuesta implica el acceso del usuario a alguno de los recursos especializados establecidos en este Plan para la atención a las PDI, se actuará de la manera siguiente:

- Si se trata de un recurso especializado de tipo sanitario de la región, será el profesional encargado del caso en el Equipo de Salud Mental quien llevará a cabo la solicitud de acceso al mismo, acompañando el acta. El recurso procederá al acceso del usuario, salvo que exista lista de espera, en cuyo caso, su responsable actuará con los criterios de priorización que se hayan establecido para el mismo.

- Si se trata de un recurso especializado de tipo social de la región, será el representante de la Gerencia Territorial del SEPAD quien se encargará de la tramitación del acceso a la misma, recabando para ello la documentación precisa de la familia, el tutor y/o el interesado.

2. En el caso de propuesta de acceso a cualquier otro servicio de la red de salud mental o de discapacidad de la región, se procederá remitiendo la solicitud de acceso por el cauce habitual, es decir, el profesional responsable del paciente del Equipo de Salud Mental en el caso de recursos sanitarios y el representante de la Gerencia Territorial del SEPAD, en el caso de recursos de tipo social.

3. En el caso de que se plantee el acceso a algún dispositivo cuyo acceso requiera intervención urgente y prioritaria por parte de los recursos del sistema social o sanitario o derivación a recursos ubicados fuera de la región, se enviará copia del acta con la propuesta realizada a la Subcomisión de Gestión de Casos regional, quien dictaminará lo que proceda.

4. En el caso de que no exista recurso idóneo se realizará en el dictamen una propuesta de plan de atención alternativo, que tendrá carácter provisional y que será revisado por la Subcomisión con la periodicidad que ella misma establezca.

NIVEL REGIONAL.

SUBCOMISIÓN DE GESTIÓN DE CASOS REGIONAL.

La tarea esencial de la Comisión de Gestión de Casos Regional es resolver u orientar sobre determinados casos que no hayan podido resolverse en la correspondiente Subcomisión de Área.

Dado que existe ya una Comisión de Gestión de casos Regional, los casos se analizarán en el seno de la misma.

Serán funciones de dicha Comisión los contemplados de manera general en su creación:

1. Coordinar la atención prestada a pacientes de alto nivel de complejidad, cuando ha quedado rebasada la capacidad de resolución de los dispositivos y los mecanismos habituales de coordinación.
2. Analizar, proponer y acordar de manera coordinada entre los servicios implicados, soluciones y alternativas a la atención de situaciones de pacientes que no sean resueltas con carácter ordinario por parte de los servicios de atención.
3. Asegurarse del cumplimiento de la solución adoptada por parte del responsable de la misma y realizar el seguimiento periódico de las propuestas de intervención realizadas.
4. Proponer mejoras a la Comisión de Asuntos Sociosanitarios en los sistemas de coordinación habituales entre los servicios, que garanticen una mejora en la continuidad asistencial.

Como funciones específicas para las situaciones de las PDI tendrá las siguientes:

- Resolver aquellos casos en los que la propuesta de atención realizada por la Subcomisión del Área sea la atención con carácter urgente y prioritario por parte de los recursos del sistema social.
- Asesorar, informar las propuestas de canalización a recursos ubicados fuera de la región.
- Dictaminar sobre casos en los que haya existido discrepancia en el seno de la Subcomisión de Gestión de Casos en el Área.

Esta propuesta de dictamen se enviará al servicio o sección encargado de la tramitación del acceso del beneficiario al recurso y seguirá el trámite establecido para tal fin y el orden en la lista que le corresponda, en función de su situación y la regulación específica de acceso al servicio correspondiente, sin que medie ninguna revisión posterior de dicha indicación por parte del órgano encargado de dicho acceso. El dictamen será notificado al recurso que hizo la propuesta en un plazo máximo de 48 desde la adopción del mismo. El dictamen con los recursos asignados dará origen a una Resolución administrativa que se emitirá por parte de la administración competente.

7.2.4. FORMACIÓN.

El incremento de la formación de los profesionales que intervienen en la atención directa de las PDISM se considera un elemento clave para la adecuada puesta en marcha y desarrollo del resto de las medidas planteadas en el Plan. Constituye, por ello, un eje estratégico básico que está presente, de manera transversal, en el mismo.

Por ello, con el objetivo último de incrementar la capacidad de atención que los distintos profesionales prestan a las PDISM y la mejora de la calidad de los servicios, se plantean una serie de acciones.

ACCIONES. FORMACIÓN	
1	Desarrollo de contenidos curriculares de DI/TM/TC, en la formación de postgrado de las carreras profesionales que intervienen en el ámbito de la salud mental.
2	Inclusión en las Unidades Docentes de Salud Mental, de servicios especializados de SM y DI para la formación de residentes.
3	Inclusión en la oferta de formación continuada de los profesionales sanitarios y sociales de la red de atención pública, de contenidos destinados al incremento de la capacidad de detección, diagnóstico e intervención con PDISM, así como de los mecanismos de coordinación y gestión de casos.
4	Organización de sesiones clínicas formativas conjuntas entre la red de salud mental y la social especializada en DI.
5	Elaboración y divulgación de material especializado dirigido a los profesionales de la red de salud mental y de servicios sociales especializados.

7.2.5. CALIDAD.

Las medidas deberían ir destinadas a disponer y asegurar de unos estándares de calidad y buena práctica, que proporcionen un marco bajo el que planificar los servicios y regular las actuaciones de los diferentes profesionales que intervienen en todos los dispositivos y servicios de la Red de Atención.

MEDIDAS ORIENTADAS A LOS SERVICIOS.

Con carácter general, todos los servicios y organizaciones deberían esforzarse por mejorar continuamente, usando datos basados en la evidencia para proporcionar un mejor apoyo, cuidado y tratamiento de cara a dar resultados positivos para las personas. Ello implica que los servicios deberían estar diseñados individualmente, ser flexibles, tener la responsabilidad de cambiar las circunstancias individuales y ser prestados en los contextos más inclusivos posibles.

Con el fin de concretar alguna de estas medidas se proponen las siguientes acciones.

ACCIONES. CALIDAD DE LOS SERVICIOS

1	Incorporación en todos los servicios que prestan atención a las PDISM de protocolos definidos y escritos que aseguren que todas las prácticas, satisfacen los requerimientos legales actuales.
2	Elaboración en todos los centros que atiendan a PDISM de planes de intervención que evidencien un enfoque centrado en la persona, basados en el apoyo conductual positivo.
3	Disponibilidad en todos los servicios que atiendan a PDISM de Protocolo escrito para llevar a cabo una evaluación de los riesgos individualizadas.
4	Disponibilidad en todos los servicios que atiendan a PDISM Protocolos escritos de manejo de situaciones de crisis.

MEDIDAS ORIENTADAS A LAS PERSONAS.

Reconocidos los riesgos que una conducta, en ocasiones, pueda tener para la propia persona o para otros, y siendo inevitable en alguna ocasión, del uso de intervención física como estrategia de gestión reactiva, las directrices que subyacen a los requerimientos de una intervención física deberían estar planificadas e incluir:

- Acuerdo de un equipo multidisciplinario.
- Inclusión por escrito de dichas prácticas en los Planes Conductuales.
- Ser llevada a cabo por personal entrenado.
- Estar registrada, de forma que los métodos puedan ser controlados.
- Ser utilizada lo menos posible.
- Realizarse para el mejor interés de la persona.
- Ser parte de una estrategia de intervención más amplia.
- No causar daño.
- Mantener la dignidad de la persona.

Los servicios, deben promover que las PDISM tengan acceso al enfoque denominado Apoyo Conductual Positivo y que este enfoque pueda estar disponible tanto en los servicios especializados como comunitarios y naturales de la persona.

El proceso de evaluación deberá recoger información relevante acerca de la persona (incluyendo la funcionalidad de la conducta; los factores de salud, psicológicos y psiquiátricos), así como de su entorno social, interpersonal, físico y debería estar determinado por el impacto de la conducta sobre la persona y aquellos que le rodean. Este proceso también debería contemplar la obligación de medir el impacto de las intervenciones sobre las conductas objetivo.

Las intervenciones deberían ser prestadas en un contexto “centrado en la persona” que incluyan estrategias pro-activas, que reduzcan la probabilidad de ocurrencia de la conducta, y planes reactivos para gestionar la conducta cuando ésta tiene lugar.

ACCIONES. CALIDAD ORIENTADA A LAS PERSONAS

1	Los servicios deberán reducir el uso de restricción física, aislamiento, restricción mecánica y el uso de medicación inapropiada o nociva con la clara finalidad de eliminarla de cada persona, y solo deberán ser utilizadas como último recurso de cara a evitar un grave peligro para sí mismo o para otros.
2	Promoción en los servicios del Apoyo Conductual Positivo como modelo de intervención a las PDISM y a sus alteraciones de conducta y disponibilidad del mismo tanto en los servicios especializados como en el entorno natural de la persona.
3	Aplicación del modelo tanto en el proceso de evaluación, como en la intervención.

MEDIDAS ORIENTADAS A LOS PROFESIONALES.

La comunicación y “feedback” entre los técnicos, cuidadores, en las diferentes fases del proceso (evaluación, intervención, resultado) y de éstos con los usuarios de los servicios, centros, programas, así como con sus familias, es un componente esencial del cuidado y atención a las personas, asegurándose el respecto a la confidencialidad de la persona.

ACCIONES. CALIDAD ORIENTADA A LOS PROFESIONALES

1	Se promoverá que los recursos y dispositivos de atención a las PDI que presentan alteraciones de la conducta, dispongan de personal de atención directa estable, competente, cualificado y formado para asegurar la calidad en la atención y prestación de apoyos, tanto en servicios específicos como comunitarios.
2	Se potenciarán una serie de orientaciones generales (buena comunicación, respeto, confidencialidad – privacidad, responsabilidad, compromiso, ...) respecto a la conducta profesional de los diferentes profesionales que actúan sobre y con la persona y sus familias, que ayuden a guiar la buena práctica.
3	Inclusión en la práctica asistencial, del trabajo continuo con las familias, para desarrollar itinerarios claros y homogéneos en los pautas de intervención y planes de futuro personal.

7.2.6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN.

COMISIÓN TÉCNICA SOCIO-SANITARIA.

Se trata de una estructura estable de coordinación de carácter regional, dependiente de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura, integrada en la Comisión Permanente Intersectorial, de la que depende.

Su misión principal será la de llevar a cabo una evaluación permanente del funcionamiento de la atención prestada a las PDI de carácter periódico y en concreto, velar por el adecuado cumplimiento, desarrollo, evaluación y actualización de los objetivos y medidas contemplados en el presente Plan de Acción.

En concreto serán tareas de dicha Comisión:

1. La evaluación periódica del cumplimiento de las directrices y acciones contenidas en el presente Plan de Acción.
2. La propuesta de planes de formación de los profesionales y de sistemas de calidad para los servicios.
3. El desarrollo y concreción de los objetivos contenidos en el Plan de Acción.
4. El análisis del funcionamiento de los mecanismos y vías de coordinación entre servicios y sectores, proponiendo medidas de mejora o reforma en los mismos.
5. La propuesta de la creación de recursos o la modificación del funcionamiento de los existentes.

Todas las decisiones se elevarán para su aprobación definitiva a la Comisión permanente Intersectorial, máximo órgano de coordinación en la atención socio-sanitaria de la Comunidad. A través de ella, tanto el sistema sanitario, como el social dirigirán las directrices oportunas a cada ámbito, utilizando para ello los mecanismos formalmente establecidos.

Formarán parte de la Comisión Técnica:

1. Dos personas designadas por la Subdirección de Salud Mental del SES.
2. Dos personas designadas por el SEPAD.
3. Una persona en representación de las asociaciones de personas con discapacidad y sus familias.
4. Una persona en representación de las asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental y sus familias.

Podrán acudir a la misma, si así se requiere, personas representantes de otros sectores y en especial, del educativo y judicial.

La Comisión se reunirá al menos dos veces al año o siempre que dos miembros así lo planteen de manera razonada. La presidencia de la misma será rotatoria entre los representantes de los servicios sanitarios y los sociales.

ACCIONES. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

- I Puesta en marcha de la Comisión Técnica Sociosanitaria como estructura estable de seguimiento y evaluación del Plan de Acción.

7.3. PROCESOS DE SOPORTE.

El Plan de Acción pretende identificar una serie de actuaciones que proporcionen los recursos y apoyos necesarios al itinerario de atención de la persona. Entre ellos se han identificado los sistemas de información, las alianzas con las redes de atención y la disponibilidad de un adecuado soporte documental.

7.3.1. SISTEMAS DE INFORMACIÓN.

La disponibilidad de la información de la persona por parte de todos los agentes implicados en su atención, resulta esencial para dar soporte a la coordinación y la continuidad de los cuidados.

Para ello, se llevarán a cabo las siguientes acciones.

ACCIONES. SISTEMAS DE INFORMACIÓN	
1	Identificación de las principales necesidades de información sobre las PDISM por parte de los sistemas de atención.
2	Fomento del trasvase de información entre servicios, profesionales y dispositivos, con las adecuadas garantías de seguridad y confidencialidad.
3	Disponibilidad progresiva de la información sanitaria por parte de los servicios sociales especializados con responsabilidad en la atención.
4	Inclusión de la información específica sobre la PDISM en los sistemas de información que se desarrollen en los servicios sociales.
5	Interconexión progresiva de ambos sistemas de información.
6	Acceso de los servicios de atención, con las adecuadas garantías, a la información sanitaria y social que sea necesaria para el desarrollo de la intervención y el seguimiento de la PDISM.

7.3.2. SOPORTE DOCUMENTAL.

La disponibilidad de documentación de apoyo de tipo técnico constituye una herramienta importante para la capacitación técnica de los profesionales y el apoyo a los procesos establecidos en el Plan de Acción. Su disponibilidad redundará en la coordinación y homogeneización de las actuaciones en el conjunto de los servicios que intervengan en la atención.

ACCIONES. SOPORTE DOCUMENTAL	
1	Incorporación en el Gestor Documental del SES de los Documentos Técnicos que se estimen relevantes para el apoyo a los procesos de detección, diagnóstico y evaluación.
2	Redacción y edición de documentos técnicos orientativos.

8. Anexos

ANEXO I. ORIENTACIONES PARA LA EVALUACIÓN.

PRIMER NIVEL

Como hemos indicado, la demanda inicial de atención puede proceder del propio usuario, de los familiares, del tutor en caso de incapacidad, del centro especializado en PDI, llegando por los cauces habituales al Equipo de Atención Primaria (EAP). El EAP realiza una primera evaluación que debe incluir la siguiente información:

- Datos de filiación.
- Características sociodemográficas.
- Antecedentes familiares de discapacidad intelectual, psiquiátricos, neurológicos y somáticos de interés.
- Antecedentes personales médicos y psiquiátricos incluyendo embarazo y parto, desarrollo psicomotor, nivel de discapacidad intelectual, causas de discapacidad intelectual, discapacidades físicas, enfermedades médicas, neurológicas y psiquiátricas, hábitos tóxicos, pruebas complementarias, tratamientos farmacológicos y efectos adversos.
- Valoración de habilidades incluyendo movilidad, deterioro sensorial, habilidades de autoayuda, control de esfínteres, capacidad de comunicación, lectura y escritura, y habilidades en la comunidad.
- Problemas de conducta, valorando frecuencia y severidad.

En el caso de usuarios que residen o que acuden a Centros especializados para PDI, se recomienda que esta información sea recogida por el personal del Centro y aportada por el médico o psicólogo del Centro mediante informe al EAP, ya que su conocimiento de los usuarios es mucho más amplio.

Se recomienda utilizar el Registro de evaluación e información clínica (AIRP) (Versión original de Bouras y Drumond, 1989 y versión española de Salvador, 1990) (Novell, Rueda, Salvador y Forgas, 2015).

SEGUNDO NIVEL

La demanda de atención procede de los EAP que ya han realizado una primera valoración del caso y han determinado la necesidad de una atención en el ESM por las características de la DI y de los trastornos de SM y/o alteraciones de conducta asociadas.

Además de la información ya recogida por el EAP, se debe realizar:

Evaluación de necesidades básicas:

- Se realiza por enfermería y trabajador social.
- Se valoran necesidades en diferentes ámbitos como son la vivienda, comida, cuidados del hogar, cuidado personal, actividad, salud física general, déficit sensoriales, movilidad, enfermedades somáticas, problemas de salud mental, acceso a información, abusos físicos y/o sexuales, seguridad, problemas de conducta, abuso de sustancias, problemas de comunicación, relaciones sociales, sexualidad, educación, transporte y economía.
- En el caso de usuarios que residen o que acuden a Centros especializados para PcDI, esta información será recogida por Enfermería y/o Terapeuta ocupacional del Centro y aportada mediante informe por el médico o psicólogo del Centro al ESM, ya que su conocimiento de los usuarios es mucho más amplio al estar en contacto con ellos a diario.

Se recomiendan las escalas:

- *CANDID-S (Camberwell Assesment of Need for adults with Developmental and Intellectual Disabilities)* como instrumento de screening para valoración de necesidades en PDI (Xenitidis, et al., 2000)
- *Escala de Intensidad de Apoyos (Support Intensity Scale SIS)* (Thompson, Tassé, y Schalock, 2004). Adaptada a la población española por Verdugo, Arias e Ibáñez (2007).

Evaluación biológica:

- Se realiza por el psiquiatra del ESM.
- Se solicita analítica completa con hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, prolactina y sistemático de orina.
- Pruebas complementarias incluyendo si es preciso EEG (alta frecuencia de epilepsia entre 14-24% de PDI), TAC craneal, RMN cerebral, etc... para descartar causas orgánicas en el diagnóstico etiológico de la DI.
- Evaluación genética: Se utilizarán diferentes técnicas de diagnóstico, en función del caso, desde el cariotipo normal hasta la hibridación por Arrays.

Evaluación de problemas de Salud Mental:

- Se realiza por psiquiatra y/o psicólogo del ESM.

- Detección de problemas de Salud Mental mediante entrevista clínica semiestructurada, en la que es preciso contar con informadores fiables ya sea a través de informe psicológico del Centro especializado en PDI, personal de atención directa del propio Centro que acompañe al usuario y tenga adecuada información sobre la PDI y/o familiares en contacto directo habitual con la PDI.
- Hay que tener en cuenta que las PDI leve/moderada presenta problemas de salud mental similares a los de la población general y en general poseen mayor fluidez verbal por lo son más capaces de expresar sus síntomas, mientras que las PcDI grave/profunda tienden a expresar estos problemas mediante alteraciones de conducta ya que en muchos casos su expresión verbal está muy afectada o incluso ausente.
- En el caso de usuarios que residen o que acuden a Centros especializados para PcDI, esta información será recogida por el personal del Centro (médico, psicólogo, terapeutas ocupacionales y personal de atención directa) y aportada mediante informe del médico o psicólogo del Centro al ESM.

Se recomienda utilizar para PDI leve/moderada el Mini PAS-ADD: Escala de evaluación para la detección de los problemas de salud mental de las PcDI elaborada por Prosser et al. en 1998 (en Novell et al., 2015)

Se recomienda utilizar para PDI grave/profunda el DASH-II: Escala de evaluación diagnóstica para discapacidades intelectuales graves y profundas, elaborada por Matson et al. En 1994 (en Novell, et. 2015).

Evaluación de problemas de conducta:

- Se realiza por psiquiatra y/o psicólogo del ESM.
- Detección y priorización de los problemas de conducta más frecuentes, graves y/o invalidantes, determinadas por el equipo multidisciplinar, para realizar un análisis funcional y organizar un plan de intervención individualizado.
- En el caso de usuarios que residen o que acuden a Centros especializados para PcDI, esta información será recogida por el personal del Centro (médico, psicólogo, terapeutas ocupacionales y personal de atención directa) y aportada mediante informe del médico o psicólogo del Centro al ESM.

Se recomienda utilizar la Escala de Valoración Conductual Breve (Brief Behavioral Assesment Tool BBAT) asociada a un análisis funcional de la conducta (Smith y Nethell, 2014).

PLAN DE EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR.

La evaluación inicial es un proceso laborioso que consume más tiempo de lo habitual en comparación con una primera visita en población psiquiátrica general.

Debe incluir lo siguiente:

- Entrevistas con las diferentes personas implicadas en el caso, desde entrevistas individuales con el propio usuario, si es capaz, miembros de la familia y/o tutores, personal de los servicios derivadores, etc.
- Estudio de todas las aportaciones previas (informes psiquiátricos, escolares, médicos, sociales, administrativos).
- Observación directa de la conducta a domicilio o en el Centro cuando sea necesario.

En la evaluación intervienen, en diferentes visitas, el psiquiatra, el psicólogo, la enfermera y el trabajador social. Después de llevar a cabo las evaluaciones necesarias se realiza semanalmente una reunión multidisciplinar de los casos atendidos. El objetivo de la sesión es poner en común los diagnósticos, problemas principales y elaborar el plan terapéutico.

PSIQUIATRÍA

Si realiza la primera visita, llevará a cabo, junto con Enfermería, la acogida del usuario y los acompañantes.

La evaluación diagnóstica inicial debe ser exhaustiva y englobar el cuadro clínico completo. Es necesario que no se limite a una pura revisión de la medicación para controlar la conducta patológica. Las técnicas diagnósticas a utilizar deben adaptarse al nivel de desarrollo del usuario, sobre todo teniendo en cuenta su grado de comunicación. Será necesario aportar la metodología correcta en cada caso, como métodos de comunicación no verbales cuando sea necesario (dibujos, libros de apoyo, presencia de un “traductor” /familiar cuando sea necesario).

Hay que tener en cuenta que la estructura de la historia clínica es diferente de la historia clínica psiquiátrica habitual, ya que habrá que recoger información adicional respecto a las causas de la DI, las habilidades de supervivencia, la conducta previa y otros factores que no son tan relevantes en la población general (Deb y cols, 2001)

La exploración psicopatológica deberá incluir:

- Historia clínica, anamnesis y estado actual.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales y hábitos.

- Exploración física actual completa.
- Evaluación del estado de salud mental: Valoración de las alteraciones de la percepción, alteración del pensamiento (delirios, obsesiones y compulsiones), del habla y del lenguaje. Alteración de la afectividad (afecto, emoción, ansiedad, depresión, euforia, agresividad y apatía).
- Trastornos de la imagen corporal.
- Alteraciones de la conciencia (estupor, confusión).
- Valoración de los trastornos del sueño.
- Tratamiento farmacológico.
- Estado cognitivo mínimo para decidir si hay exploración más amplia.

En ocasiones, sin embargo, y debido a que en la DI las conductas no muestran una relación unidireccional con la psicopatología, habrá recomendar una observación directa del usuario en diferentes ambientes. Esta monitorización puede valorar aspectos básicos (sueño, apetito, peso, nivel de actividad) en estudios exhaustivos (en forma de análisis funcional).

En esta visita, el médico psiquiatra solicita las valoraciones y/o pruebas complementarias (analítica, EKG, EEG, pruebas radiológicas, etc. . .) que considere necesarias.

Los principales instrumentos de diagnóstico y clasificación semiológica utilizados serán los validados y adaptados a esta población.

PSICOLOGÍA

Si realiza la primera visita, llevará a cabo, junto con Enfermería, la acogida del usuario y los acompañantes.

Entre sus tareas destacan el estudio cuidadoso de las funciones cognitivas y el perfil semiológico de los usuarios, la situación de las habilidades adaptativas, análisis funcionales de la conducta y una profundización en los aspectos emocionales y las necesidades actuales del usuario, así como la coordinación con las técnicas de los servicios de procedencia para obtener la información básica necesaria para la evaluación.

A menudo, en el campo de la DI, la exploración de las funciones superiores queda relegada a la mera administración de una prueba de inteligencia con la presencia básicamente de tres índices: el C.I. verbal, el C.I. manipulativo y el C.I. total . En el equipo especializado, se considera la necesidad de realizar una evaluación cuidadosa de la semiología y el perfil cognitivo que presentan los usuarios. Establecer los patrones de funcionamiento neuropsicológico es básico y necesario para poder llevar a cabo el correcto manejo y un buen plan de intervención. Sin embargo las pruebas aplicadas deberán combinarse con pruebas de contenido ecológico y con entrevista al cuidador principal.

Se realizará, en todos aquellos casos que sea necesario, un análisis funcional de la conducta a estudio.

La valoración contempla el estudio de los siguientes parámetros:

- Atención.
- Orientación.
- Memoria.
- Lenguaje.
- Funciones ejecutivas.
- Funciones sensoriales (auditivas, visuales y táctiles).
- Actividades visuo-constructivas y visuo-espaciales.
- Praxis.
- Estado de las habilidades adaptativas.
- Estado emocional y screening de psicopatología.
- Evaluación de los rasgos de personalidad.
- Estudio del PIR previo, en caso de existencia, así como estudio de los registros conductuales y planes de intervención previos.
- Elaboración y seguimiento de los análisis multimodales de la conducta.
- Elaboración del plan de intervención de Apoyo Conductual Positivo.

ENFERMERÍA

El papel de enfermería en el campo de la DI y SM /TC juega un papel importante. En esta primera visita, Enfermería seguirá un protocolo de actuación recogiendo una serie de variables.

- Recopilación de los motivos de la evaluación.
- Datos personales.
- Procedencia.
- Evaluación de necesidades.
- Evaluación de situaciones de riesgo (según escala de valoración global de riesgo MHOA).
- Estudio de vacunaciones.
- Exploración general básica y patrones funcionales de salud alterados.

- Descripción del fenotipo físico.
- Estado nutricional: peso, talla, IMC.
- Estado de piel y mucosas. Temperatura.
- Respiración / circulación: TA, FC, FR.
- Organos de los sentidos.
- Aparato genito-urinario.
- Salud buco-dental.
- Valoración aparato digestivo.
- Ritmo del sueño.
- Realización de EKG.

TRABAJO SOCIAL

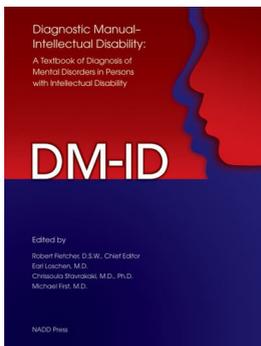
- Realización del genograma actual.
- Historia social, familiar y personal.
- Datos socio-laborales.
- Estado de la vivienda. Condiciones de vivienda. Régimen de tenencia.
- Situación económica.
- Tramitación de la solicitud del grado de dependencia.
- Medidas administrativas.
- Medidas judiciales: Incapacitación / tutela.
- Cobertura sanitaria.
- Características del cuidador principal. Indicadores de sobrecarga.
- Datos de servicios que intervienen o han intervenido.
- Recursos de los que dispone.

Cuando este proceso finaliza, y una vez recibidas todas las exploraciones complementarias solicitadas, se realiza un informe donde se reflejan los resultados de la evaluación y el plan de intervención que se considera adecuado. Este informe se devuelve a la persona y/o entidad que deriva del caso y a todos los implicados en el plan terapéutico.

ANEXO 2: GUÍAS DE EVALUACIÓN, SISTEMAS DE DIAGNÓSTICO ESPECIALIZADO, LINKS Y PROTOCOLOS CLÍNICOS EN DISM.

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO.

DM-ID (DIAGNOSTIC MANUAL – INTELLECTUAL DISABILITY: A CLINICAL GUIDE FOR DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDERS IN PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITY).



Autor/es: The National Association for the Dually Diagnosed (NADD) i The American Psychiatric Association (APA).

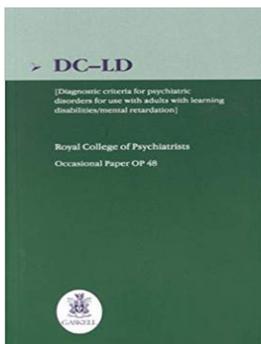
Editorial: Existe una versión traducida y editada por Down España <http://www.sindromedown.net/>

Año: 2010.

Enlaces: <http://www.dmid.org/>

Resumen: Guía clínica para el diagnóstico de enfermedades mentales en personas con discapacidad intelectual. Manual diagnóstico (DSM IV adaptado para personas con discapacidad intelectual).

DC-LD (DIAGNOSTIC CRITERIA FOR PSYCHIATRIC DISORDERS FOR USE WITH ADULTS WITH LEARNING DISABILITIES/MENTAL RETARDATION)



Autor/es: Royal College Of Psychiatrists.

Editorial: Gaskell.

Año: 2001.

Enlaces: -

Resumen: Sistema de clasificación. Complementaria al CIE-10.

No está traducido.

GUÍAS Y MANUALES GENERALES.

SALUD MENTAL Y ALTERACIONES DE LA CONDUCTA EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. GUÍA PRÁCTICA PARA TÉCNICOS Y CUIDADORES.



Autor/es: Ramón Novell Alsina (Coord.), Pere Rueda Quillet, Luis Salvador Carulla.

Editorial: FEAPS.

Año: 2004.

Enlaces: http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/libro_saludmental.pdf

Resumen: Este libro es una herramienta contra el riesgo de exclusión de las PDI y problemas de salud mental y/o conductuales. Los autores ofrecen, desde una perspectiva cercana y científica, estrategias para la comprensión de los trastornos mentales y conductuales, así como herramientas y técnicas para la evaluación y la intervención.

SÍNDROMES Y APOYOS. PANORÁMICA DESDE LA CIENCIA Y DESDE LAS ASOCIACIONES.



Autor/es: Varios.

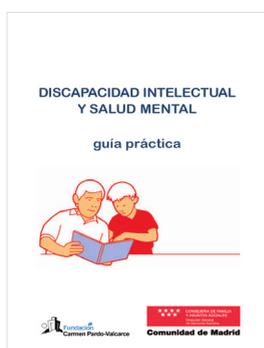
Editorial: FEAPS.

Año: 2006.

Enlaces: http://www.feaps.org/biblioteca/libros/coleccion_tex8.htm.

Resumen: Este libro intenta unir el contenido de diversas disciplinas y recoger una serie de conocimientos fundamentales sobre los síndromes. El contenido es "inicial" y está pensado para la obtención de información básica y a su vez específica.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SALUD MENTAL. GUÍA PRÁCTICA.



Autor/es: Almudena Martorell y José Luis Ayuso Mateos (eds.)

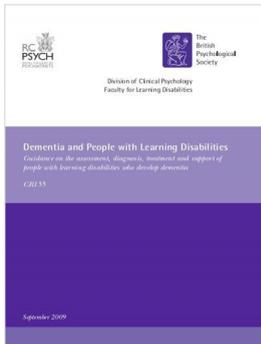
Editorial: Fundación Pardo-Valcarce.

Año: 2011.

Enlaces: <http://www.pardovalcarce.com/invracion/guia.php>

Resumen: Herramienta de apoyo para las personas con discapacidad intelectual, sus familiares y profesionales. Contribuye a la comprensión de los problemas de salud mental cuando se asocian con la discapacidad intelectual.

DEMENTIA AND PEOPLE WITH LEARNING DISABILITIES.



Autor/es: The British Psychological Society.

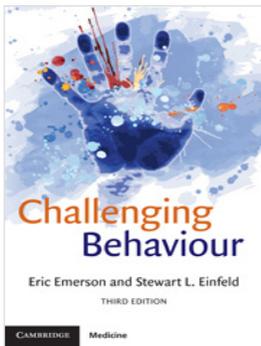
Editorial: The British Psychological Society.

Año: 2009.

Enlaces: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr155.pdf>

Resumen: Guía sobre el diagnóstico, tratamiento y apoyos necesarios en procesos de demencia en personas con discapacidad intelectual.

CHALLENGING BEHAVIOUR.



Autor/es: Eric Emersueño & Stewart L.Einfeld

Editorial: Cambridge University Press

Año: 2011.

Enlaces: -

Resumen: -

EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SERVICIOS DE APOYO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y PROBLEMAS DE CONDUCTA.



Autor/es: Dosen A., Gardner W.I., et al. Versión española: Juan Carlos García Gutiérrez, Mencía Ruiz Gutiérrez-Colosía y Luis Salvador Carulla.

Editorial: European Association for Mental Health in Intellectual Disabilities (MHID) y Federación Española de Síndrome de Down (Down España).

Año: 2010.

Enlaces: <http://www.sindromedown.net/>

Resumen: Guía sobre diagnóstico, evaluación y tratamiento de problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual.

PROBLEMAS DE CONDUCTA EN ADULTOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL. DIRECTRICES INTERNACIONALES PARA EL USO DE MEDICAMENTOS.



Autor/es: Shoumitro Deb, Luis Salvador Carulla, et al. Versión española: Juan C. García Gutiérrez, Mencía Ruiz Gutiérrez-Colosía y L. Salvador Carulla.

Editorial: Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA): Sección de Psiquiatría de la Discapacidad Intelectual (SPID) y Federación Española de Síndrome de Down (Down España).

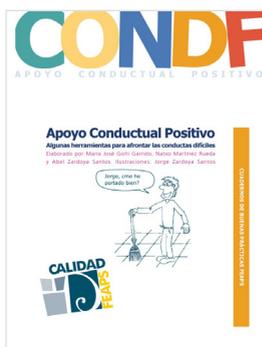
Año: 2010.

Enlaces: <http://www.sindromedown.net/>

Resumen: Guía sobre uso racional de medicamentos en personas con discapacidad intelectual y de problemas de conducta.

APOYO CONDUCTUAL POSITIVO.

APOYO CONDUCTUAL POSITIVO. ALGUNAS HERRAMIENTAS PARA AFRONTAR LAS CONDUCTAS DIFÍCILES.



Autor/es: M^a José Goñi, Natxo Martínez y Abel Zardoya.

Editorial: FEAPS.

Año: 2007.

Enlaces: http://www.plenainclusion.org/sites/default/files/apoyo_conductual_positivo.pdf

Resumen: Guía básica sobre el apoyo conductual positivo para personal de atención directa y técnicos.

BUENAS PRÁCTICAS.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN ANTE CONDUCTAS DESAFIANTES GRAVES Y USO DE INTERVENCIONES FÍSICAS (BUENAS PRÁCTICAS).



Autor/es: Profesionales de la Fundación Uliazpi.

Editorial: FEAPS

Año: 2003.

Enlaces: <http://www.plenainclusion.org/sites/default/files//bp-conductas-desafiantes.pdf>

Resumen: Guía sobre las intervenciones físicas realizadas por profesionales de la Fundación Uliazpi.

BUENAS PRÁCTICAS. APOYO CONDUCTUAL POSITIVO.

BUENAS PRÁCTICAS

En la atención a personas con discapacidad

VIVIR MEJOR
Apoyo
Conductual
Positivo

Autor/es: Centro de documentación y estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa. Fundación Eguía-Careaga Fundazioa.

Editorial: Diputación Foral de Álava.

Año: 2011.

Enlaces: <http://www.siiis.net/es/ver-detalle.php?ref=19769>

Resumen: Guía de buenas prácticas sobre el apoyo conductual positivo.

BUENAS PRÁCTICAS. ESTRATEGIAS REACTIVAS.

BUENAS PRÁCTICAS

En la atención a personas con discapacidad

VIVIR MEJOR
Estrategias Reactivas

Autor/es: Centro de documentación y estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa. Fundación Eguía-Careaga Fundazioa.

Editorial: Diputación Foral de Álava.

Año: 2011.

Enlaces: <http://www.siiis.net/es/ver-detalle.php?ref=197271>

Resumen: Guía de buenas prácticas sobre las estrategias reactivas.

BUENAS PRÁCTICAS. EVALUACIÓN FUNCIONAL DE CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS.

BUENAS PRÁCTICAS

En la atención a personas con discapacidad

VIVIR MEJOR
Evaluación
Funcional de
Conductas
Problemáticas

Autor/es: Centro de documentación y estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa. Fundación Eguía-Careaga Fundazioa..

Editorial: Diputación Foral de Álava.

Año: 2011.

Enlaces: <http://www.siiis.net/es/ver-detalle.php?ref=197268>

Resumen: Guía de buenas prácticas sobre la evaluación funcional de conductas problemáticas.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN.

	Bajo estado de ánimo	Manía	Trastorno cíclico del EA	Ansiedad	TOC	Esquizofrenia	Trastorno del sueño
DI leve / Necesidades de apoyo intermitente – limitado	<ul style="list-style-type: none"> • Batería PAS-ADD (Pas-ADD, MiniPAS y Checklist) • Registro de sueño • Registro de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Batería PAS-ADD (Pas-ADD, MiniPAS y Checklist) • Registro de sueño • Registro de peso 		<ul style="list-style-type: none"> • Batería PAS-ADD (Pas-ADD, MiniPAS y Checklist) • Glasgow • ADAMS 	<ul style="list-style-type: none"> • Batería PAS-ADD (Pas-ADD, MiniPAS y Checklist) • RBQ • Listado de conductas compulsivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Batería PAS-ADD (Pas-ADD, MiniPAS y Checklist) 	
DI Moderada / Necesidades de apoyo extenso	<ul style="list-style-type: none"> • Con lenguaje Batería PAS-ADD • Sin lenguaje DASH-II • Registro de sueño • Registro de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Con lenguaje Batería PAS-ADD • Sin lenguaje DASH-II • Registro de sueño • Registro de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Scatter plot Con 3 índice conductuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Con lenguaje Batería PAS-ADD • Sin lenguaje DASH-II 	<ul style="list-style-type: none"> • Con lenguaje Batería PAS-ADD • Sin lenguaje DASH-II 	No existen pruebas psicométricas	<ul style="list-style-type: none"> • Actigrafía • Polisomnografía
DI Severa / Necesidades de apoyo generalizado	<ul style="list-style-type: none"> • Listado de signos observables de depresión • MIPQ • Registro de peso • Registro de sueño 	<ul style="list-style-type: none"> • DASH-II 		<ul style="list-style-type: none"> • DASH-II 	<ul style="list-style-type: none"> • DASH-II • Listado de conductas compulsivas 	No existen pruebas psicométricas	

CONDUCTA ADAPTATIVA.

ICAP



Tipo: Inventario.

Para uso de: Es una prueba relativamente sencilla y rápida de administrar (20-30 minutos) que ha de rellenar alguien que conozca bien a la persona.

Usuario destinatario: PDI.

Función: Evalúa la conducta de las personas y nos proporciona información sobre la conducta adaptativa y los problemas de conducta que presenta ésta (frecuencia y gravedad). Cuando se han administrado diversos ICAP a lo largo de los años a una misma persona, permite tener una visión longitudinal de ésta: aumento/diminución de habilidades adaptativas, cambios de conducta, etc.

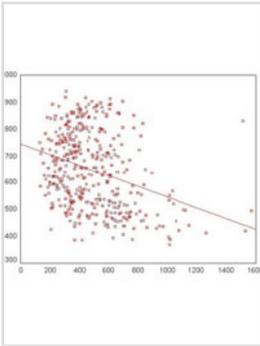
El ICAP recoge, para cada usuario, información descriptiva, situación diagnóstica, limitaciones funcionales, conducta adaptativa, conductas problema, emplazamiento residencial, servicios de día, servicios de habilitación y apoyo, servicios de ocio y tiempo libre, información general y recomendaciones.

El test de conducta adaptativa mide el nivel de la persona en relación con las habilidades básicas para moverse con independencia en su entorno (habilidades sociales y comunitarias, de la vida personal, de la vida en la comunidad y motoras). En el ICAP se obtiene un índice, llamado Nivel de Servicio, que combina las puntuaciones de conducta adaptativa en un 70% y de los problemas de conducta en un 30%, para ofrecer una estimación de la intensidad de atención y/o supervisión que requiere la persona.

Observaciones: Debe evaluarse el comportamiento actual basándose en las cosas que realmente hace la persona, no lo que podría hacer. También deben neutralizarse los periodos atípicos (si valoramos una persona en situación de crisis hay que evaluar las habilidades de la persona cuando está estable) y tener en cuenta la crisis solo para los problemas de conducta.

CONDUCTA.

SCATTER PLOT



Tipo: Registro.

Para uso de: Personal de atención directa.

Usuario destinatario: PDI.

Función: Sistema de Registro que trata de relacionar la aparición de alteraciones de la conducta y los eventos del entorno. El objetivo es identificar los momentos del día (horas) y días (calendario) en los que las alteraciones de conducta son más prevalentes para encontrar las similitudes ambientales entre esos momentos.

Enlaces: - Última versión del archivo Scatter plot.
- Instrucciones de la versión informatizada.

FICHA ABC

Tipo: Registro.

Para uso de: Personal de atención directa.

Usuario destinatario: PDI.

Función: Evaluación de la conducta. Un análisis A-B-C (antecedente – conducta – consecuente) registra lo que ha pasado inmediatamente antes de que se produzca la conducta problema y lo que ha sucedido inmediatamente después. Es necesario recoger datos durante varios días, a pesar de que no sean consecutivos, para obtener la información suficiente para valorar patrones de respuesta. El análisis de los datos recogidos puede ayudar a formular hipótesis sobre la función de la conducta. Hay que utilizar una hoja de registro distinta para cada día de observación.

ESCALA DE CONDUCTAS ANÓMALAS ABC-ECA



Tipo: Cuestionario.

Para uso de: Escala relativamente fácil de administrar. Puede ser utilizada por personal de atención directa con unos mínimos de conocimientos sobre la materia.

Usuario destinatario: PDI.

Función: Escala diseñada para valorar los efectos de la medicación o de otros tratamientos sobre las personas con discapacidad intelectual y para estudiar los problemas de conducta y psicopatológicos de estas personas.

No es una escala con capacidad diagnóstica.

Enlaces: Anexos del libro Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores:

<http://www.plenainclusión.orgbiblioteca>.

ESCALA D' AVALUACIÓ DE LA MOTIVACIÓ



Tipo: Cuestionario.

Para uso de: Esta escala debe ser cumplimentada por el personal de atención directa posteriormente a la descripción realizada en la ficha ABC y de rellenar la Escala de Conductas Anómalas.

Usuario destinatario: PDI.

Función: Esta escala debe usarse para encontrar la funcionalidad y los reforzadores de la conducta problema. Tiene en cuenta cuatro tipo de reforzadores: sensoriales, tangibles, atención y evitación.

Enlaces: Anexos del libro Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores:

<http://www.plenainclusión.orgbiblioteca>.

ENTREVISTA PARA LA EVALUACIÓN FUNCIONAL DE LA CONDUCTA



Tipo: Entrevista.

Para uso de: E-

Usuario destinatario: PDI.

Función: Análisis funcional de la conducta.

Enlaces: -

CHALLENGING BEHAVIOUR CHECKLIST (INVENTARIO DE CONDUCTAS DESAFIADORAS)



Tipo: Inventario.

Para uso de: -

Usuario destinatario: PDI.

Función: Evalúa la conducta de las personas en las dos últimas semanas y nos proporciona información sobre el tipo de conductas desafiantoras, frecuencia y gravedad. Permite concretar cuál intervenir primero.

Enlaces: -

SALUD MENTAL.

MINI PAS



Tipo: Entrevista.

Para uso de: Personal técnico y de atención directa formado en esta herramienta.

Usuario destinatario: PDI.

Función: Acreening de problemas de salud mental en personas con discapacidad intelectual (leve y moderada) y del desarrollo.

Según puntuación obtenida, administrar el PAS ADD. Es una herramienta de orientación, no de diagnóstico.

Enlaces: <http://79.170.44.140/pasadd.co.uk/mini-pas-add/>

MIPQ



Tipo: Cuestionario.

Para uso de: -

Usuario destinatario: PDI con necesidades de apoyo generalizadas.

Función: Depresión. Para valorar estado de ánimo. Se puede utilizar para valorar interés de la persona por diferentes actividades (cada una por separado).

Enlaces: -

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA.

CAMDEX-DS



Tipo: Entrevista estructurada a cuidador + entrevista estructurada PcDID + Batería de pruebas CAMCOG-DS + Registro observacional.

Para uso de: Apto para personal técnico.

Usuario destinatario: Cuidador PDI y PDI.

Función: El CAMDEX-DS nos puede ser de utilidad para:

- Diagnóstico de demencia en PDI.
- Diagnóstico diferencial de patología física o psiquiátrica que puede causar deterioro cognitivo.
- Establecer un perfil neuropsicológico de la PDI.
- En el caso de diagnosticar demencia, establecer una estrategia de apoyo a la persona y tratamiento de ésta.

Enlaces: - Web de TEA Edicions: <http://web.teaediciones.com/>

- Artículo Revista Neurología: Adaptación y validación del CConridge Examination for Mental Disorders of Older People with Down's Syndrome and Others with Intellectual Disabilities (CAMDEX-DS) en población española con discapacidad intelectual

<https://www.neurologia.com/>

EVALUACIÓN DEL DOLOR

ESCALA DE DISCONFORT MODIFICADA (GEDYE)

Registro Escala de Discomfort Modificada
Olivier, 1998

NOMBRE: _____ ETIQUETA: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA REGISTRO: _____
EVALUADOR: _____

El fin de esta escala es registrar el dolor en personas con discapacidad intelectual.

Instrucciones: Apuntarse los 7 ítems antes de iniciar la evaluación. Escala de 0 a 30 unidades, donde 00 = ausencia de conductas que indican dolor; 10 unidades = ausencia de conductas de dolor; 20 = dolor leve; 30 = dolor moderado a intenso. Tener la seguridad de que 7 ítems. Escala sobre ítem que debe el mismo día. Los ítems que puntúan 2 o 2 en un ítem tiene poder sobre el proceso doloroso y deben ser evaluados los próximos días.

0 = No muestra más conductas que indica
1 = Dolor leve, pero intermite
2 = Dolor leve a muy intenso pero intermite
3 = Continúa, o muy intenso y frecuente

Ítem de ítem: _____ Hora de Evaluación: _____
Lugar: _____ Función: _____ Símbolo: _____ (De qué está hablando)

Resaca respiratoria	0	1	2	3
Vocalizaciones negativas	0	1	2	3
Expresión facial de tristeza	0	1	2	3
Expresión facial de angustia	0	1	2	3
Cama húmeda	0	1	2	3
Lenguaje corporal tenso	0	1	2	3
Lenguaje corporal de inquietud	0	1	2	3

Puntuación de discomfort: _____
(máximo 21)

Tipo: Registro.

Para uso de: Personal técnico y de atención directa que conozcan la prueba y conozcan mínimamente a la persona evaluada.

Usuario destinatario: PDI con dificultades de comunicación, falta de lenguaje o deterioro cognitivo (alteración percepción del dolor).

Función: Valoración de la probabilidad de experimentación de dolor de la PDI mediante el registro de ítems observables.

Enlaces: -

EVALUACIÓN DEL PERSONAL DE ATENCIÓN DIRECTA

ESCALA DE AUTOEFICACIA DE LAS DIFICULTADES CONDUCTUALES

ESCALA D'AUTO-EFICACIA DE LAS DIFICULTADES CONDUCTUALES

Más a nivel de las mismas preguntas en relación a los ítems respondidos a las conductas de dificultades conductuales que se presentan en el cuestionario para personal (PDI) que indica. No se plus, luego más preguntas, 1 elemento el número de ítems que mejor reflejaron los ítems respondidos. Si los ítems respondidos están distribuidos en día entonces el ítem, si se plus responde 1 a 7. Si los ítems respondidos están en un día, si se plus responde no puntúan en ítem que reflejaron en ítem que los ítems respondidos han de ser así. Si se plus, luego a todos los ítems.

• ¿Qué tan seguro está al tratar (a T) a las conductas de dificultades de los PDI que indica?

1 (más seguro) 2 3 4 5 6 7 (más inseguro)

• ¿Qué difícil es (a T) personalmente tratar la manera d'eliminar las conductas de dificultades de los PDI que indica?

1 (más difícil) 2 3 4 5 6 7 (más fácil)

• ¿Puede usted hacer tanto como que la manera más que trata las conductas de dificultades de los PDI que indica (a T) que indica?

1 (no sé qué efecto positivo) 2 3 4 5 6 7 (sí un efecto más positivo)

• ¿En qué medida está satisfecho con la manera que trata las conductas de dificultades de los PDI que indica?

1 (más satisfecho) 2 3 4 5 6 7 (más insatisfecho)

• ¿Puede usted hacer tanto como que la manera más que trata las conductas de dificultades de los PDI que indica?

1 (más control) 2 3 4 5 6 7 (más control)

Tipo: Cuestionario.

Para uso de: Personal responsable del personal de atención directa.

Usuario destinatario: Personal de atención directa.

Función: Valoración de la autoeficacia percibida por el personal de atención directa en relación a los problemas conductuales de los usuarios del servicio.

Enlaces: -

ESCALA DE ATRIBUCIONES DE LAS CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS



Tipo: Cuestionario.

Para uso de: Personal responsable del personal de atención directa.

Usuario destinatario: Personal de atención directa.

Función: Valoración de las atribuciones causales que hace el personal de atención directa en relación a los problemas conductuales de los usuarios del servicio.

Enlaces: -

ESCALA SOBRE LAS REACCIONES EMOCIONALES A LAS CONDUCTAS DESAFIADORAS



Tipo: Cuestionario.

Para uso de: Personal responsable del personal de atención directa.

Usuario destinatario: Personal de atención directa.

Función: Valoración de cuáles son las emociones que presenta el personal de atención directa como respuesta a los problemas conductuales que afronta en su día a día.

Enlaces: -

BIBLIOGRAFÍA DE APOYO

- Asociación Europea para la Salud Mental en la Discapacidad Intelectual. (2010).

Evaluación, diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo para personas con discapacidad intelectual y problemas de conducta.

- Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., y Bousoño, M. (2004).

Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica.

3ª ed. Barcelona: Ars Medica, 53-57.

- FEAPS (2007).

Cuadernos de buenas prácticas: Planificación centrada en la persona.

Madrid: FEAPS. Recuperado de: www.feaps.org

- NAAD. (2007).

Diagnostic manual—Intellectual disability: A textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability.

Nueva York: NADD Press.

- World Psychiatric Association (WPA). Sección de Psiquiatría de la discapacidad Intelectual (SPID). (2010).

Problemas de conducta en adultos con discapacidad intelectual. Directrices internacionales para el uso de medicamentos.

9. Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Bouras, N. (1999). *Psychiatric and behavioural disorders in developmental disabilities and mental retardation*. Cambridge University Press.
- FEAPS. (2007). Cuadernos de Buenas Prácticas Planificación centrada en la persona. *Experiencia de la Fundación San Francisco de Borja para Personas con Discapacidad Intelectual*. Madrid: FEAPS.
- FEAPS. (2008). *Trastornos de la salud mental en las personas con discapacidad intelectual: Declaración FEAPS e Informe Técnico*. Madrid: FEAPS.
- Fraser, W. y Nolan, M. (1995). *Psychiatric disorders in mental retardation. Recent advances and practice*. En N. Bouras (Ed.), *Mental health in mental retardation* (pp. 79-93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Garau, J. (2005). *Guía para la gestión de calidad de los procesos de servicios sociales 2005*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e INTRESS.
- Hatton, C., y Emerson, E. (1995). Staff in services for people with learning disabilities: An overview of current issues. *Mental Handicap Research*, 8(4), 215-219.
- Hucker, S. J., Day, K. A., George, S., y Roth, M. (1979). *Psychosis in mentally handicapped adults*. En James, F.E. y Snaith, R.P. (Eds.), *Psychiatric illness in mental handicap* (pp. 27-35). London: Gaskell.
- Junta de Extremadura. (2005). *Plan Marco de Atención Sociosanitaria en Extremadura. Plan Director 2005-2010*. Mérida: Junta de Extremadura
- Junta de Extremadura. (2007). *Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012*. Mérida: Junta de Extremadura.
- Junta de Extremadura. (2017). *III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2017-2020*. Mérida: Junta de Extremadura
- La Vigna, G. y Donnellan, A. (1986). *Alternatives to Punishment: Solving Behaviour Problems with Non-aversive Strategies*. New York: Irvington.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de *Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Boletín Oficial del Estado, 299, de 15 de diciembre de 2006.
- Mansell, J., y Beadle-Brown, J. (2011). Desinstitucionalización y vida en la comunidad: Declaración del grupo de investigación sobre política y práctica comparativas, de la asociación internacional para el estudio científico de las discapacidades intelectuales (IASSID). *Zerbitzuan: Gizarte Zerbitzuetarako Aldizkaria= Revista De Servicios Sociales*, (49), 137-146.

- Martínez, R., Salvador, L., Colosía, G., Ruiz, M., Nadal, M., Novel, R., . . . Ángel, S. (2011). La salud en personas con discapacidad intelectual en España: Estudio europeo POMONA-II. *Revista de Neurología*, 53(7): 406-414.
- Matson, J. L., Coe, D. A., Gardner, W. I., y Sovner, R. (1991). *A factor analytic study of the Diagnostic Assessment for the Severely Handicapped Scale*. *J. Nerv. Ment. Dis.* 179: 553-557
- Moss, S., Patel, P., Prosser, H., Goldberg, D., Simpson, N., Rowe, S., y Lucchino, R. (1993). Psychiatric morbidity in older people with moderate and severe learning disability. I: Development and reliability of the patient interview (PAS-ADD). *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 163, 471-480.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007) *Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud*. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia_salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Novell, R., Rueda Quillet, P., Carulla, L. S., y Farre, E. F. (2003). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual: Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid: FEAPS.
- Novell, R. (2004). *Comunicación personal*.
- Novell, R., Nadal, M., Smilges, A. P. J., y Pujol, J. (2008). *Informe Séneca. Envejecimiento y Discapacidad Intelectual en Cataluña*. Barcelona: FEAPS.
- Novell, R., Rueda, P., Salvador, L., y Forgas, E. (2015). *Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual: Guía práctica para técnicos y cuidadores*. Madrid: FEAPS.
- Novell, R. (2016). *Comunicación personal*.
- O'Brien, J. (2003). La planificación centrada en la persona como factor de contribución en el cambio organizacional y social. *Siglo Cero: Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 34(208), 65-69.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación internacional de enfermedades, décima versión*.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013) *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/151028>
- Reid, A. H. (1972). Psychosis in adult mental defectives. I. Manic depressive psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 120(555) 205-212; DOI: 10.1192/bjp.120.555.205

- Reiss, S., y Szyszko, J. (1983). Diagnostic overshadowing and professional experience with mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency*, 87(4), 396-402.
- Royal College of Psychiatrists (2001). DC-LD [Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation]. London: Gaskell Press.
- Seidel, M. (2004). The declaration of Rome 2003—with regard to the promotion of interest and services for people with intellectual disabilities with mental health needs. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 1(2), 103-103.
- Schalock, R. (2010). Aplicaciones del paradigma de calidad de vida a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. En Verdugo, M. A., Crespo, M. y Nieto, T. (Eds.). *Aplicación del paradigma de calidad de vida. VII seminario de actualización metodológica en investigación sobre discapacidad SAID* (pp. 11-18)
- Smith, M., & Nethell, G. (2014). The brief behavioural assessment Tool—preliminary findings on reliability and validity. *International Journal of Positive Behavioural Support*, 4(2), 32-40.
- Sovner, R. (1986). Limiting factors in the use of DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons. *Psychopharmacology Bulletin*, 22(4), 1055-1059.
- Thompson, J.R., Tassé M. J., Schalock, R. L. (2004). The Supports Intensity Scale (SIS): A new tool to measure support needs. *Journal of Intellectual Disability Research*. 48(4):454.
- Verdugo, M., Arias, B., y Ibáñez, A. (2007). *Escala de intensidad de apoyos*. Madrid: TEA.
- Verdugo, M., y Schalock, R. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 41(4), 7-21.
- Verdugo, M., y Schalock, R. (2013). *Discapacidad e inclusión. Manual para la docencia*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Verdugo, M. Á., Martínez, B. A., Santamaría, M., y Clavero, D. (2013). Evaluación de la calidad de vida en personas con discapacidades intelectuales o del desarrollo: La escala inicio-feaps. *Siglo Cero: Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 44(247), 6-20.
- Xenitidis, K., Thornicroft, G., Leese, M., Slade, M., Fotiadou, M., Philp, H., . . . Murphy, D. G. (2000). Reliability and validity of the CANDID--a needs assessment instrument for adults with learning disabilities and mental health problems. *The British Journal of Psychiatry The Journal of Mental Science*, 176, 473-478.

PLAN DE ACCIÓN de DISCAPACIDAD Y ACCESIBILIDAD