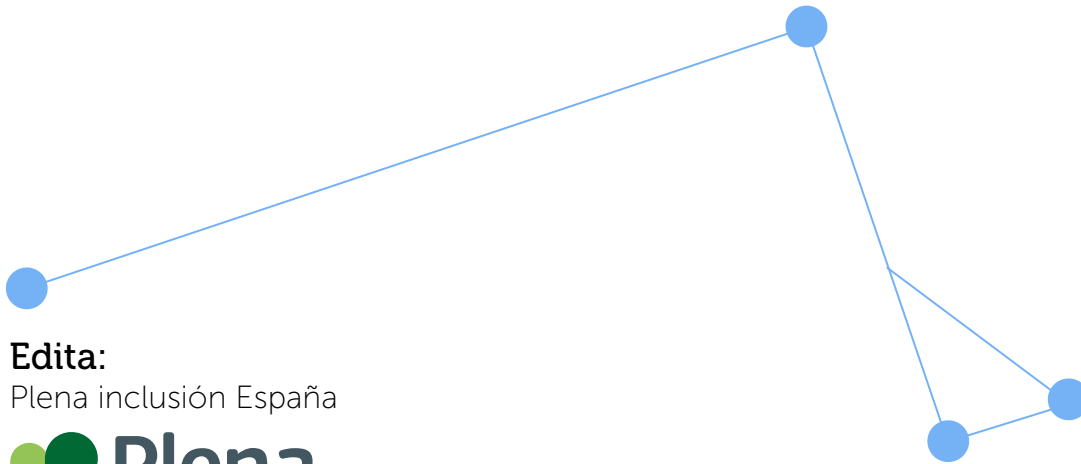


Con buenos apoyos Informe

Situación de la **atención a la salud mental** de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en España





Edita:

Plena inclusión España



Febrero 2025.

Avenida General Perón 32,
Planta 1, 28020 Madrid

<https://www.plenainclusion.org/>

Informe elaborado por:

▶ Ramón Novell Alsina

en el marco del programa de Salud Mental de Plena inclusión

Coordinado por:

▶ Amalia San Román e Inés Guerrero

Financiado por:

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030
en el marco de Programas de interés social de IRPF 2024.



 POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

Con el apoyo de:

Fundación ONCE



- ▶ Foto portada: "Cultivando resiliencia" de Elena Caballero
- ▶ Fotos del documento procedentes de Concurso Fotografía Digital de INICO
- ▶ Diseño y maquetación: Bárbara López de Toledo



Esta obra tiene licencia Creative Commons

Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada

(by-nc-nd). No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

Índice

1. Presentación	4
2. Marco conceptual. Componentes básicos del modelo de atención	5
3. Cómo apoyamos a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo con problemas de salud mental y/o conductas que preocupan	8
4. Marco normativo	10
5. Con Buenos Apoyos	18
5.1. Objetivos	18
5.2. Dónde se ha llevado a cabo	18
5.3. Cómo se ha llevado a cabo. Fases	19
5.4. Quiénes han participado	22
6. Resultados	26
6.1. Epidemiología y datos	26
6.2. Revisión de programas y políticas específicas de salud mental en relación a la discapacidad intelectual y del desarrollo	30
6.3. Acciones contempladas en los Planes de Salud Mental Autonómicos	36
6.4. Estrategias de coordinación socio-sanitaria dirigidas a la elevada complejidad en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo	62
6.5. Políticas sociales públicas	92
6.6. Buenas prácticas en la coordinación socio-sanitaria entre la red pública de salud mental y el tercer sector social (entidades de Plena inclusión. MICROSISTEMAS	116
6.7. Acceso a los servicios. Priorización y Accesibilidad Cognitiva	150
6.8. Políticas y estrategias dirigidas al Empoderamiento y a la Atención Centrada en la Persona con discapacidad intelectual y del desarrollo	168
6.9. Planes de formación sobre salud mental en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo	183
6.10. Programas de investigación sobre salud mental en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo	198
6.11. Opinión de las familias	206
6.12. Opinión de las entidades y federaciones de Plena inclusión	214
7. Los nuevos servicios que necesitamos	217
8. Decálogo de la Buena Práctica en sobre salud mental en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo	225
9. Bibliografía	227
10. Anexo	229

1. Presentación

Este documento es una aproximación a la situación en España de la atención pública a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo que pueden tener un problema de salud mental y/o una conducta que nos preocupa (en adelante PDIDSM).

Debe considerarse como **una continuación** del trabajo previo efectuado por Plena Inclusión España y plasmado en la "Declaración FEAPS e Informe Técnico sobre los Trastornos de Salud Mental en las personas con Discapacidad Intelectual" (FEAPS 2007).

Pretende servir de base a responsables políticos y técnicos de las administraciones y del sector social, para que dispongan de elementos concretos con los que avanzar en la articulación de estrategias desde un **enfoque integral y centrado en las personas** en sus respectivos ámbitos territoriales; garantizar el principio de continuidad en la asistencia y asegurar la prestación eficiente de apoyos, especializados o no, adaptados a las necesidades que presentan las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo con dificultades relacionadas con la salud mental y el comportamiento.

"El éxito no recae en los sistemas y procesos, sino en las conexiones humanas, los compromisos, la responsabilidad y las relaciones sostenibles, que no son adversarias"



Juntas siempre es mejor
Autora: MONICA TRILLO RIVERA
XXI Edición concurso de fotografía del INICO

2. Marco conceptual

Componentes básicos del modelo de atención

Los problemas de salud mental en las personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo

La coexistencia de ambas condiciones, entendidos como patología dual (discapacidad intelectual y trastorno mental), ha sido casi siempre infradiagnosticada y por consiguiente, no tratada.

El eclipsamiento diagnóstico (ED) o enmascaramiento diagnóstico es un fenómeno por el cual profesionales de la salud, gestores sanitarios, profesionales de apoyo e incluso familias atribuyen un síntoma físico o conductual a la discapacidad intelectual y del desarrollo, sin considerar otros factores. (*Centre for Developmental Disability Studies, 2006; National Center for START Services, 2023*).

El ED interfiere tanto en el diagnóstico erróneo de síntomas sugestivos de problemas de salud mental (*Rueda-Quitllet P, Novell-Alsina R, 2021; Moretín R, et al, 2021*), como en el diagnóstico erróneo de problemas tan comunes como el dolor (*Dillane I, Doody O, 2019*), la discapacidad auditiva y visual, o los trastornos gastrointestinales, entre otros (*Sullivan WF, et al, 2018*). Por ejemplo, el dolor y el malestar pueden presentarse como comportamientos disruptivos que pueden ser atribuidos erróneamente a la DID (*Foley KR, Trollor J, 2015*). Aún más, el grado de DID afecta la comunicación y la capacidad de explicar los síntomas, aumentando la probabilidad que se produzca un ED.

Para una persona con DID, con dificultades de adaptación al medio, un problema de salud mental adicional puede suponer requerir de una atención más intensa con mayores necesidades de apoyo, y puede conducir a que su calidad de vida permanezca seriamente dañada si sus problemas psiquiátricos no son diagnosticados y tratados de forma eficaz.

Los datos epidemiológicos publicados en la literatura científica apuntan a que las personas con discapacidad intelectual sufren trastornos psiquiátricos con mayor frecuencia que la población sin discapacidad en cualquier etapa de la vida.

El eclipsamiento diagnóstico dificulta el acceso de la persona al tratamiento adecuado y comporta consecuencias negativas para su salud y bienestar. También favorece el uso inadecuado de psicofármacos, con las consecuencias para la salud que se derivan

Qué sabemos de las personas con Discapacidad intelectual y del desarrollo

► De la enfermedad mental

- Hasta un 41% de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo presentan trastornos psiquiátricos incluyendo conductas que preocupan.
- Hasta un 28% de personas con discapacidad intelectual presentan trastornos psiquiátricos, si se excluyen problemas de conducta.
- Hasta un 22% de personas con discapacidad intelectual presentan trastornos psiquiátricos, si se excluyen problemas de conducta y trastorno del espectro autista.
- La prevalencia de trastornos psiquiátricos aumenta cuanto más grave es el nivel de discapacidad intelectual.

Para la elaboración del informe aceptamos una prevalencia de enfermedad mental (incluyendo TEA) del 28%, superior a la observada en la población normotípica

[Más información. Estadísticas](#)

► De la conducta que preocupa

- Las PDID que presentan conductas preocupantes forman un grupo extremadamente diverso, que incluye a personas con todos los niveles de necesidades de apoyo, muchas limitaciones sensoriales o físicas y que presentan tipos muy diferentes de conductas que preocupan. El grupo incluye, por ejemplo, personas con funcionamiento intelectual límite o discapacidad leve (apoyo limitado) que han sido diagnosticados como personas con un problema de salud mental y que ingresan en el sistema de justicia penal por delitos como delitos sexuales, etc; personas con discapacidad moderada (apoyo intermitente) y enfermedad mental no identificada; personas con discapacidad intelectual profunda (apoyo extenso y generalizado) con conductas de lesión hacia ellas mismas a menudo con discapacidades sensoriales y otros problemas de salud no identificados y no resueltos; personas con fenotipos genéticos como el síndrome alcohólico fetal y otros síndromes minoritarios no identificados y sin recibir los apoyos integrales adecuados; personas con Trastornos del Neurodesarrollo como el Espectro del Autismo, TDAH, problemas de aprendizaje y de la movilidad.
- Por lo general, se entiende que el 15-30% de las personas adultas con discapacidad intelectual y del desarrollo presentan conductas que preocupan, que a menudo alcanzan un máximo entre los 20 y los 49 años (Emerson et al. 2001).

Para la elaboración del informe aceptamos una prevalencia de conductas que nos preocupan del 18%, superior a la observada en la población normotípica

▸ De la elevada complejidad

No todas estas personas necesitarán un apoyo intensivo. El número de casos para cada área variará, dependiendo de factores locales disponibles, tales como:

- Los niveles de apoyos que ofrecen los diferentes programas de la red pública de salud mental genérica (CSMIJ, CSMA, toxicomanías, unidades hospitalarias y otros) y especializada (UMEDI, UHEDI, SESMDI y otros).
- El número de plazas de la red concertada del tercer sector (residencias para PDID con trastornos de conducta, viviendas en la comunidad que incluyan PDID con conductas que preocupan y/o problemas de salud mental) que se puedan ofrecer en situaciones de menor gravedad (prevención) antes de que sean necesarios programas para apoyar situaciones de mayor complejidad.

- La propia carga asistencial de los y las profesionales de las redes de salud mental (número de profesionales y profesionales formados en PDID, listas de espera, coordinación socio-sanitaria).

*Para la elaboración del informe aceptamos una prevalencia de enfermedad mental y/o conducta que preocupa de **elevada complejidad** del 10% de la población con discapacidad intelectual y del desarrollo de las que presentan problemas de salud mental y/o conductas que preocupan.*



La hora del baño
Autora: Maria Bravo Jabato
XXII edición del Concurso de fotografía del INICO

3. Cómo apoyamos

a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo con problemas de salud mental

En España, todavía se observa una carencia de políticas articuladas para dirigir las necesidades de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo con problemas de salud mental o conducta que preocupa. El resultado ha sido una difusión de las responsabilidades, más sujetas a condicionantes administrativos que a la realidad individual, que ha dado lugar al despliegue parcial e irregular de los servicios y, cuando los servicios están disponibles, a una fragmentación entre los servicios y los apoyos intermedios como la atención domiciliaria, el respiro familiar, la asistencia a Centros de Día, ocupacionales y otros.

Si bien el objetivo de separar y diferenciar los servicios de salud de los servicios sociales y educativos puede ser útil desde un punto de vista administrativo, en el caso de las personas con discapacidad intelectual y un problema de salud mental asociado esta línea de separación es confusa y borrosa, y puede conducir a que las diferentes administraciones manifiesten que es la otra la responsable de dotar de servicios específicos.

Muchas personas con discapacidad intelectual y del desarrollo no tienen acceso a unos servicios de salud mental de calidad que satisfagan sus necesidades y que respeten sus derechos y su dignidad. Los patrones tradicionales de atención se han basado en gran medida en instituciones, que tienden a segregar y aislar a las personas de la corriente principal de la sociedad. En muchos países, la legislación en materia de salud mental permite el ingreso hospitalario y el tratamiento involuntarios de PDIDSM debido a sus limitaciones –tanto real como supuesta– y a otros factores, como la «necesidad terapéutica» ligada al modelo médico y la «peligrosidad» asociada al estigma. Demasiados servicios hospitalarios y residenciales siguen recurriendo con regularidad al aislamiento y a la contención en casos de

crisis emocionales y malestar grave, incluso bajo justificación preventiva.

Necesitamos un cambio en la cultura y valores, un cambio en el poder de los individuos y un cambio en los servicios. Necesitamos ver a las personas con discapacidad de intelectual y del desarrollo, con independencia de sus necesidades de apoyo, como **ciudadanos con derechos**, que deben esperar llevar una vida activa en la comunidad y vivir en sus propios hogares tal como esperan hacerlo otros ciudadanos y ciudadanas. Y necesitamos construir los servicios y apoyos comunitarios adecuados para apoyarlos a llevar esas vidas, lo que nos permitirá cerrar progresivamente la mayoría de “instituciones” excepto las esenciales para quienes realmente requieran de una hospitalización, durante el tiempo que lo precisen.

Es necesario enfatizar actitudes centradas en la persona, basadas en las fortalezas percibidas. Un enfoque integrado, como en el marco biopsicosocial de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), desarrollada por la OMS en paralelo con la CIE-11, que contempla la salud y la discapacidad tanto individual como poblacionalmente, sintetizando aspectos del modelo médico implícito en el DSM-5 con el modelo social implícito en la CIE-11 y el modelo de derechos de Quality Rights de la OMS (2019)

El Plan de Acción 2020-2023 la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) se ha fijado como objetivo organizar actividades dirigidas a los profesionales para dar respuesta a las necesidades de salud mental de las PDID.

[Más información. WPA](#)

Las **seis áreas** del Plan de Acción de la WPA incluyen:

- ▶ 1. Promoción de la salud mental pública como principio rector.
- ▶ 2. Promoción de la salud mental de niños y niñas, adolescentes y jóvenes como estrategia de tratamiento preventivo y secundario para aliviar la futura carga.
- ▶ 3. Abordar las comorbilidades relacionadas con la salud física y mental, especialmente en lo que se refiere a la preponderancia de enfermedades no transmisibles a lo largo de la vida que a menudo pasan desapercibidas en las personas con DI/TDI.
- ▶ 4. Creación de programas de formación de pre y posgrado sobre la salud mental en personas con DI/TDI, incluyendo oportunidades para la investigación.
- ▶ 5. Asociarse con otras organizaciones profesionales y organizaciones no gubernamentales (ONG).
- ▶ 6. Continuar el trabajo de la WPA y las secciones y componentes científicos dentro de un marco de colaboración sobre la prevención del estigma relacionado con los problemas de salud mental.



Ejercicio mañanero
Autor: Sergio Camacho Sánchez
XXI edición de concurso de fotografía del inicio

● La atención la salud mental en personas con DID requiere de un modelo de atención integrado, coordinado y continuado, capaz de mejorar la capacidad de los sistemas sanitarios de abordar las necesidades de estas personas de manera eficiente

4. Marco normativo

Contexto internacional

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

► **Declaración de Luxor de 1989** de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental. Explicita la responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y a la promoción de la igualdad de derechos del enfermo.

► **Resolución de Naciones Unidas 4/119 de diciembre de 1991** para la defensa de los derechos de los enfermos mentales. Reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas. Incluye, también, la no utilización de la psiquiatría con fines políticos, ideológicos o religiosos.

► **La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD - 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.

► **La Organización Mundial de la Salud** aprueba en mayo de 2012 el **Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020** mediante la resolución WHA66.8. Tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios sanitarios y sociales, y concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación; estableciendo acciones claras para los Estados Miembros, la Secretaría y los Asociados.

Además, propone indicadores y metas clave que se pueden utilizar para evaluar su aplicación, progreso e impacto.

► También desde la **Organización Mundial de la Salud**, pero en concreto desde su **Oficina Regional para Europa**, se celebró en enero de 2005 la Conferencia de Helsinki, bajo el lema *"Hacer frente a los desafíos, encontrar soluciones"*, dando lugar a la **Declaración Europea de Salud Mental y el Plan de Acción en Salud Mental para Europa: "fijar objetivos, crear soluciones"**.

► Esta planificación de 2005 y sus compromisos han sido revisados y renovados, alineándolos con el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS, dando lugar al **Plan de Acción Europeo de Salud Mental 2013**, que 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.

► En 2012, la **Organización Mundial de la Salud** creó la Iniciativa [QualityRights](#). Este programa global está trabajando para mejorar la calidad de la atención y los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, discapacidades psicosociales, intelectuales y cognitivas. Su enfoque de atención y apoyo se basa en los derechos y está orientado a la recuperación. La eliminación de las intervenciones coercitivas, el respeto por el derecho al consentimiento informado y la promoción de la autonomía, la elección, la inclusión comunitaria y la recuperación son el núcleo de este programa. Esta iniciativa exige impartir formación a los profesionales sanitarios para que proporcionen a las personas con discapacidad una atención y ayuda psicosociales que respeten sus derechos al promover el cumplimiento de los marcos de la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y de la Agenda 2030.

► El 25 de septiembre de 2015, **Naciones Unidas** aprobó la **Agenda 2030**, un plan de acción que propone un nuevo marco conceptual de desarrollo enfocado en las personas, el planeta y la prosperidad, con una clara visión de sostenibilidad en línea con lo establecido en la CDPD.

- Los objetivos de la Agenda persiguen la igualdad entre las personas, proteger el planeta y asegurar la prosperidad.
- Sitúa a la persona en el centro del desarrollo sostenible global e incluyente. Un nuevo contrato social global que no deje a nadie atrás.
- En los 17 objetivos y 169 metas que incluye la Agenda 2030, la discapacidad se cita específicamente en 5 de sus objetivos y en 7 metas.

► **La Comisión Europea** presentó en marzo de 2021 una ambiciosa Estrategia sobre los derechos de las personas con discapacidad para el periodo 2021-2030. Esta nueva estrategia, basada en los resultados de la anterior Estrategia (2010-2020), establece un ambicioso conjunto de acciones e iniciativas emblemáticas en ámbitos prioritarios como la accesibilidad, igualdad de participación y calidad de vida digna y de forma independiente en consonancia con el Tratado de Funcionamiento y la Carta de los Derechos Fundamentales que establecen la igualdad y la no discriminación como pilares de las políticas de la Unión Europea.



Contexto español

El marco normativo español relacionado, protector y garante del ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental, se desarrolla en nuestro país en diversas normas:

► [Constitución Española](#)

La Constitución de 1978 en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud y en su artículo 49 regula la atención a las personas con discapacidad.

► [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.](#)

En el artículo 18 punto 8 menciona la promoción y mejora de la salud mental, y determina en su **Capítulo III (artículo 20)**, la plena integración de las actuaciones relativas a la Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud y la total equiparación de la persona con problemas de salud mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, teniendo las Administraciones Sanitarias que adecuar sus actuaciones a los siguientes principios: atención en el ámbito comunitario, con recursos asistenciales que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización, consideración especial de la psiquiatría infantil y la psicogeriatría, hospitalización en unidades en hospitales generales, desarrollo de la rehabilitación y la reinserción para una adecuada atención integral y atención a aspectos de prevención primaria y problemas psicosociales.

Por otro lado, en sus **artículos 54 y 70**, señala que cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud.

► [Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.](#)

Tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de pacientes, personas usuarias y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

► [Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud](#)

Define la prestación socio sanitaria en los siguientes términos: *La atención socio sanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus características especiales se pueden beneficiar de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sociales y sanitarios con el fin de aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.*

El artículo 64. "Planes integrales de salud" prevé la elaboración conjunta de planes integrales de salud por parte del Ministerio de Sanidad y los órganos competentes de las comunidades autónomas, orientando su enfoque y alcance.

► [Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.](#)

Detalla las prestaciones sanitarias en Salud Mental tanto a nivel de atención primaria como especializada.

► [Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.](#)

Crea el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y reconoce un nuevo derecho de la ciudadanía, el de las personas que no se pueden valer por sí mismas, a ser atendidas por el Estado y garantiza una serie de prestaciones. Por dependencia se entiende precisar ayudas importantes de otras personas para realizar tareas básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o problemas de salud mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Establece la protección en las situaciones de dependencia como un nuevo derecho universal para los ciudadanos y en su artículo 21, enuncia la necesidad de un desarrollo coordinado de programas entre los servicios sociales y los sanitarios, y actuaciones de promoción, prevención y de rehabilitación destinadas a personas mayores y/o a personas con discapacidades y a las que estén afectadas por procesos complejos de hospitalización.

La ley se inspira en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad de las prestaciones públicas del SAAD.

► [Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.](#) ()

Supone la aplicación a la legislación española de la Declaración y el Protocolo Facultativo de la Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de diciembre de 2006. Esta Ley ahonda en el modelo social de la discapacidad dando un decidido impulso reformador en el sentido de salvaguardar los derechos de tales personas; con el objetivo de favorecer la toma de decisiones en todos los aspectos de su vida, tanto personal como colectiva, avanzar hacia la autonomía personal desinstitucionalizada y garantizar la no discriminación en una sociedad plenamente inclusiva.

► Para dar cumplimiento en el ámbito normativo a la CDPD se aprobó el **Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre**, de Texto Refundido de la [Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social](#).

Refunde y armoniza las normas estatales destinadas a la atención social y la no discriminación de las personas con discapacidad incorporando en un solo texto su protección. El objeto de esta Ley, es garantizar el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad conforme a los **artículos 9.2 (igualdad real y efectiva), 10 (dignidad de la persona), 14 (igualdad ante la Ley) y 49 (atención especializada y amparo para el disfrute de sus derechos fundamentales)** de la Constitución Española, la CDPD y tratados y acuerdos internacionales ratificados por España.

► [Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud](#)

En el marco de la Ley de Cohesión y Calidad del año 2003, el Ministerio de Sanidad en colaboración con las administraciones autonómicas, desarrolló la primera Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (1) que fue publicada en el año 2006 y posteriormente actualizada para el periodo 2009-2013, sirviendo de herramienta y referencia para el despliegue de programas y acciones que se han ido desarrollando en el Sistema Nacional de Salud para el abordaje y atención de la salud mental.



Tras el acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) de 21 de junio de 2017 sobre la reorientación de la Estrategia de Salud Mental y la aprobación en 2017 de la Proposición No de Ley sobre la Actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental, se comenzó a trabajar en una nueva Estrategia que finalmente se estableció para el periodo 2022-2026. Esta nueva Estrategia, fue desarrollada gracias al trabajo y consenso de las comunidades autónomas (CC. AA.), personas expertas de diferentes disciplinas, sociedades científicas y asociaciones de pacientes, siendo aprobada por el CISNS el 2 de diciembre de 2021.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, en sus distintas revisiones, contempla como objetivos específicos la atención a los problemas de salud mental de grupos de población excluidos, como son las personas recluidas en centros penitenciarios y las personas en situación de sin hogarismo, requiere ser ampliamente reconsiderada para garantizar la «equivalencia de cuidados», es decir, que se proporcione a estos sectores una atención de características, en extensión y calidad, equivalentes a las de la población general.

Objetivo general 4. Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental.

4.8. 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.

► [Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024](#)

Este Plan de Acción se presenta como una herramienta que facilite la implantación, en el SNS, de las recomendaciones que se han emitido en materia de Salud Mental, especialmente las recogidas en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026. De la misma manera, el Plan de Acción ha contado con la participación y consenso de las CC. AA. Así, el objetivo principal del Plan de Acción de Salud Mental es contribuir a la mejora de la Salud Mental de la población mediante el desarrollo de acciones prioritizadas de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022 – 2026, en todos

los ámbitos del SNS, de forma que permita afrontar los efectos en la Salud Mental de la crisis sanitaria y social generada por la pandemia de COVID-19 y los efectos de otros factores de distinta índole que afectan a la Salud Mental en la actualidad.

► [Estrategia Española sobre Discapacidad 2021-2030](#)

Concebida como una hoja de ruta ambiciosa y posibilista, para que el Estado español, a través de sus administraciones y poderes públicos, contribuya a hacer efectivos los derechos humanos de las personas con discapacidad y de sus familias. Con esta Estrategia, España sigue la estela de la Unión Europea, que acaba de adoptar un marco similar para el periodo 2021-2030.

Pivota sobre el diálogo civil y su elaboración se ha democratizado al máximo para que las personas con discapacidad y sus familias, con la colaboración de sus entidades representativas la sientan como propia, y la vean como un documento que vele por el cumplimiento de sus derechos.

Establece siete retos estratégicos para cuya consecución se identifican objetivos concretos que coadyuvarán a una buena gobernanza y evaluación de la Estrategia. Esta es en sí misma un plan de acción para la discapacidad en los próximos ocho años, y cuenta con planes operativos en materias que precisan su propia planificación como son la accesibilidad, la cultura, la educación, la salud y las mujeres y niñas con discapacidad.

► [Estrategia Española en Trastornos del Espectro del Autismo](#)

Fue aprobada por el Consejo de ministros el 6 de noviembre de 2015, constituyéndose como el marco de referencia para la definición de políticas y acciones en el ámbito estatal, autonómico y local, vinculadas a las personas en el espectro del autismo. Un documento cuya elaboración estuvo participada por las organizaciones de la discapacidad. La Estrategia se articula en torno a 15 líneas estratégicas, 4 de ellas transversales y 11 específicas, así como el compromiso de poner en marcha un Plan de Acción para establecer acciones concretas vinculadas a los objetivos definidos para cada una de ellas.

► [Plan de Acción de la Estrategia Española en Trastorno del Espectro del Autismo para el periodo 2023-2027.](#)

El documento se estructura en nueve capítulos, en los que aparece una aproximación al trastorno de espectro del autismo, la situación actual de las personas en el espectro del autismo en el contexto español. Así como se da cuenta de los avances sociales y normativos vinculados a la estrategia española en Trastornos del Espectro del Autismo. Se estructura en 6 líneas de acción, a modo de objetivos estratégicos, cuya consecución se concretará a través medidas. Se acompaña de presupuesto.

Línea 1. Promover el conocimiento y respeto hacia las personas con autismo.

Línea 2. Favorecer la detección y diagnóstico precoz, y el abordaje integral de la salud de las personas con autismo.

Línea 3. Contribuir a la vida independiente y a la inclusión en la comunidad de las personas con autismo.

Línea 4. Contribuir a la educación y al empleo inclusivos y de calidad de las personas en el espectro del autismo.

Línea 5. Promover el acceso a la justicia y empoderamiento de derechos.

Línea 6. Impulsar la investigación, formación e innovación.

► [Estrategia española enfermedades raras.](#)

La Estrategia de Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud tiene como objetivo dar respuestas a estas patologías crónicas complejas, progresivas y muchas veces incapacitantes que convierten a quienes las sufren en pacientes vulnerables y con una gran dependencia sanitaria y social. La estrategia incluye siete líneas de actuación que abarcan la prevención y la detección precoz, la atención sanitaria y socio-sanitaria, el impulso a la investigación y la formación a profesionales, personas afectadas y sus familias.



Ilusiones
Autora: Paula Sanchez Recuenco
XXII edición de concurso de fotografía del inicio

De manera muy sintética, podemos identificar las líneas o ejes en los que las principales estrategias vigentes han puesto el foco en relación con la Salud Mental:

Estrategia de Salud Mental del SNS

<ul style="list-style-type: none">• Línea 1: Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona• Línea 2: Promoción de la salud mental en la población y prevención de los problemas de salud mental• Línea 3: Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida• Línea 4: Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario	<ul style="list-style-type: none">• Línea 5: Salud mental en la infancia y en la adolescencia• Línea 6: Atención e intervención familiar• Línea 7: Coordinación• Línea 8: Participación de la ciudadanía• Línea 9: Formación• Línea 10: Investigación, innovación y conocimiento
---	---

Plan de acción de Salud Mental (Ministerio de Sanidad en desarrollo de la Estrategia anterior)

<ul style="list-style-type: none">• Línea 1: Refuerzo de los recursos humanos en salud mental• Línea 2: Optimización de la atención integral a la salud mental en todos los ámbitos del Servicio Nacional de Salud• Línea 3: Sensibilización y lucha contra la estigmatización de las personas con problemas de salud mental	<ul style="list-style-type: none">• Línea 4: Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida• Línea 5: Abordaje de problemas de salud mental en contextos de mayor vulnerabilidad• Línea 6: Prevención de conductas adictivas con y sin sustancia
--	---

Plan Integral de Salud Mental (en revisión)

<ul style="list-style-type: none">• Línea 1: Prevención y promoción de la salud mental• Línea 2: Detección precoz de problemas de salud mental y atención de calidad adaptada a las franjas etarias, centrada en la construcción o recuperación del proyecto vital• Línea 3: Promoción de la igualdad, el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental y la participación efectiva de la ciudadanía y sus organizaciones en el cuidado de la salud mental.	<ul style="list-style-type: none">• Línea 4: Dotación y gestión de los recursos de soporte, materiales, humanos y organizativos, necesarios para alcanzar los objetivos del plan.• Línea 5: Gestión del conocimiento, de la investigación, y la evaluación en salud mental.
--	--

Estrategia discapacidad 2022-2030 (menciones a salud mental)

• Reto estratégico 1:

Ciudadanía activa y pleno ejercicio de los derechos humanos. **Punto 4: Apoyo a las familias:** "Apoyo a su salud mental"

• Eje 1. Objetivo 3:

- Dotar e intensificar los apoyos para que las personas con discapacidad puedan gozar del nivel más alto de salud (física, mental y social) posible.
- Elaboración de un plan de prevención, abordaje y respuesta (tanto sanitaria, como social) a la salud mental, con una especial consideración de la depresión y la prevención del suicidio.

• Eje 2. Objetivo 6:

- Estudio de las posibilidades de modificación del artículo 763 de LEC a fin de asegurar medidas alternativas a la institucionalización forzosa y los tratamientos forzosos por motivo de discapacidad y de garantizar que las intervenciones por motivo de salud mental se basen en los derechos humanos.
- Documentar los casos de tratamiento forzado, internamiento no voluntario, uso de medios de contención mecánica, medicación forzada y aplicación de terapia electroconvulsiva en las instalaciones de salud mental.

• Eje 3. Objetivo 3:

- Adaptar y reforzar los sistemas de apoyo y respuesta para que las personas con discapacidad con grandes necesidades de apoyo accedan a todos sus derechos y participen activamente en la comunidad.
- Impulso de redes de apoyos integrales y circuitos de coordinación (servicios sociales, salud y entidades sociales de la discapacidad) para una adecuada atención a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo con problemas de salud mental y/o conducta.
- Extender redes de apoyos integrales a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo con problemas de salud mental y/o conducta mediante el impulso de experiencias de coordinación sociosanitaria a nivel local y la formación específica del personal que trabaja en la atención a este colectivo (salud y servicios sociales), contando también con la participación y aportación especializada de las entidades sociales de la discapacidad.

• Eje 3. Objetivo 5:

Fomento y visibilidad de prácticas e iniciativas innovadoras en respuestas a las necesidades emergentes del envejecimiento y deterioro prematuro de personas con discapacidad intelectual y psicosocial (tanto en el ámbito sociolaboral, como en atención diurna, residencial, apoyos en el domicilio, apoyos para la participación en la comunidad, etc.).

5. Con buenos apoyos

5.1 Objetivos

Principal

Posibilitar acciones y estrategias de coordinación y colaboración socio-sanitarias entre las redes públicas y las entidades del tercer sector (Plena Inclusión), para proporcionar mejores apoyos a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que presentan dificultades relacionadas con la salud mental y/ o la conducta.

Específicos

- Analizar situación de programas autonómicos y estatales para personas con problemas de salud mental y necesidades de apoyo complejas.
- Definir y consensuar unos mínimos de calidad normativos y de marco estratégico para una buena atención en la coordinación de los sistemas de apoyo y cuidado.
- Realizar una implementación inicial del desarrollo de mínimos en la práctica en el territorio.
- Definir una estrategia de incidencia política y social para la mejora de la coordinación socio sanitaria. (Los Nuevos Servicios que Necesitamos).

Una metodología estandarizada y válida para la descripción y clasificación de servicios para discapacidad centrada en **áreas socio-sanitarias** permite cubrir varias funciones importantes:

- ▶ Comparar los patrones habituales de los servicios de salud mental para PDIDSM en diferentes en diferentes regiones.
- ▶ Analizar la equidad, entendida como el estudio de la disponibilidad, accesibilidad y la utilización de los servicios públicos para PDIDSM
- ▶ Estudiar los cambios que se producen con el paso del tiempo resultante de la acción propuesta en el programa (experiencias microsistemas)
- ▶ Establecer predictores (resultados de éxito) de las formas específicas de provisión de apoyos a las PDIDSM en las diferentes áreas socio-sanitarias.
- ▶ Investigar los efectos en otros servicios de las variaciones en un tipo de provisión determinada.

5.2 Dónde se ha llevado a cabo

Estos pilotajes se han realizado en **áreas socio-sanitarias concretas***, implicando a servicios (públicos y del tercer sector) que han decidido voluntariamente desarrollarlos con equipos específicos creados a tal fin y con un interés compartido.

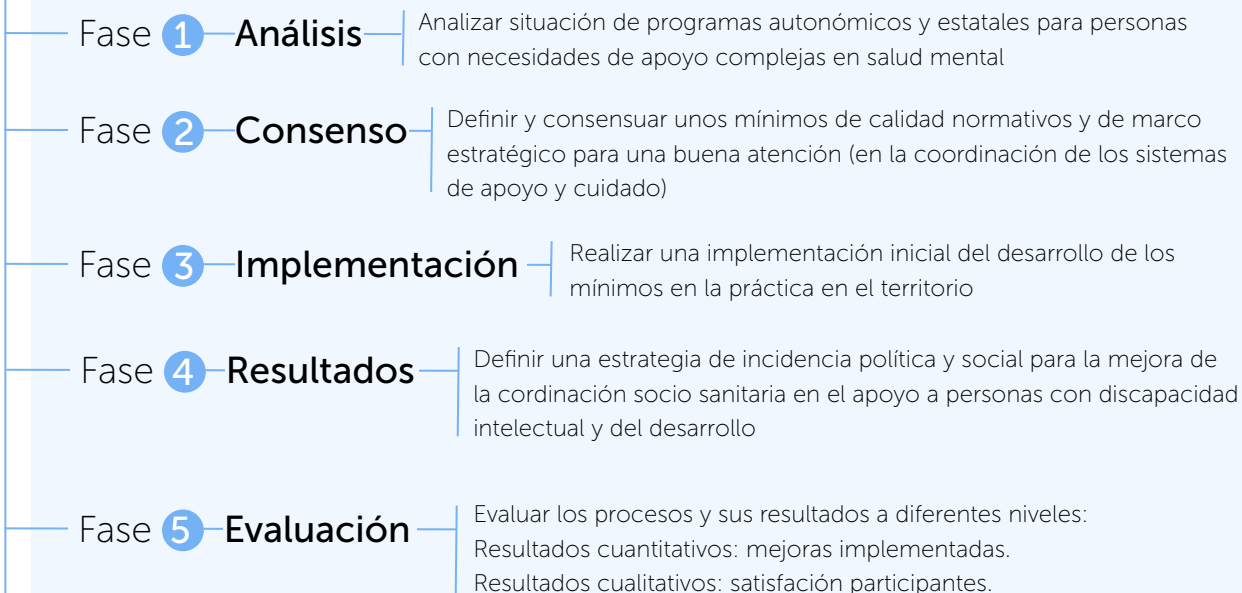
**Circunscripción administrativa que agrupa un conjunto de centros y de profesionales de atención primaria y especializada tanto de la red de salud como de la red social bajo su dependencia organizativa y funcional, aunque ambas redes no son coincidentes en la mayoría de los casos.*

● La comparación puede:

- ▶ Conducir a una armonización real de la práctica y, por lo tanto, a una mejora en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y a una mayor cohesión en la provisión de apoyos en las diferentes CC. AA.
- ▶ Mejorar los servicios, ya que las diferentes CC. AA consideran una gama más amplia de posibilidades gracias a la difusión de buenas prácticas.

5.3 Cómo se ha llevado a cabo. FASES

Se ha desarrollado a través de la metodología de pilotajes. Los pilotajes son proyectos de micro transformación diseñados en base a prácticas basadas en la evidencia y en la ética. El objetivo de los pilotajes es implementar en la práctica cotidiana modelos que han demostrado su efectividad en contextos más controlados.



Posibilitar acciones y estrategias de coordinación y colaboración socio-sanitarias, desde un enfoque preventivo, personalizado y comunitario, para la mejora de la calidad de vida de las personas con alteraciones graves de conducta y/o alteraciones de la salud mental y de sus familias, en zonas sanitarias específicas de diferentes CC. AA.

Fase 1—Análisis

Analizar la situación de los programas autonómicos y estatales para personas con necesidades de apoyo complejas en salud mental.

Se ha constituido un equipo de análisis formado por personas de las federaciones, confederación y expertos/as de apoyo que ha revisado:

- Definiciones de enfermedad mental grave (EMG), trastorno mental grave (TMG), cronicidad y elevada complejidad (PCC – Paciente Crónico Complejo) a nivel autonómico, estatal e internacional.
- Programas de atención a la salud mental (plan/ estrategia) en las diferentes CC. AA.
- Programas de atención socio sanitarios en las diferentes CC. AA. a las personas con necesidades complejas relacionadas con la salud mental, así como a la dependencia derivada del daño cerebral adquirido (demencias, ACV, traumatismos, etc.).
- Identificación y selección de buenas prácticas en el ámbito de la coordinación socio sanitaria (estatal / internacional) para apoyar a PDIDSM.

Fase 2—Consenso

Definir y consensuar unos mínimos de calidad normativos y de marco estratégico para una buena atención (en la coordinación de los sistemas de apoyo y cuidado).

- Constitución de los equipos de desarrollo del proyecto en cada CC. AA.
- Realizar acciones de formación a los equipos de desarrollo.
- Realizar sesiones de consenso para acordar los mínimos de coordinación socio sanitaria que se requieren.
- Diseñar una herramienta de autoevaluación en base a los mínimos.

Fase 3—Implementación

Realizar una implementación inicial del desarrollo de los mínimos en la práctica en el territorio.

- Mapeo de zonas con condiciones favorables para el desarrollo del proyecto.
- Selección de la zona socio-sanitaria.

- Autoevaluación de la zona socio-sanitaria. Sensibilización y formación a agentes claves de la zona.

- Diseño del plan de mejora para la zona socio-sanitaria e implementación de las mejoras.

Fase 4—Resultados

Definir una estrategia de incidencia política y social para la mejora de la coordinación socio sanitaria en el apoyo a personas con discapacidades intelectual y del desarrollo.

- Para aplicar los principios recomendados, se requiere un compromiso firme y acciones específicas de una amplia gama de actores. Si bien las administraciones (gobierno central y autonómicos) son las partes interesadas más importantes, también desempeñan un papel importante los prestadores de servicios de salud, de servicios sociales, las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan, el sector privado y las instituciones académicas.

Fase 5—Evaluación

- Es fundamental contar con un proceso de evaluación bien planificado para hacer un seguimiento de los progresos y ajustar las acciones a medida que evoluciona el programa. Este proceso implica recopilar información sobre diferentes acciones a través de “indicadores” específicos que miden el grado de progreso hacia el logro de los objetivos.

- Se tienen en cuenta diferentes estrategias de evaluación de los procesos y de sus resultados a diferentes niveles:

- Indicadores de resultados **cuantitativos**. Mejoras implementadas.
- Indicadores de resultados **cualitativos**. Experiencia y satisfacción de las personas participantes.

La evaluación también posibilita que todos los sistemas, tanto de salud como social, sepan cuáles acciones funcionan y cuáles no, lo que contribuye a la mejora continua.

▸ **Recopilación de datos. (Fases 1, 2 y 3)**

La recopilación de la información se ha llevado a cabo a través de unas fichas y cuestionario de recogida de datos (anexo 1) que fue enviado a los representantes de las diferentes federaciones autonómicas de Plena inclusión que participaron.

El cuestionario se diseñó sustentándose en aquellos elementos que la evidencia científica destaca como facilitadores para el desarrollo de la coordinación socio-sanitaria en el ámbito de la salud mental para PDID, basándose en los criterios expuestos por la [Sección de Discapacidad Intelectual de la Asociación Mundial de Psiquiatría](#) (WPA) y fue validado por personas expertas.

Se revisaron los catálogos de servicios online de las diferentes CC. AA. relacionados con los programas y políticas específicas de salud mental, para comprobar si se hacía referencia a la población con DI y a la necesidad de atención específica.

Además de la información proporcionada por el grupo de personas expertas y profesionales, se realizó una búsqueda web de bases de datos sobre servicios de salud mental específicos para DI en diferentes países. (PubMed/MEDLINE; Global Mental Health Database – WHO; Mental Health Innovation Network; Cochrane Library)

▸ **Análisis de resultados y experiencias desarrolladas en las áreas socio-sanitarias participantes. (Fase 4 y 5)**

Se ha desarrollado mediante sesiones de trabajo presenciales (formato entrevista-grupo focal y jornada científica) contando con la participación de diferentes responsables de las redes de salud mental y social de cada CC. AA. y de los miembros de Plena Inclusión vinculados al proyecto en la que se desarrollaba el pilotaje. El principal objetivo ha sido analizar "in situ" el grado de implementación de las diferentes experiencias microsistema de coordinación socio-sanitaria así como el interés y análisis de los responsables públicos sobre el desarrollo de políticas contempladas en los planes / estrategias de salud mental y de atención a la elevada complejidad en salud mental en PDID.

▸ **Limitaciones del análisis de experiencias.**

- El alcance temporal de este estudio unido a los cambios políticos acontecidos tras las elecciones autonómicas celebradas a 28 de mayo de 2023 ha dificultado la recogida de datos y ha limitado la labor de profundización de la información trasladada por los diferentes equipos participantes, quedando por finalizar el proceso en algunas CC. AA. (Aragón, Comunidad Valenciana) y ciudades autónomas (Ceuta).
- Igualmente, se pone de relieve que los datos recogidos relativos a experiencias nacionales han sido facilitados mayoritariamente por los profesionales del sector social (Plena Inclusión), y minoritariamente del sistema sanitario público que han participado en el proyecto, lo que puede en ocasiones condicionar la información en función del grado de conocimiento que se tenga de ellas.
- En aras de tener una visión global de la situación de las 17 CC. AA. del estado español, en el presente informe se han incluido datos de aquellas que no han participado directamente en el proyecto (Comunidad Foral de Navarra, Euskadi, Islas Baleares), siendo posible que se hayan omitido otras experiencias con resultados similares que actualmente estén siendo implementadas en ellas.
- Por tanto, y pesar del gran esfuerzo realizado por todos los equipos, no se ha podido recoger toda la información que sería deseable para poder disponer de una lectura todavía más competente sobre el estado de la cuestión y el cumplimiento de los derechos relativos a la salud mental incluidos en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de la ONU.

5.4 Quién ha participado

▶ Áreas socio-sanitarias y sus agentes:

- Entidades o federación de Plena inclusión o vinculadas a Plena inclusión.
- Personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que tienen alteraciones de la conducta/ salud mental y viven en ese territorio.
- Servicios sociales, sanitarios, educativos, etc...
- Otros agentes aliados.

▶ Equipos de Plena Inclusión / Red de Salud Mental/ Red Social que han participado en el programa:

Andalucía

Rubén Parrillo (Director Centro Ocupacional ASAS inclusión Activa, Sevilla). **Susana Triñanes** (Técnica Plena Inclusión Andalucía). **Elvira de Castro** (Directora AFAMP – Jaén). **Charo Muñoz Moriana** (Psicóloga AFAMP – Jaén). **Yolanda Moreno García** (Directora ASPROGRADES- Granada). **M^a Victoria Enriquez de Luna Rodríguez** (Psicóloga ASPROGRADES- Granada). **Merche López** (Directora Residencia ASPROGRADES- Granada). **Antonia Bayona** (Psicóloga Residencia ASPROGRADES- Granada). **Elisabeth Peinado Pérez** (Ayudante Dirección CEE ASPROGRADES Granada). **Lola Monchón** (Gerente Asociación VALE – Granada). **Esther López** (Responsable de Salud de Atención directa Asociación VALE – Granada). **Rosa Castro** (familia, Asociación VALE – Granada). **Raúl Conde Fernández** (Psicólogo, Asociación VALE – Granada). **Nazaret Rojano Salido** (Directora FUTURO SINGULAR – Córdoba). **M^a Paz Valero** (Trabajadora social FUTURO SINGULAR – Córdoba). **Juan Antonio González Aguilar** (Director técnico FUTURO SINGULAR – Córdoba). **Tamara Cuadrado González** (Psicóloga AUTISMO SUR Cádiz). **Beatriz Mota Cepero** (Psicóloga AUTISMO SUR Cádiz). **Ana Bollullo** (Psicóloga AUTISMO SUR Cádiz). **Inmaculada Campos Romero** (Directora residencia ASPRODISIS Ronda). **Ana Jesús Martín Rodríguez** (Directora técnica ASPRODISIS Ronda). **Almudena Calero** (Asesora técnica ASPRODISIS Ronda). **Miriam Torreño Cristofani** (Psicóloga ASPRODISIS Ronda). **Juan Luis Moñino Villatoro** (usuario por experiencia ASPRODISIS Ronda). **Eva M^a Silva Gandiaga** (Directora El Carmen, Cádiz). **Rocio Servan Herrera** (Directora vivienda tutelada El Carmen, Cádiz).

Pilar Sánchez Ayaso (Psicóloga ASPAPRONIAS, Huelva). **Cinta Sánchez Correa** (Directora de Centro Ocupacional, ASPAPRONIAS, Huelva). **Veronica Rubén** (Directora de Centro estancia diurna, ASPAPRONIAS, Huelva). **Dra. Matilde Blanco** (médico psiquiatra, directora en funciones UGC Salud Mental AGS Sur de Sevilla, Servicio Andaluz de Salud). **Dra. M^a José Acuña** (médico psiquiatra de la Unidad de Salud comunitaria de Dos Hermanas, Servicio Andaluz de Salud). **M^a del Mar Muñoz Coca** (Asesora Técnica Programa de Salud Mental Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía). **Mari Paz Caballero** (asesora técnica del Departamento Coordinación Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía).

Aragón

Verónica Abadía (Técnica, Plena Inclusión Aragón)

Cantabria

Lucía Torre (técnica Plena inclusión Cantabria). **Elena Farpón** (dirección Plena inclusión Cantabria). **Gemma Pernía** (directora de apoyos a las personas Fundación AMPROS), **Maria Luisa Somavilla** (Coordinadora Fundación AMPROS). **Raquel Quindós** (psicóloga Fundación AMPROS). **Maria Isabel Priede** (Directora General de Farmacia, Humanización y Coordinación Sociosanitaria). **Eduardo Rubalcaba** (Dirección General de Dependencia, atención Sociosanitaria y Soledad no deseada). **Teresa del Vigo** (Subdirección de Dependencia). **Paula Díaz** (Técnico del Plan de Salud Mental de Cantabria).

Castilla y León

Carla Redondo Jimeno (técnica Plena inclusión CyL). **M^a Concepción Martínez** (Orientadora colegio educación especial de Fundación Personas Valladolid). **Ana Salas** (Orientadora colegio educación especial Valladolid). **Marta Campos López** (Orientadora colegio educación especial San Juan de Dios Valladolid). **Raquel Juanes** (Orientadora de colegio educación especial San Juan de Dios Valladolid). **Dr. Carlos Imaz Roncero** (Psiquiatra unidad infanto-juvenil Hospital Universitario Río Hortega Valladolid). **Sandra Arroyo González** (Enfermera unidad Infanto-juvenil Hospital Universitario Río Hortega Valladolid).

Castilla La Mancha

Inés Martínez (ASPRONA, Albacete); Victoria Tobarra (ASPRONA, Albacete); **Juan Martínez** (ASPRONA, Albacete); **Rosa Luengo** (Psicóloga ASPRONA, Albacete); **Isabel Giménez** (ASPRONA, Albacete); **Virginia Trebejo** (Técnica Plena Inclusión C-LM); **Iván Herrán** (Coordinador técnico Plena Inclusión C-LM); **M^a Eugenia Morcillo** (Psicóloga, ASPRONA, Hellín); **Eva García** (ASPRONA, Hellín); **José Miguel Palacios** (Psicólogo AFAS, Tomelloso); **Rafael Bravo** (Psicólogo AFAS, Tomelloso); **M^a Ángeles Mena Alcolea** (Psicóloga AFAS, Tomelloso); **Raquel Pradas** (Psicóloga ARA, Valdepeñas); **M^a José López** (Psicóloga ARA, Valdepeñas); **Mercedes Camacho** (Psicóloga ARA, Valdepeñas); **Isabel Tarazaga** (Psicóloga ARA, Valdepeñas); **Pilar Diéguez** (Psicóloga AFAD, Valdepeñas); **Cipriano Galindo** (Psicólogo, AFAD, Valdepeñas); **Carmen González** (Psicóloga, AFAD, Valdepeñas); **Carmen Calvache** (Psicóloga ADIN, Valdepeñas); **Dra. Carlota Ibáñez** (Psiquiatra SESCAM, Hellín); **Dra. M^a Carmen Díaz Fernández** (Psiquiatra SESCAM, Tomelloso); **Dra. M^a de las Nieves Serrano Carrañaga** (Psiquiatra SESCAM, Tomelloso); **Dra. Carolina Sanchez Mora** (Psiquiatra SESCAM, Tomelloso); **Dra. Erika Vasquez Corneiles** (Psiquiatra SESCAM, Valdepeñas); **María Infante Sánchez de Lugar Nuevo** (Psicóloga, SESCAM, Tomelloso); **M^a del Mar Rivera Aguilar** (Psicóloga SESCAM, Valdepeñas).

Catalunya

Israel Belchi (Técnico DINCAT, Plena Inclusión Catalunya). **Dra. Aida Palacín** (Jefa del Servicio Especializado en Salud Mental y Discapacidad Intelectual del Instituto de Asistencia Sanitaria, Girona. Departamento de Salud Generalitat de Catalunya).

Comunidad de Madrid

Laura Garrido (Psicóloga, APADIS); **Catherine Puig** (enfermera/coordinadora RESTC APADIS); **María Soria** (Directora RESTC APADIS); **Elena García** (Enfermera de enlace, APADIS); **Rocio Bueno** (Atención al paciente, APADIS); **Teresa Martín Ortega** (Directora de Área de viviendas, ASTOR). **Ana López** (Técnica de Plena Inclusión en Madrid); **Dra. Helena Díaz** (Jefa Servicio Psiquiatría, Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz); **Dra. Paula Molina Ávila** (Directora Médico, Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz); **Dr. Juan Antonio Palacios** (Psiquiatra, Hospital Universitario Infanta Sofía); **Dr. Joaquin Ojeda** (Neurólogo, Hospital

Universitario Infanta Sofía); **María Ángeles Roger** (Técnico de Calidad, Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz). **Iván Hernández** (Técnico Plena inclusión Madrid).

Comunitat Valenciana

Rosabel Esquerdo (Coordinadora técnica Plena inclusión CV); **Cristina Santamarina** (madre de PDID, asociación Coop. Koynos); **David León** (Director Asociación PODEM); **Esther Ciscar** (Servicios Sociales Mancomunidad Camp de Turia); **Dra. Eva Ojeda** (Área de salud mental Hospital Arnau de Vilanova – Llíria); **Paula Peña** (Responsable del área de salud mental en Plena Inclusión CV); **Paco Jareño** (Responsable del Programa PRISMA de la Mancomunidad Camp de Turia); **Rosana Fuset** (Trabajadora Social Hospital Arnau Vilanova, Llíria);

Extremadura

Matilde Vivas (Coordinadora técnica Plena inclusión Extremadura). **Annia Solano** (Técnica Plena inclusión Extremadura); **Oscar Tena** (Trabajador social del centro educativo y director de calidad de vida y prestación de apoyos. INCLUSIVE - Villanueva de la Serena). **Fátima Lozano** (Psicóloga del servicio de habilitación funcional INCLUSIVE-Villanueva de la Serena). **Mercedes Carmona** (Psicóloga Servicio de Centro Ocupacional, Plena Inclusión Don Benito); **Patricia Gallego** (Psicóloga del proyecto Mi Casa: una vida en comunidad, Plena Inclusión Don Benito). **Dr. Alberto Gallego Cuevas** (Coordinador de salud mental del área de Don Benito-Villanueva del Servicio Extremeño de Salud - SES). **Rosa Merchán García** (Subdirectora de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud - SES). **Nuria Paniagua** (Trabajadora social de la subdirección de salud mental y programas asistenciales del Servicio Extremeño de Salud - SES). **Esther Rebollo** (Enfermera especialista de salud mental de la subdirección de Salud mental y programas asistenciales). **Soraya Masa** (Jefa de Unidad de Programas Asistenciales del SEPAD - Servicio de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia).

La Rioja

Ainara Gómez (Técnica Plena Inclusión La Rioja, responsable programa PPISAM). **Soraya Arnedo** (Coordinadora técnica Plena Inclusión La Rioja). **María García** (Técnica Plena Inclusión La Rioja).

Irene García (Plena Inclusión La Rioja). Ernesto González (ASPRODEMA, responsable de programas del CAD Vareia). **Pablo Delgado** (ASPRODEMA, responsable programas del CAD La Sierra). **Cristina Zapata** (Orientadora del CEE "Los Ángeles" IGUAL A TI). **Laura Redondo** (Psicóloga del C.O Domingo Ochoa IGUAL A TI). **Carlos Ruíz** (Psicólogo Autismo ARPA). **Dr. Miguel Ángel Ortega** (Jefe del departamento Salud Mental del Servicio Riojano de Salud). **Dra. Marisol Campos** (Unidad de Salud Mental del Espartero, Servicio Riojano de Salud, Logroño). **Dra. Batirtze Goitia** (Unidad de Salud Mental del Espartero, Servicio Riojano de Salud, Logroño). **Dra. Ana María Bueno** (Psiquiatra Hospital Provincial – unidad hospitalaria de media estancia, Logroño, Servicio Riojano de Salud). **Dra. María Gómez** (Neuróloga en el Hospital San Pedro). **Dra Nancy García** (psiquiatra Unidad Infanto-juvenil Servicio Riojano de Salud). **Dra. Ana Belén Jiménez** (psiquiatra Unidad Infanto-juvenil Servicio Riojano de Salud)

Galicia

Javier Riobó (Psicólogo de la asociación ASPAS - Santiago de Compostela y de la Red de Asesoramiento en Conducta de la federación Plena Inclusión Galicia). **Rebeca Sevilla** (Psicóloga de la Red de Asesoramiento en Conducta de la Federación Plena Inclusión Galicia); **Janet Pardo** (Psicóloga de la Red de Asesoramiento en Conducta de la Federación Plena Inclusión Galicia); **Paloma Villar García** (Coordinadora del Centro de Día de la asociación ASPAS - Santiago de Compostela); **María Teresa Fernández** (Psicóloga de la asociación ASPAS - Santiago de Compostela); **Concepción Nieto López** (Directora y psicóloga del Centro Residencial Juan Vidán de ASPAS - Laraño, Santiago de Compostela); **Pilar Vilaverde** (Técnica FADEMGA Plena Inclusión Galicia). **Moises Lamigueiro** (Coordinador técnico FADEMGA Plena Inclusión Galicia); **Dra. María Tajés Alonso** (Jefa del Servicio de Salud Mental de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia). **Vanessa López Sánchez** (Trabajadora Social del Servicio de Coordinación Sociosanitaria. Subdirección Xeral de Atención Primaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria de la Xunta de Galicia).

Islas Canarias

Erika Quesada (Coordinadora técnica Plena Inclusión Canarias); **Cathaysa Afonso** (Técnica Plena Inclusión Canarias); **María Begoña Pedrianes González**

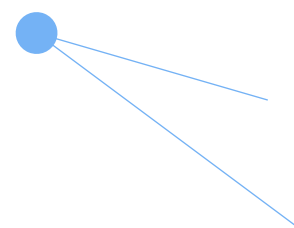
(Psicóloga Sección de Servicios Especializados y de Acceso y Seguimiento de plazas de Centros de Atención Social a la Dependencia y Tutelas, Cabildo Insular de La Palma); **Tania Viñoly Expósito** (Trabajadora Social Sección de Servicios Especializados y de Acceso y Seguimiento de plazas de Centros de Atención Social a la Dependencia y Tutelas, Cabildo Insular de La Palma); **Dr. Félix González** (Psiquiatra, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital General de La Palma, Servicio Canario de Salud).

Principado de Asturias

Alba Sánchez (Coordinadora e Programa Salud Mental, Plena Inclusión Asturias); **Casilda Sabín** (Gerente Plena Inclusión Asturias); **Dr. Marcos Huerta** (Psiquiatra); **Dra. M^a Ángeles Alcedo** (Psicóloga, Universidad de Oviedo).

Región de Murcia

Jesús Berenguer García (Psicólogo de la Asociación INTEDIS); **Teresa Guirao Pujante** (Directora Asociación APCOM); **María Dolores Sánchez Martínez** (Psicóloga de la Asociación APCOM); **Ángela Cánovas, Carmen Carpe y María Sánchez** (Técnicas Plena inclusión Región de Murcia); **Bartolomé Ruiz Periago**: (Psicólogo red de Salud Mental Región de Murcia). **Mónica Corbalán López** (Directora de la Asociación INTEDIS); **María José Lozano Semitiel** (Directora General de Salud Mental Región de Murcia). **Dr. José Martínez Serrano** (Director Médico Hospital Psiquiátrico Román Alberca. Responsable de la Dirección Asistencial de la Dirección General de SM).



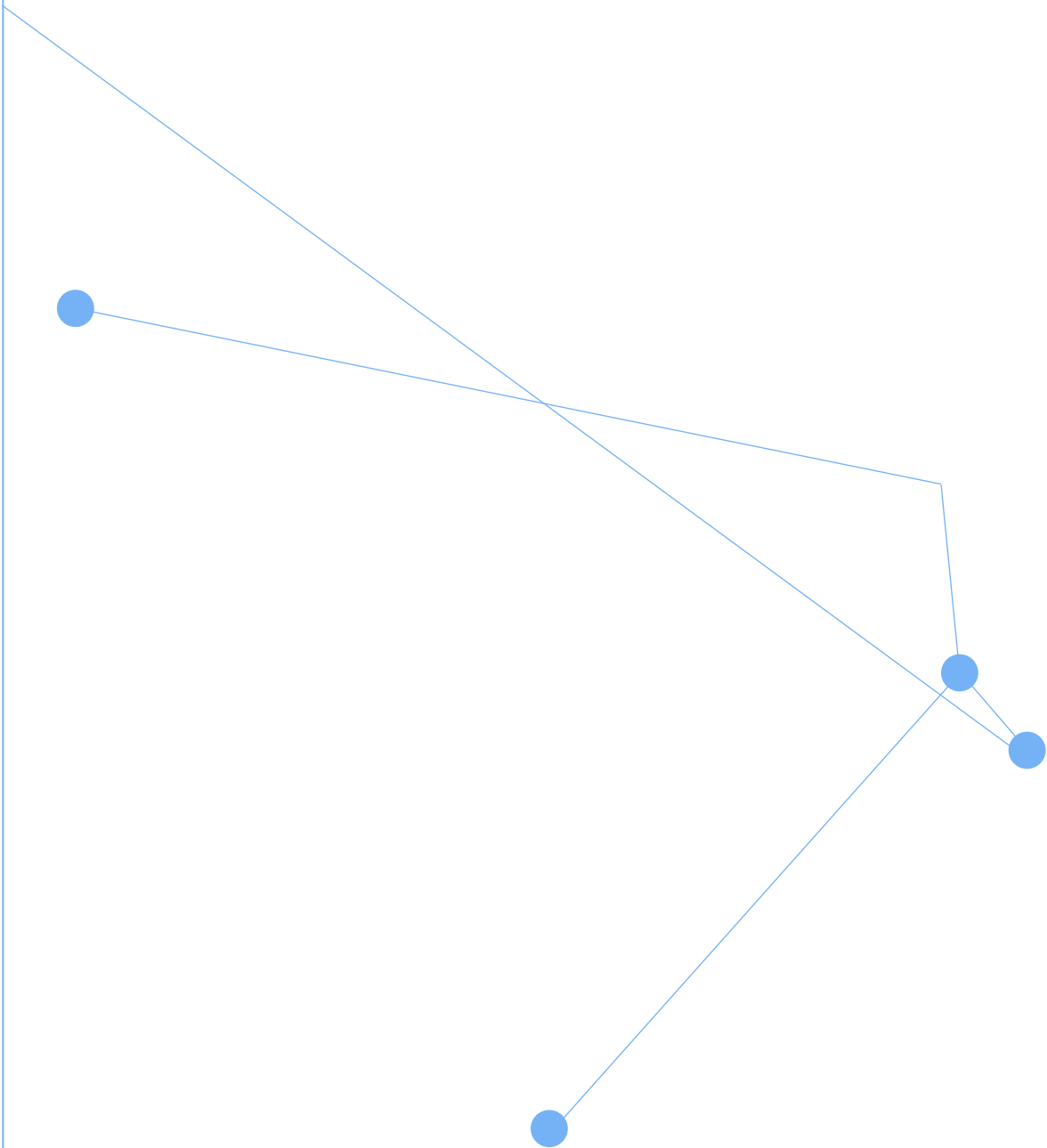
▸ **Grupo de personas expertas colaboradoras:**

Maria del Mar Adrover. Especialista en Psiquiatría de Discapacidad Intelectual. Adjunta de Psiquiatría de Discapacidad Intelectual en SBUHB, Sur de Gales, NHS-Reino Unido.

Manuel A. Franco. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital U. Río Hortega de Valladolid-O y Complejo Asistencial de Zamora. Coordinador de la Alianza Estratégica de Salud Mental.

Ramón Novell. Jefe del Servicio Especializado en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual, Departament de Salut. Coordinador del Grupo de Trabajo para el desarrollo del Plan de transformación de la atención a las PDID con problemas de salud mental, Pacto Nacional de Salud Mental, Departament de la Presidència | Generalitat de Catalunya.

Enrique Pérez. Jefe de Sección psiquiatría Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Coordinador de la Red de Salud Mental de L'Alacantí.



6. Resultados

6.1 Epidemiología y datos

Importante

CDPD - Artículo 31: estadísticas y recopilación de datos.

Los estados deben recoger información sobre las personas con discapacidad, con la participación activa de estas, a fin de que puedan comprender mejor los obstáculos que experimentan y hacer que los derechos de la Convención sean una realidad.

Considerando la tasa de prevalencia de problemas de salud mental en PDID acordada por la Asociación Europea para la Enfermedad Mental en Personas con Discapacidad Intelectual (EAMHID) (Dep S, 2022) para países desarrollados, en España 200.242 PDID presentarían problemas de salud mental, siendo en 20.024 de elevada complejidad.

Datos estimados sobre prevalencia de PDIDSM en España

Comunidad Autónoma	Población general *	PDID (1%)**	PDID/SM/TC (41%)	PDID/EC (10%)
Andalucía	8.650.938	86.509	35.058	3.505
Aragón	1.350.329	13.503	5.538	554
Comunidad de Madrid	7.088.861	70.088	27.982	2.798
Comunitat Valenciana	5.389.560	53.895	22.097	2.209
Cantabria	593.044	5.930	2.431	243
Castilla y León	2.393.741	23.937	9.814	981
Castilla la Mancha	2.112.778	21.127	8.662	866
Catalunya	8.099.460	80.994	33.207	332
Euskadi	2.181.279	21.812	8.949	895
Extremadura	1.051.987	10.519	4.313	431
Galicia	2.712.132	27.121	11.120	1.120
Islas Baleares	1.243.047	12.420	5.092	509
Islas Canarias	2.250.808	22.508	9.228	922
La Rioja	325.987	3.259	1.336	133
Principado de Asturias	1.012.562	10.125	4.151	415
Región de Murcia	1.531.072	15.310	6.277	627
Reino de Navarra	682.201	6.822	2.797	279
Ceuta	83.385	833	341	34
Melilla	86.385	863	354	35
Total	48.839.556	488.396	200.242	20.024

**OMS *INE 11/24

El **primer paso** ha consistido en analizar si las memorias anuales de las redes asistenciales públicas de las diferentes CCAA incluyen datos sobre la prevalencia/incidencia de problemas de salud mental en PDID.

● ¿Se incluyen los datos sobre discapacidad intelectual en las Memorias Anuales de uso y utilización de Servicios de salud mental?

● ¿Existen bases de datos que puedan aportar información sobre prevalencia de la SM en PDID?

● Disponibilidad de datos sobre PDID y salud mental en las CC. AA.



● Dispone de datos
● No dispone de datos

Datos sobre PDID en memorias anuales sobre utilización de servicios de salud mental

Bases de datos que puedan aportar información sobre prevalencia de la salud mental en PDID

Andalucía	●	●
Aragón	●	●
Cantabria	●	●
Castilla la Mancha	●	●
Castilla y León	●	●
Catalunya	● CMBD. Dep. Salut. Plan Director Salud Mental	● Estimaciones estudio Plena Inclusión ● CMBD. Dep. Salut. Plan Director Salud Mental
C. de Madrid	●	●
C.F. Navarra	●	●
C. Valenciana	●	●
Euskadi	●	●
Extremadura	●	● SEPAD
Galicia	● SERGAS	●
I. Baleares	●	●
I.Canarias	● RECAP, Registro casos psiquiátricos de Canarias	● RECAP, Registro casos psiquiátricos de Canarias
La Rioja	● SELENE	● SELENE
Principado de Asturias	● SELENE	● SELENE
Región de Murcia	● SELENE	● SELENE

Se constata

- ▶ En la mayoría de CC. AA., las bases de datos, informes y memorias no contemplan la información sobre las PDIDSM.
- ▶ Cuando las bases de datos incluyen a las personas con DID, se trata de muestras menores que a menudo imposibilitan la segmentación de datos, sobre todo cuando se quieren cruzar con encuestas.
- ▶ Series históricas incompletas y fragmentadas y categorizaciones no homogéneas del colectivo.
- ▶ En líneas generales podemos afirmar que en nuestro país no existen estudios rigurosos que hagan comparaciones directas de incidencia y prevalencia de problema de salud mental entre la población con y sin discapacidad intelectual.

Algunas de las principales dificultades en el acceso a la información responden a:

- 1.** La no inclusión de la condición (diagnóstico) de discapacidad intelectual como indicador en los sistemas de recogida de datos (Conjunto Mínimo Básico de Datos - CMBD);
- 2.** El efecto eclipsador, que ensombrece cualquier otro posible diagnóstico de problema de salud mental, haciéndose constar "retraso mental" como único diagnóstico;
- 3.** El sistema lo permite, pero los y las profesionales de la red de salud no recogen los datos.

Se propone

- ▶ Integrar indicadores para incluir la condición de discapacidad intelectual en los procesos de monitoreo y evaluación de los sistemas de salud de las CC.AA.
- ▶ Los sistemas de salud de las CC. AA deben incluir en los registros poblacionales CMBD (conjunto Mínimo Básico de Datos) variables clínicas relacionadas con los diagnósticos CIE-10 de enfermedad mental en PDID.
- ▶ Adecuar los sistemas informáticos para incluir en la historia clínica de las PDID diagnósticos clínicos (CIE-10) y condiciones relacionadas con el funcionamiento (CIF), mediante mecanismos de interoperabilidad y el uso de estándares entre sistemas de información, de forma que las diferentes historias clínicas de los centros que forman parte de la red pública de

entidades del sistema de salud de cada CC. AA sean compatibles y integren información procedente de otros sistemas de información. Esto facilita el acceso a todos los datos de salud y sociales de una persona, con independencia del lugar y momento en que se necesitan.

- ▶ Incluir en las memorias anuales de salud pública datos desagregados (género, edad, grado de DI) sobre la prevalencia de problemas de salud mental en PDID.
- ▶ Informar/formar a los profesionales para reducir/evitar el efecto eclipsador.

[Más información](#)

6.2 Revisión de programas y políticas específicas de salud mental en relación con la discapacidad intelectual

Planes de salud mental

Tras el traspaso de las competencias en salud, y de acuerdo con la **Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026.**, las CC. AA. son las responsables de definir las políticas y estrategias relacionadas con la salud mental de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo.

En España, se ha detectado variabilidad en cuanto a la integración y coordinación de la Red de Salud Mental y la atención al las PDID con problemas de salud mental, ya que depende de factores relacionados con la macrogestión (organización estructural y funciones de las estructuras con competencias en este ámbito), con la organización asistencial de cada CC. AA, incluyendo el modelo asistencial elegido, y con la disponibilidad de recursos, tanto humanos como de infraestructuras.

Cada CC.AA., cada provincia, región y área de salud es diferente. Las personas que residen en ellas tienen diferentes necesidades y los diversos

proveedores (públicos, concertados y privados) que les proporcionan apoyos, diferentes culturas y valores, con sus fortalezas y sus debilidades.

El **segundo paso** ha consistido en analizar si los diferentes Planes de Salud Mental vigentes en las CC. AA. contemplan estrategias, objetivos y acciones vinculadas a la atención a la salud mental de las PDID.

Importante

CDPD - Artículo 25: salud

Las personas con discapacidad tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud sin discriminación. Los países deben adoptar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas que tengan en cuenta la perspectiva de género, a fin de garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso a la misma variedad, calidad y nivel de atención sanitaria que esté disponible para todos los demás, y que esté cerca de sus propias comunidades.



El poder del roce
Autor: Ismael Ortiz Escribano
Edición de XXII del Concurso de fotografía del INICO

● ¿Existe algún Plan de Atención Sanitaria o Plan/Estrategia de Salud Mental en las CC. AA?
¿Las personas con DID están incluidas?

● ¿Existe algún Plan/Estrategia específico dirigido a las personas con DID en las CC. AA?

● Planes / Estrategias en Salud mental CC. AA.



● Planes / Estrategias específicas para PDIDSM

● Incluye PDID
● No incluye PDID



Datos por CC. AA. de plan/estrategias en salud mental

- Incluye PDID
- No incluye PDID

Comunidad Autónoma	Estrategia de salud mental	Estrategia elevada complejidad
Andalucía	● III Plan Integral de salud mental de Andalucía 2016-2020	<ul style="list-style-type: none"> ● Estrategia andaluza para la coordinación sociosanitaria, 2022 ● II Plan de acción integral para las personas con discapacidad en Andalucía (2011-2013) ● GUÍA: Trastorno mental grave. Proceso Asistencial Integrado. Consejería de Salud y de Familia. Junta de Andalucía. 2020 ● PROTOCOLO: Personas con Discapacidad Intelectual y Trastorno Mental Grave atención de casos complejos. Julio 2021
Aragón	● Plan de Salud Mental 2022-25 (previo 2017-21)	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan de Salud Mental 2022-25 (previo 2017-21) ● Cartera de Servicios de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes del Sistema de Salud de Aragón, 2006
Islas Baleares	● Plan Estratégico de Salud Mental Islas Baleares 2016-2022	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan Estratégico de Salud Mental Islas Baleares 2016-2022 ● Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas 2016-2021
Islas Canarias	● Plan de Salud Mental de Canarias 2019-23	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan de Salud Mental de Canarias 2019-23 ● Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias ● Estrategia de Coordinación para la Atención Integrada Social y Sanitaria 2019-2022.
Cantabria	● Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-26	● Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-26

- Incluye PDID
- No incluye PDID

Comunidad Autónoma	Estrategia de salud mental	Estrategia elevada complejidad
Castilla la Mancha	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan de Salud Mental en C-LM 2018-25 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fundación Sociosanitaria de C-LM ● Comisiones para los TMG ● Programa de coordinación interinstitucional para los TMG infancia y adolescencia
Castilla y León	<ul style="list-style-type: none"> ● Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de Castilla y León 2003-2007 	<ul style="list-style-type: none"> ● Proceso de atención al paciente crónico complejo en SM
Catalunya	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan de atención a las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental / TC. Quadern nº5 ,2002 ● Plan director salud mental 2006; 2017-20 ● Plan Integral de Atención a las personas con Autismo. 2013 ● Programa de atención a las personas con Funcionamiento Intelectual Límite. 2017 	<ul style="list-style-type: none"> ● Programa de abordaje integral de los casos de salud mental y adicciones de elevada complejidad. PAICSaMAEC 2021
Comunidad de Madrid	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2022-2024 	<ul style="list-style-type: none"> ● Estrategia Salud Mental. Protocolo de coordinación sociosanitaria en la atención a personas con trastorno mental grave y/o drogodependencias (TMG-D)
Navarra	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan Salud Mental 2012-2016 ● III Plan de Salud Mental 2019-2023 	<ul style="list-style-type: none"> ● III Plan de Salud Mental 2019 - 2023
Comunidad Valenciana	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027 	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027 ● Plan de atención integral a las personas con trastorno mental grave 2018-2020 ● CONTRATO PROGRAMA 2021-2024. Servicio de atención a personas con diversidad funcional o discapacidad y específico de personas con problemas crónicos de salud mental

- Incluye PDID
- No incluye PDID

Comunidad Autónoma	Estrategia de salud mental	Estrategia elevada complejidad
Euskadi	● Estrategia en Salud Mental de la Comunidad Autónoma País Vasco 2010	● Estrategia en Salud Mental de la Comunidad Autónoma País Vasco 2010
Extremadura	<ul style="list-style-type: none"> ● III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020 ● Plan de acción para la atención de las personas con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental. SEPAD Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. 2018 	<ul style="list-style-type: none"> ● III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020 ● Plan de acción para la atención de las personas con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental. SEPAD Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. 2018
Galicia	● Plan de Saude Mental de Galicia poscovid-19 2020-2024	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan Marco de atención Socio-Sanitaria 2013 ● Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad-Servicio Gallego de Salud, 2018 ● Estratexia para a prevención e detección precoz da dependencia en Galicia. Horizonte 2020
La Rioja	● IV Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja 2021-2025	● IV Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja 2021-2025
Principado de Asturias	● Plan de Salud Mental 2022-2030	● Plan de Salud Mental 2022-2030
Región de Murcia	● Programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la CARM 2019-2022	● Programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la CARM 2019-2022
Ceuta	<ul style="list-style-type: none"> ● Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 (estatal) ● Plan Municipal de Salud Mental y el Plan Integral de Infancia y Adolescencia 2021 	

Se constata

- ▶ Las CC. AA. disponen de Estrategias o Planes en Salud Mental, en su mayoría vigentes y/o en proceso de actualización.
- ▶ La mayoría de CC. AA. cumplen con la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026, incluyendo estrategias dirigidas a las PDIDSM.
- ▶ Los Planes de Salud Mental de 3 CC. AA. (C. Valenciana, Cantabria y Región de Murcia) y en la Ciudad Autónoma de Ceuta no incluyen estrategias dirigidas a las PDIDSM.
- ▶ Se observan algunas variaciones significativas (retirada) en los Planes de Salud Mental relacionadas con los cambios de poder en las sucesivas legislaturas de una misma CC. AA.
- ▶ En 3 CC. AA. (Andalucía, Catalunya y Extremadura) existen Planes o Programas específicos dirigidas a la salud mental de las PDID.

Se propone

- ▶ Definir e implementar acciones específicas dirigidas a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en las estrategias o los planes de salud mental en las CC. AA. que no las incluyen.
- ▶ Garantizar que las acciones y estrategias dirigidas al apoyo a PDIDSM en los Planes de Salud Mental se mantengan y/o se amplíen con independencia de las orientaciones políticas del gobierno en las sucesivas legislaturas.
- ▶ Tener en cuenta la perspectiva de género, la edad y la accesibilidad geográfica (ámbito rural o urbano) en el diseño de estrategias dirigidas a PDIDSM en el Plan de Salud Mental.



Hospitalización
Autor: Félix Almodóvar De Aldecoa
XXII edición del Concurso de fotografía del INICO

6.3 Acciones contempladas en los planes de salud mental

► **El tercer paso** ha consistido en analizar el grado de implementación de las diferentes estrategias, objetivos y acciones descritas en los Planes de Salud Mental de las CC. AA.

Importante

CDPD – Capítulo 25 – Salud

- Los planes de salud mental deben incluir explícitamente a personas con discapacidad intelectual y garantizar su acceso en igualdad de condiciones.
- Es imprescindible asegurar que las personas puedan participar activamente en decisiones sobre su tratamiento.
- Las políticas deben evitar institucionalizaciones forzadas y centrarse en apoyos basados en la comunidad.

- Los servicios deben ser culturalmente sensibles, accesibles y diseñados para satisfacer necesidades específicas.

Organización Mundial de la Salud 2005:

Una política correctamente formulada y puesta en práctica a través de planes y programas puede tener un impacto significativo sobre la salud mental de la población afectada. Los resultados descritos en la literatura incluyen mejoras en la organización y la calidad de la prestación de los servicios, la accesibilidad, el cuidado comunitario, los vínculos entre las personas con trastornos mentales y sus cuidadores y en varios indicadores de salud mental. ([Mental Health Policy, Plans and Programmes](#))

¿Cuál es el grado de implementación de las acciones dirigidas a las PDIDSM en los Planes/Estrategias tanto genéricas como específicas en su CC. AA?

► Andalucía

III Plan Integral de salud mental de Andalucía 2016-2020




Propone cinco líneas estratégicas que abordan las distintas etapas del ciclo vital, orientadas a la consecución de 9 objetivos generales, para los que se han establecido 70 objetivos específicos, 119 líneas de acción y 113 resultados esperados. Se identifican 3 líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

III Plan Integral de salud mental de Andalucía 2016-2020	Más información
<p>Objetivos esepécificos (OG 2)</p> <p>9. Prevenir problemas de salud mental en personas con distintos problemas de salud, experiencias vitales de alto impacto emocional, enfermedades crónicas y/o discapacidad, prestando una atención especial a las personas con discapacidad intelectual e incluyendo también a familiares que ejercen la labor de cuidado.</p> <p>Resultados esperados</p> <p>3. En el seno de las UGC de SM se habrán diseñado y puesto en marcha programas de apoyo y seguimiento específico a padres y madres con algún tipo de patología mental, así como a progenitores con discapacidad intelectual o del desarrollo o con hijos e hijas con estas discapacidades, en coordinación con los sectores implicados.</p>	<p>●</p>

Andalucía

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

III Plan Integral de salud mental de Andalucía 2016-2020	Más información
<p>Objetivos esepécificos (OG 4.2)</p> <p>7. Desarrollo de programas de atención integral a personas con trastorno mental grave en riesgo o situación de exclusión social (personas sin hogar o internadas en centros penitenciarios) personas mayores y/o en situación de discapacidad intelectual o del desarrollo o dependencia.</p> <p>8. Incrementar los programas de apoyo social gestionados por FAISEM, de forma equilibrada en su distribución territorial según UGC y proseguir en la mejora continua de la calidad de los mismos.</p> <p>Resultados esperados</p> <p>2. Se habrán desarrollado en todas las UGC de SM programas de atención a situaciones que requieren una especial atención en cada una de sus USMC: primeros episodios de psicosis, tratamientos asertivos comunitarios, colectivos en riesgo o situación de exclusión social (personas sin hogar, población penitenciaria), o colectivos dependientes o con especial dificultad en la accesibilidad (personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y mayores).</p>	
<p>Objetivos esepécificos (OG 5)</p> <p>2. Mejorar la accesibilidad de personas mayores y de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo con problemas de salud mental, en cooperación con otros niveles asistenciales y sectores implicados.</p> <p>Líneas de acción (OG 5)</p> <p>4. Diseño e implantación de programas de atención específica a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y enfermedad mental, en colaboración con educación, servicios sociales y los movimientos asociativos implicados.</p> <p>Resultados esperados</p> <p>4. Las UGC de SM, a través de sus USMC, habrán designado profesionales de referencia para los centros residenciales de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo de su ámbito, para realizar tareas de consulta, y apoyo y orientación para el desarrollo de medidas de promoción, prevención y atención a la salud mental de las y los residentes.</p>	
<p>Discapacidad intelectual y salud mental: trabajo en red.</p> <p>Guía para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento. 2016</p>	
<p>Más información</p>	
<p>Esta guía establece cauces de coordinación intersectorial entre las distintas redes profesionales (sectores sanitario, social, educativo, judicial y movimiento asociativo) que intervienen en la atención a estas personas para ofrecer una atención eficaz y eficiente que cubra sus necesidades y las de sus familias.</p>	
<p>Para la coordinación de los agentes mencionados, se constituirán dos comisiones, una de ámbito local y carácter técnico, Comisión técnica asistencial, y otra de ámbito autonómico y carácter estratégico, Comisión autonómica.</p>	

Andalucía

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

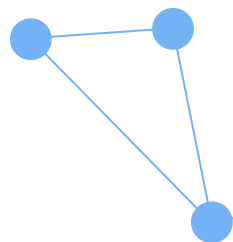
Los casos complejos o aquellos en los que existan discrepancias en cuanto al diagnóstico o estrategias terapéuticas establecidas entre unos dispositivos y otros deben ser tratados en la Comisión Técnica Asistencial de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental, con el objeto de consensuar objetivos y valorar, si es preciso, un recurso más idóneo para la persona.

Comisión Técnica Asistencial: se creará una comisión técnica asistencial en cada Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGCSM) y tendrá como funciones la elaboración y actualización de un censo local de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento, el análisis y propuesta de solución de casos complejos mediante la elaboración del plan terapéutico, la detección de pérdidas y su recuperación y la gestión de los recursos disponibles en su ámbito de actuación. Estará compuesta por:

- La persona que ostente la dirección de la UGC de salud mental o persona en quien delegue, que la presidirá.
- Los y las profesionales referentes para la atención a la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento de cada Unidad de Salud Mental Comunitaria de la UGCSM.
- Una persona representante de las organizaciones prestadoras de servicios, del ámbito geográfico de la UGC de Salud Mental. Será designada por cada Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, de acuerdo con aquellas.
- Una persona del servicio territorial de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA).
- Una persona designada por la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, como referente de los grupos no representados en los epígrafes anteriores.
- Otros agentes implicados según los casos a tratar.

Comisión Autónoma*: tiene como funciones la evaluación de la implantación de la Guía para el trabajo en red en la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento y la propuesta de mejoras; la elaboración de un plan de formación y su implementación y la propuesta de dotación de recursos, tanto de los ya existentes como de nuevos recursos para atender las necesidades emergentes

*dos reuniones en siete años



▶ Aragón

Plan salud mental aragonés 2022-2025

Propone cinco líneas estratégicas, orientadas a la consecución de 20 generales y 20 proyectos específico. Se identifica 1 línea de actuación dirigida a personas en la condición TEA. Se omiten las acciones dirigidas a PDIDSM contempladas en el plan anterior.

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan de Salud Mental 2017-2021	Más información
<p>Objetivos: Atención a Poblaciones específicas. 14. Salud mental en poblaciones específicas: personas sin hogar, personas judicializadas y personas con discapacidad intelectual..</p> <p>Línea Estratégica 2: Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA 2.24. Coordinar con servicios sociales y entidades la atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental para su atención más adecuada.</p>	●
Plan de Salud Mental 2022-2025	Más información
<p>Línea Estratégica 3. SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA 3.4. Mejorar la atención especializada de trastornos del espectro autista.</p>	●

▶ Cantabria

Propone 6 líneas estratégicas, orientadas a la consecución de 283 objetivos específicos y 217 acciones para su consecución. No se identifican líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM



- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026	Más información
No se mencionan / No se describen acciones dirigidas a PDID	●
Estrategia de Coordinación para la Atención Integrada Social y Sanitaria 2019-2022	
No se mencionan / No se describen acciones dirigidas a PDID	●

Castilla la Mancha

Propone 4 ejes, 10 líneas estratégicas y 64 líneas de acción. Se identifican 2 líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM.


- No se está implementado
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan de Salud Mental en Castilla la Mancha 2018-25	Más información
<p>Órganos de participación: comisiones clínicas y de coordinación interinstitucional Además de la participación en comisiones clínicas dependientes de la Junta Técnico-asistencial y de la Comisión central de Garantía de Calidad de cada gerencia, en Salud Mental se cuenta con los siguientes órganos:</p> <p>Comisión de Análisis de Casos (CAC) Las CAC tienen por objeto impulsar y mejorar la coordinación entre las distintas administraciones y organismos, que intervienen en la atención a personas con diagnóstico de enfermedad mental, y/o discapacidad intelectual, judicializadas o con riesgo de judicialización.</p> <p>Las CAC actúan a nivel provincial y se reúnen dos veces al año, a partir de la presentación y Seguimiento de casos individuales. Las personas que forman parte de cada Comisión pertenecen a Consejería de Sanidad, Servicio Regional de Salud, Fundación Socio sanitaria (FSCLM), movimiento asociativo, Justicia e Instituciones Penitenciarias.</p>	
<p>Programas Asistenciales específicos de salud mental en Castilla-La Mancha Se desarrollan programas asistenciales diseñados específicamente para la atención a la salud mental en diferentes ámbitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud Mental y Discapacidad Intelectual (ver elevada complejidad) 	




Castilla y León





Propone 7 líneas estratégicas que abordan las distintas etapas del ciclo vital, orientadas a la consecución de 5 objetivos generales, para los que se han establecido 94 objetivos específicos, 199 líneas de acción. Se identifica 1 línea estratégica específica para PDIDSM que contempla 6 objetivos específicos y 11 líneas de actuación.

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Estrategia de Salud Mental de Castilla y León 2024-2030	Más información
<p>5.2.6. Salud mental en grupos vulnerables.5.2.6.1. Personas con discapacidad intelectual</p> <p>Recursos en Régimen de Hospitalización: Unidad de Patología Dual: Discapacidad Intelectual y Enfermedad Mental. Para pacientes con enfermedad mental y/o trastornos de conducta altamente disruptivos y discapacidad intelectual. Entre sus objetivos se encuentra el tratamiento y remisión de la sintomatología, y la estabilización clínica de la persona con el fin de mejorar su calidad de vida.</p>	


Castilla y León

-  No se está implementando
-  Se implementa de forma irregular
-  Se está implementando totalmente

<p>Unidades Residenciales de Cuidados Continuados. Ofertan cuidados sanitarios continuados y supervisión conductual a pacientes crónicos con años de evolución, discapacidades graves y elevada dependencia que, tras múltiples intentos terapéuticos para lograr su inserción comunitaria, no han adquirido habilidades suficientes para alcanzar una autonomía que les permita residir en la comunidad. Una de las unidades es de referencia regional.</p>	
<p>6.1.1. Humanización de la atención a la salud mental. Objetivo 1. Erradicar el estigma asociado a discapacidad intelectual con problemas de salud mental. Acción 1.1: Realización de actividades de sensibilización e información sobre la Discapacidad Intelectual con diagnóstico de enfermedad mental dirigidas a la población general y distintos profesionales implicados en la atención de estas personas realizadas y/o dirigidas desde la RSM.</p>	
<p>6.1.2. Promoción de la salud mental y prevención: Objetivo general: Implicar a los profesionales sanitarios en la detección de los signos que alertan del inicio de un trastorno mental en aquellas personas con diagnóstico de discapacidad Intelectual de base, especialmente en la etapa infanto-juvenil. Objetivos específicos: Objetivo 2. Favorecer la detección temprana en población infantil de discapacidad Intelectual con riesgo de padecer alguna patología mental asociada. Acción 2.1: Realización de pruebas genéticas en personas con discapacidad Intelectual con riesgo de desarrollar un trastorno mental posterior. Acción 2.2: Uso de Escalas de detección precoz consolidadas, para adelantar las primeras intervenciones, mejorando así la respuesta clínica y social.</p>	
<p>6.1.3. Continuidad asistencial y coordinación: Objetivo general: Fomentar la coordinación de todos los agentes implicados en la atención a las personas con Discapacidad Intelectual con enfermedad mental para asegurarles una atención centrada en la persona y sus necesidades específicas. Objetivos específicos: Objetivo 3. Garantizar la accesibilidad a las personas con discapacidad con psicopatología asociada a los recursos, programas, dispositivos y Unidades de la RSM en las mismas condiciones que el resto de la población, a través de una adecuada atención coordinada entre los distintos recursos de salud, educación, servicios sociales y tercer sector a lo largo de su proceso para la anticipación de posibles efectos negativos, susceptibles de reducirse si hay una atención precoz. Acción 3.1: Implementación de Protocolos de actuación coordinados entre AP, Salud Mental, centros de atención a la discapacidad Intelectual y entidades del Tercer Sector, incluyendo apoyo, coordinación sociosanitaria y seguimientos en el propio entorno y que permita un proceso de derivación, atención, coordinación, seguimiento y comunicación ágil entre los estamentos implicados, especialmente en personas con graves alteraciones del comportamiento.</p>	

Castilla y León


- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

<p>6.1.4. Digitalización y sistemas de información:</p> <p>Objetivo general: Mejorar los canales de traslado de información para favorecer la atención a las personas y la comunicación entre profesionales implicados en la atención a la discapacidad intelectual.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Objetivo 4. Fomentar el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs) para la atención integral de pacientes con discapacidad intelectual y enfermedad mental y el traslado de información a otros profesionales.</p> <p>Acción 4.1: Dotación de acceso de la información clínica de pacientes a todos los profesionales de Salud implicados (AP, ESM y Atención Hospitalaria).</p> <p>Acción 4.2: Fomento de interconsultas no presenciales en AP y Atención Especializada, o uso de telepresencia en la consulta a recursos de psiquiatría y salud mental, siempre que las condiciones de pacientes sean propicias para ellas cuando existan dificultades de movilidad o desplazamiento asociadas a la condición de discapacidad.</p>	
---	---

Catalunya

El Plan Director de Salud Mental 2017-2020 propone 7 líneas estratégicas que abordan las distintas etapas del ciclo vital, orientadas a la consecución de 21 objetivos generales, para los que se han establecido 117 líneas de acción. Se mantienen las acciones desplegadas en planes anteriores y se identifican 3 líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM.

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan Director de Salud Mental 2006	Más información
<p>Objetivo operativo 1.3 Mejorar la atención especializada en las poblaciones vulnerables. Ampliar la oferta de servicios psiquiátricos de atención ambulatoria para discapacidades intelectuales (SESM-DI). Generalización de los servicios especializados para personas con discapacidad intelectual.</p> <p>Formación en salud mental y adicciones de los profesionales de el APS: etapas evolutivas infantiles, relación con los adolescentes, patologías más prevalentes, herramientas de cribado, psicogeriatría, discapacidad intelectual.</p> <p>Despliegue de los grupos de estudio y derivación (GED) en todo el territorio (personas con discapacidad intelectual).</p>	

Catalunya

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan de atención a las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental / TC. Quadern nº5 , 2003

Más información

Crea la Red Sociosanitaria:

Servicio Especializado Salud Mental y Discapacidad Intelectual (SESMDI) / Unidad Hospitalaria Especializada Discapacidad Intelectual (UHEDI) / Grupo de Estudio y Derivación (GED) / **Servicios de vivienda** para personas con DI y necesidades de salud mental y/o alteraciones de la conducta.

Servicio asistencial (código internacional)	Estandar propuesto	Argumento
Servicio Especializado en Salud Mental para Personas con Discapacidad Intelectual (SEMEDI) (di-07/di-04)	Equipo multidisciplinario para 1.000.000 de habitantes de población general, compuesto por psiquiatra, psicólogo/a, enfermero/a, trabajador/a social y administrativo/a	Prevalencia máxima: 0,56 por población general en Catalunya. Equipos ya existentes. Ampliar a toda Catalunya. Atención todas las edades.
Unidad Hospitalaria Especializada para Personas con Discapacidad Intelectual (UHEDI) (di-R4)	10-15 camas por ámbito territorial de referencia. 4 ámbitos territoriales en Catalunya	Sistema especializado. Reversión a función de subagudos estrictamente sanitaria.

Objetivos:

Diagnosticar, evaluar y atender desde un punto de vista psicológico y psiquiátrico a personas con discapacidad intelectual (de cualquier grado, incluidos pacientes llamados como "límite") que presenten patología psiquiátrica (sean cuales sean las manifestaciones clínicas y de diagnóstico) o trastornos de conducta (conductas desafiantes).

Funciones:

- ▶ Realizar un análisis funcional del comportamiento tanto psicológico como psiquiátrico de los trastornos de conducta.
- ▶ Dar información, orientación, acompañamiento y soporte a las familias.
- ▶ Dar soporte y formación al personal de los recursos comunitarios que dependen del Departamento de Acción Social y Ciudadanía. La formación y el apoyo deben constituir una relación de intercambio natural. Esto implica establecer reuniones periódicas de encuentro con profesionales del centro de salud mental especializado. El trabajo continuado en grupo con los profesionales de cada uno de los centros, basado en la reflexión y elaboración conjunta de todos los aspectos que aparecen día a día, permite que todos puedan reconocer mejor los signos que avisan del comienzo de una crisis, hasta y todo aprender cuál es el acercamiento y atención más adecuados en este momento. Prestar formación y establecer una coordinación con los equipos de los recursos dependientes del Departamento de Salud, especialmente los de salud mental. Para contribuir al diagnóstico precoz ya la adecuada derivación, tiene una gran importancia el papel de los pediatras, los médicos de familia y los servicios de urgencia de los hospitales generales. El trabajo de coordinación que en este momento se está llevando a cabo entre los centros de asistencia primaria y los CSM debe incluir la atención y el seguimiento de esta población, que por sus características puede dejarse en un segundo sitio. En este caso, la formación y el entrenamiento en el uso de herramientas de cribado también son fundamentales.
- ▶ Establecer criterios de coordinación de las intervenciones con cualquier otro recurso, cualquiera que sea el departamento del que dependan (Acción Social, Educación, Trabajo, Justicia, etc.), siempre que tengan algún tipo de relación con la persona en tratamiento.
- ▶ Implicar todos los recursos en la detección de la enfermedad. Una preocupación prioritaria es detectar, lo más precozmente posible, la aparición de signos o síntomas que avisen del inicio de un trastorno psiquiátrico en las personas afectadas de discapacidad intelectual. Esto requiere informar y acompañar a todos los profesionales que les acompañan: educadores de las escuelas infantiles, maestros/as y profesores/as de las escuelas ordinarias y especiales, monitores/as

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Catalunya

de centros ocupacionales y centros especiales de trabajo, personal de apoyo de los hogares residencias y pisos protegidos y personal de las residencias, así como todos los que pueden intervenir ante una demanda cualquiera: pediatras, médicos de familia, servicios de urgencia de los hospitales generales, trabajadores/as sociales, equipos de asesoramiento psicopedagógico.

Unidad Hospitalaria Especializada Discapacidad Intelectual (UHEDI)

Hospitalizaciones de media y larga estancia (6 meses/un año) para aquellas personas que necesitan una atención psiquiátrica de alta intensidad y durante un tiempo prolongado.

- Población total de 7.770.689 de personas hay 11 SESMDI (1:706.426)
- Población discapacidad intelectual 85.508

PROVINCIA	PG	PDID (1,1%)	PDID <18 (16%)	PDID ≥18 (84%)	PDID SM (28%)	PDID TC (18%)	PDID SM+TC	EQUIPS SESMDI	PLACES UHEDI
Barcelona	5.707.002	59.387	10.004	49.343	16.628	11.284	27.912	Barcelona Costa Ponent Vallès Oriental Vallès Occ. Cat. Central Barcelonès i Maresme	24
Tarragona	889.886	12.101	1.566	10.535	3.388	2.178	5.566	C. Tarragona Terres Ebre	17
Lleida	441.296	5.235	777	4.458	1.466	942	2.408	C. Lleida	12
Girona	792.505	9.789	1.395	8.394	2.741	1.762	4.503	Girona Osona Alt Meresme	12
Catalunya	7.770.689	85.508	1.367	84.141	23.942	15.391	39.333	11 EQUIPS	65

Plan Director de Salud Mental 2017-2020

Más información

Acciones propuestas (agrupadas según grupos de edad)

Etapa infantil

- a) Definir la cartera de servicios de los CSMIJ que garantice la detección, diagnóstico y atención a los problemas de salud mental más predominantes y de mayor complejidad y hacer frente al incremento de las necesidades detectadas.
- b) Priorizar la atención al trastorno mental grave, especialmente los TEA, los TDAH con trastorno de la conducta, la discapacidad intelectual con trastornos de la conducta y otras enfermedades que puedan cursar con cronicidad en todo el territorio.

Proyectos interdepartamentales priorizados en el marco del Plan integral:

Mejora de la atención integral sanitaria y social en casos complejos (discapacidad intelectual, patología dual).

Catalunya

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Programa de atención a las personas con Funcionamiento Intelectual Límite. 2017

Más información

Objetivos:

1. Mejorar la detección precoz, que debería intentarse conseguir a una edad temprana y desde el sistema educativo y sanitario en contacto con el niño/a, bien en atención primaria de salud (pediatría), en un CDIAP o en la etapa de educación infantil de 0 a 6 años. Un segundo nivel de detección sería en la etapa de la educación primaria y secundaria, ya que muchos de los alumnos con FIL pueden formar parte del conjunto de alumnos con riesgo de fracaso escolar si no reciben una atención educativa ajustada a sus necesidades.
2. Confirmar el diagnóstico de FIL, entendiendo que en estos momentos no se considera un diagnóstico de salud mental.
3. Definir el plan individualizado de intervención en todas las etapas de la vida de la persona con FIL:
 - Seguimiento social y sanitario.
 - Profesionales y ámbitos de intervención.
 - En la etapa infantojuvenil: concreción, en el plan de apoyo individualizado (PI) del alumno con FIL, de las medidas y apoyos adicionales o intensivos que se aplicarán para que pueda alcanzar los objetivos de las diferentes etapas educativas.
 - En la etapa adulta: concreción, en el plan de apoyo individualizado (PI) del adulto con FIL, de las medidas y apoyos adicionales o intensivos que se aplicarán para que pueda alcanzar los objetivos personales, sociales y laborales en su vida, especialmente en las dificultades en la regulación de las emociones y la conducta que pueden provocar trastornos mentales. Es necesario que esta población sea considerada en el ámbito laboral como población de especial vulnerabilidad y favorecer su integración. Soporte y, eventualmente, ayudas a la familia.
4. Garantizar la coordinación interdepartamental e interprofesional en la atención a las personas con FIL y también en las situaciones de mayor complejidad y, en estos casos, prever espacios de coordinación entre los profesionales implicados. Creación del Grupo de Estudio y Derivación (GEDFIL). 2023: 2 pruebas Piloto (Girona / Sabadell)



Comunidad de Madrid

El PSMYA 2022-2024 del Servicio Madrileño de Salud plantea 12 líneas estratégicas con 94 objetivos específicos para cuya consecución se proponen 287 actuaciones, evaluables a través de indicadores específicos, recogidos en la formulación del plan. Se identifican 7 líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM.

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020	Más información
<p>2.2. Recursos actuales de atención a la Salud Mental Compartidos por varias unidades asistenciales: Unidades ambulatorias de referencia: Discapacidad intelectual (SESMDI), Enfermos mentales sin hogar, Sordera y Salud Mental, Programa ATIENDE (Violencia de Género), Clínicas TCA (Trastornos de la Conducta Alimentaria), Programas específicos para el Trastorno del Espectro Autista (TEA) (AMI-TEA; Diagnóstico complejo TEA)</p>	●
<p>LE. 9.3 - OBJETIVO 9.3.2 Promover el abordaje centrado en las necesidades de las personas con enfermedad mental y otras discapacidades. 9.3.2.4. Designación de un psiquiatra de referencia en los CSM de discapacidad intelectual y trastorno mental. 9.3.2.5. Valoración de la necesidad de refuerzo de los equipos SESM-DI (Servicio Especializado en Salud Mental para personas con discapacidad intelectual) para la gestión de casos y de traslados intercentros. 9.3.2.6. Establecimiento de acuerdos o comisiones interinstitucionales para mejorar la atención centrada en las necesidades a través de la coordinación funcional y operativa.</p>	●
Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2022-2024	Más información
<p>L9.4. Extremar la atención y humanización de los cuidados a las personas con problemas de salud mental especialmente vulnerables y con alto riesgo de exclusión social.</p> <p>OBJETIVO 9.4.1. Promover el abordaje centrado en las necesidades de las personas con problemas de salud mental y otras discapacidades, especialmente déficit sensorial y discapacidad intelectual.</p> <p>Actuaciones:</p> <p>9.4.1.1. Programas que integren la complejidad de la patología TMG con otra/s diversidad/es funcional /es que incluyan adaptación de espacios físicos, de medios tecnológicos y la existencia de mediadores, potenciando la atención a la población con déficit sensorial. 9.4.1.2. Formalizar la Comisión Sociosanitaria para la gestión de los casos de trastorno mental con discapacidad intelectual de mayor complejidad. 9.4.1.3. Designación de un psiquiatra de referencia en los CSM de discapacidad intelectual y trastorno mental y formación especializada y coordinación entre referentes. 9.4.1.4. Monitorización de la casuística de discapacidad intelectual y trastorno mental en los CSM. 9.4.1.5. Actuaciones para la mejora de la atención a pacientes con discapacidad intelectual en Urgencias o ingreso hospitalario en UHB (formación específica, protocolos de coordinación...).</p>	● ● ● ● ● ● ●
<p>9.4.1.6. Refuerzo de los equipos SESM-DI (Servicio Especializado en Salud Mental para personas con discapacidad intelectual) para la gestión de casos y de traslados intercentros. 9.4.1.7. Establecimiento de acuerdos o comisiones interinstitucionales para mejorar la atención centrada en las necesidades a través de la coordinación funcional y operativa en discapacidad.</p>	●

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Comunidad de Madrid

<p>Unidades de Referencia Regional</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ SESM-DI (Servicio de Salud Mental para personas con Discapacidad intelectual (H. de la Princesa). 1 Unidad ▶ Programas específicos para el Trastorno del Espectro Autista: AMI-TEA y Diagnóstico complejo TEA. 2 Unidades (H. Gregorio Marañón; H. Getafe) 	●
<p>Objetivo 6.4</p> <p>Mejorar la atención a la salud física y la seguridad de las personas con TEA 6.4.1. Extensión del programa AMITEA en hospitales de alta complejidad.</p> <p>AMI-TEA Atención Médica Integral a personas con Trastornos del Espectro del Autismo. El programa se encarga de poner en funcionamiento protocolos específicos para facilitar la atención médico-sanitaria a la persona con TEA. Para ello, se tienen en cuenta las dificultades de cada persona en su relación con el sistema sanitario.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Evaluar las necesidades médicas de las personas con TEA derivadas al programa. ▶ Coordinar y gestionar la atención médica especializada en el hospital. ▶ Atender las comorbilidades médicas de los pacientes con TEA. ▶ Coordinar la atención con los servicios de Atención Primaria y Salud Mental que corresponden al paciente. ▶ Familiarización con el entorno hospitalario ▶ Información y apoyo a familias y/o tutores ▶ Formación continua ▶ Investigación 	●
Otros Programas de Apoyo a la Salud en PDID	
<p>Unidad de Atención a Adultos con Síndrome de Down</p> <p>El Hospital de La Princesa es pionera en la atención a este tipo de pacientes, que requieren un seguimiento especial por patologías específicas en ellos como el alzhéimer y la osteoporosis. Esta constituido por un equipo específico de profesionales sanitarios que dan respuesta a las cuestiones de salud de Personas con Síndrome de Down. Todos ellos cuentan con una amplia especialización y experiencia clínica.</p>	●
<p>Escuela de Optometría La Facultad de Óptica y Optometría de la Universidad Complutense de Madrid ofrece un servicio especializado de Evaluación Visual para personas con discapacidad intelectual</p>	●
<p>Unidad de ginecología adaptada</p> <p>En el Hospital Universitario La Paz se ha organizado una consulta monográfica de Ginecología Adaptada para la atención a pacientes de la Comunidad de Madrid que precisen este servicio. La derivación se realiza a través de SCAE, en la prestación Ginecología Adaptada (Hospital La Paz) en el petitorio de Ginecología. Los criterios de derivación desde atención primaria son los siguientes:</p>	●

Comunidad de Madrid

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

<ol style="list-style-type: none"> 1. Mujeres mayores de 15 años. 2. Limitación importante de la movilidad y necesidad de silla de ruedas para la misma. 3. Sospecha de patología ginecológica que necesite evaluación y/o tratamiento. 4. Patología ginecológica confirmada que precise seguimiento y/o nueva evaluación. 	●
<p>Unidad de odontología especializada en personas con Discapacidad Intelectual del Hospital Gregorio Marañón</p> <p>Acudir al médico de cabecera. El mismo médico de cabecera ha de hacer un volante y enviarlo por fax al número: 91-586.66.32. En ese volante ha de indicar que es una persona que no colabora y que tiene discapacidad intelectual (motivo por el que no colabora).</p>	●

Comunidad Foral de Navarra





El III Plan de Salud Mental 2019-2023 se construye alrededor de las 12 líneas estratégicas que incluyen 40 objetivos. Se identifican 3 líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM.

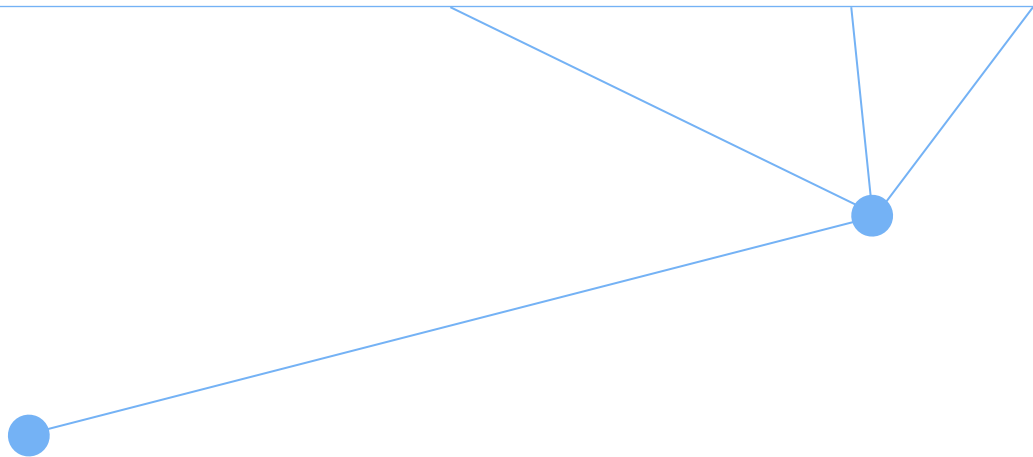
- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan Salud Mental 2012-2016	Más información
<p>Objetivo General 2.3 Mejora de la eficiencia y la continuidad asistencial</p> <p>2.3.1 Orientar la actividad a programas asistenciales de carácter transversal</p> <p>Líneas de actuación</p> <p>Desarrollar los siguientes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Trastorno mental grave ▶ Trastorno de personalidad grave ▶ Trastorno mental común ▶ Infanto-juvenil ▶ Trastornos de la conducta alimentaria ▶ Rehabilitación ▶ Psicogeriatría ▶ Trastornos adictivos y patología dual ▶ Salud mental penitenciaria y forense ▶ Patologías complejas: trastorno mental comórbido con discapacidad intelectual y enfermedades médicas 	●

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Comunidad Foral de Navarra

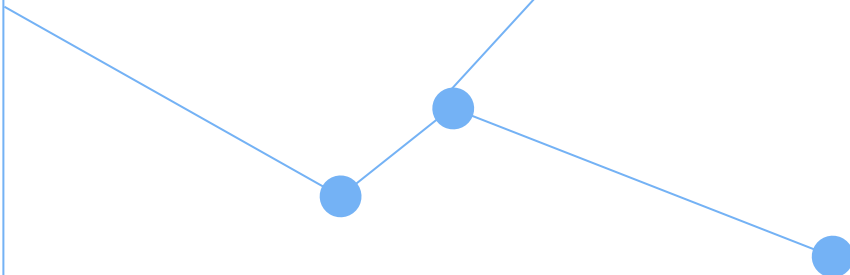
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Asegurar la transversalidad de los programas, por medio de su implementación en cada dispositivo generalista en coordinación con los dispositivos específicos, propios o concertados, con el resto de dispositivos del SNS-O y con Servicios Sociales. ▶ Definir las características fundamentales de cada programa y sus indicadores correspondientes. ▶ Impulsar la especialización progresiva de profesionales de la RSMNa en la atención de uno o más programas, definiendo el facultativo responsable de cada programa en todos los dispositivos de la RSMNa. ▶ Sectorizar los procesos y programas asistenciales, así como la atención en general, de forma adecuada a las necesidades de la población y a la existencia de masa crítica apropiada. 	
Plan Salud Mental 2019-2023	Más información
<p>L6. Trabajando conjuntamente el espacio sociosanitario para mejorar la calidad de vida de pacientes y sus familias.</p> <p>Objetivo 27. Mejorar la oferta de recursos sociales y sociosanitarios para personas con Trastorno Mental Grave.</p> <p>Líneas de acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diferenciación de las plazas residencia asistida para personas con enfermedad mental grave por perfil de paciente: patología dual, discapacidad intelectual y daño cerebral adquirido. ▶ Evaluar la necesidad, junto con los Departamentos de Educación y Derechos Sociales, de crear un circuito asistencial integral e integrado de menores con trastornos del neurodesarrollo que cursen con trastornos de conducta (déficit intelectual y trastornos del espectro autista), que incluya la atención residencial. ▶ Seguimiento de las personas en residencias asistidas para personas con enfermedad mental por parte de los centros de salud mental. 	  



Comunitat Valenciana

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

<p>240.Propuesta Creación de un protocolo de actuación ante pacientes con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (DID), Salud Mental y/o Alteraciones de la Conducta. Como: Mesa sectorial, trabajo colaborativo del tercer sector, aportaciones de especialistas, creación del protocolo, divulgación del protocolo. Desarrollo del documento también en lectura fácil. Cuando: 2023.</p> <p>241.Propuesta Creación de un estudio sobre la prevalencia de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, con problemas de salud mental y/o alteraciones de conducta. Como: En colaboración con las Universidades, diseñar y elaborar un cuestionario sencillo, ágil y realista de los indicadores necesarios y deseados. Recogida de datos cuestionario junto con las asociaciones e IVASS. Análisis de los datos recogidos por parte de la Universidad, elaboración de un informe, publicación del informe y divulgación de los resultados del estudio. Cuando: 2023</p>	<p>●</p> <p>●</p>
Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027	Más información
No se identifican acciones dirigidas a las PDID.	<p>●</p>



Euskadi

La estrategia en Salud Mental de la Comunidad Autónoma del País Vasco (2010) contempla 7 líneas estratégicas y contempla un objetivo dirigido a las PDIDSM. La estrategia 2023-2028 no contempla líneas de actuación para las PDIDSM. Cada provincia dispone de una estrategia propia. Áraha (6 líneas y 24 objetivos); Bizkaia (3 retos y 18 objetivos); Guipúzcoa (5 líneas y 15 objetivos).





- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Estrategia en Salud Mental de la Comunidad Autónoma País Vasco 2010	Más información
<p>Objetivo específico 4.8. Se contemplarán las necesarias especificidades para la atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.</p> <p>Prioridad 1. Acciones propuestas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Desarrollar una estrategia de prevención de las evoluciones deficitarias, desde la etapa infanto-juvenil; articulado desde el desarrollo de un modelo de atención temprana y tratamiento intensivo. ▶ Formación de un grupo de trabajo para clarificar estructuras y canales más adecuados para el abordaje de las necesidades de tratamiento de personas con trastorno grave de conducta asociado a discapacidad intelectual, incluyendo la coordinación entre servicio de salud y recursos sociosanitarios <p>• <i>Comentario: En esa línea se propone la creación de unidades sociosanitarias, cofinanciadas, con participación de personal especializado de la red de Salud mental.</i></p>	●
Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028	Más información
No se identifican acciones dirigidas a las PDIDSM	●
Áraha 2018-2022	Más información
Potenciar la especialización a través de programas específicos (programa de TMG, trastorno de la personalidad (TLP), discapacidad intelectual, psicogeriatría,...) trabajando con rutas asistenciales que garanticen la continuidad de cuidados en el marco del espacio sociosanitario, afianzando otros procesos trasversales como son la lucha contra el estigma, la seguridad del paciente, la protección de datos, la prevención de riesgos laborales, y el medio ambiente.	●
Bizkaia 2022-2025	Más información
H. Consolidar la atención que prestamos a las residencias de discapacidad intelectual.	●
Guipuzkoa 2018-2022	Más información
No contempla objetivos específicos para PDIDSM	●

Extremadura

El Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020 contempla 50 objetivos y 144 acciones. Se identifican 7 líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM.

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020	Más información
<p>Objetivo 8: Elaborar nuevos procesos asistenciales integrados en la Red de Salud Mental de Extremadura.</p> <p>Acción 8.5: Elaboración, aprobación e implantación del nuevo Proceso Asistencial Integrado para la atención de las personas que padecen Discapacidad Intelectual y que presentan problemas de salud mental (PDISM) de la RSMEx.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Elaboración y aprobación del nuevo PAI para la atención de las personas que padecen Discapacidad Intelectual y que presentan problemas de Salud Mental. ▶ Grado de implantación del nuevo PAI para la atención de las personas que padecen Discapacidad Intelectual y que presentan problemas de Salud Mental. 	
<p>Objetivo 37: Mejorar la atención específica a las personas con discapacidad intelectual y problemas de Salud Mental (PDISM).</p> <p>Acción 37.1: 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 en Extremadura, basado en los siguientes principios: apoyos personalizados, promoción de un entorno óptimo, dignidad de la persona, apoyo conductual positivo y prevención primaria y secundaria.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Elaboración y aprobación del Proceso Asistencial Integrado para las personas con Discapacidad Intelectual y Problemas de Salud Mental en Extremadura. ▶ Grado de implantación del Proceso Asistencial Integrado para las personas con Discapacidad Intelectual y Problemas de Salud Mental en Extremadura. 	
<p>Acción 37.6: Creación de un equipo multidisciplinar y especializado en Salud Mental y Discapacidad Intelectual de carácter ambulatorio y orientación comunitaria y de ámbito autonómico para el apoyo, soporte, asesoría y formación a otros profesionales y de atención a los casos más graves de PDISM, que estén en situación de vulnerabilidad y posible cronicidad.</p> <p>Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia y funcionamiento del Equipo de Salud Mental y Discapacidad Intelectual de ámbito autonómico. 	
<p>Acción 37.7: Redefinición de la organización y funcionamiento de la Unidad de Atención a las Personas con Discapacidad Intelectual y Alteraciones de Conducta graves (UHDAC) en el marco del sistema sanitario.</p> <p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de su funcionamiento en el Sistema Sanitario Público de Extremadura. • Existencia y aprobación del Manual de Organización y Funcionamiento de la UHDAC desde la perspectiva de la gestión por procesos. • Grado de implantación del Manual de Organización y Funcionamiento de la UHDAC desde la perspectiva de la gestión por procesos. 	

Extremadura

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

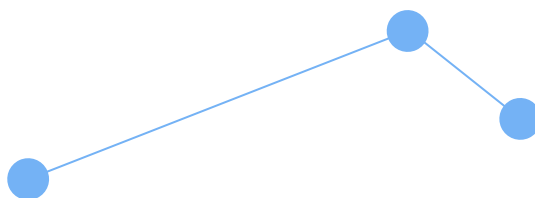
<p>Acción 37.8: Provisión de apoyos individualizados en las plazas concertadas de la Red de Discapacidad para las personas con PDISM con graves alteraciones de la conducta que requieran de un mayor soporte y atención. Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Existencia de un servicio especializado para personas con DI y problemas de conducta en el marco de la atención social especializada. <p>Acción 37.9: Creación de servicios de vivienda comunitarios especializados para aquellos casos que, por su mayor complejidad, requieren de un abordaje comunitario especializado. Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Número de plazas en vivienda/año. <p>Acción 37.10: Apoyo a los familiares de PDISM con graves problemas de salud mental y/o alteraciones de la conducta. Indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Número de acciones específicas destinadas a las familias de PDISM implementadas/año. 	<div style="margin-bottom: 20px;">●</div> <div style="margin-bottom: 20px;">●</div> <div>●</div>
<p>Plan de acción para la atención de las personas con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental. SEPAD Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. 2018</p>	
<p>Objetivos específicos del Plan de Acción:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. <p>Esta red estará formada por distintos tipos de servicios de orientación comunitaria, hospitalaria y de viviendas, que hemos identificado de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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". 	<div style="margin-bottom: 20px;">●</div>

Galicia

El Plan de Salud Mental de Galicia post covid-19 establece para el período 2020-2024 plantea 5 líneas estratégicas, 25 objetivos y 5 proyectos de implantación prioritaria. Se identifican 2 líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM.

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan de Saude Mental de Galicia poscovid-19 2020-2024	Más información
<p>Objetivo 2.6. Implantar mejoras en la atención a las personas con especiales necesidades de apoyo y trastorno mental.</p> <p>Proyectos: Reactivar el grupo de trabajo "salud mental y discapacidad intelectual", mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios en habilidades de comunicación con personas con discapacidad, mejorar habilidades de manejo e identificación de trastornos mentales comunes del personal de los centros que prestan servicios a personas con discapacidad.</p>	●
<p>Proyectos de implantación prioritaria</p> <p>7.2 La atención domiciliaria (incluida su versión más intensiva, la hospitalización domiciliaria) juega un papel fundamental para reducir la necesidad de ingreso de pacientes y favorece la continuidad de la atención de quienes, por diversos motivos, no pueden adherirse a programas de telemedicina. Esta atención domiciliaria es especialmente necesaria en el caso de personas con trastornos mentales graves, o colectivos con necesidades especiales de apoyo como personas con discapacidad intelectual o autismo.</p>	●
Estrategia Galega sobre Discapacidad 2015-2020	Más información
<p>Objetivo operativo 2.4</p> <p>Desarrollar servicios accesibles que favorezcan la autonomía personal de las personas con discapacidad en el proceso de envejecimiento.</p> <p>2.4.4 Creación de un servicio de atención y diagnóstico de salud mental especializado en discapacidad intelectual con presencia en cada provincia.</p> <p>Departamentos administrativos/organismos implicados: Departamento de salud (Servicio Gallego de Salud); Departamento de Política Social (Dirección General de Mayores y Personas con Discapacidad); Entidades locales.</p>	●






Islas Baleares

Plan Estratégico Salud Mental Islas Baleares 2016-2022

Propone 7 metas, 18 líneas estratégicas, orientadas a la consecución de 28 objetivos generales y 100 objetivos específicos. Se identifican 2 líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM

- No se está implementado
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan Estratégico Salud Mental Islas Baleares 2016-2022	Más información
<p>Objetivo específico 48: Mejorar la accesibilidad de los menores con trastornos del neurodesarrollo a los recursos especializados de Salud Mental, de Educación y de Servicios Sociales. Especialmente, los que padecen una discapacidad intelectual o trastornos del espectro del autismo.</p> <p>Acciones a realizar:</p> <p>158. Aumentar el número de consultas especializadas en los centros de educación especializada (CEE). Extender el modelo anterior a las aulas substitutorias de centros específicos (ASCE), a las unidades educativas especiales en centro ordinario (UEECO)¹³¹ y a los centros de protección del menor con menores afectos de trastornos del neurodesarrollo de todas las Islas Baleares.</p> <p>159. Constituir equipos especializados en los diferentes trastornos del neurodesarrollo de forma transversal y suprasectorial, integrados por profesionales de las consejerías de Educación, Servicios Sociales y Salud.</p> <p>160. Mejorar la coordinación entre los profesionales de las consejerías de Educación, Servicios Sociales y Salud para que, a los menores afectos de un trastorno del neurodesarrollo, se les proporcione un programa educativo óptimo adaptado de acuerdo a sus características.</p> <p>161. Establecer protocolos de detección, evaluación y atención de los menores con trastornos del neurodesarrollo en el ámbito de Servicios Sociales, Educación y Salud.</p>	
<p>Objetivo específico 49: Incorporar a los trastornos de la comunicación, a los trastornos específicos del aprendizaje y a los trastornos motores en la cartera de servicios de Salud Mental, mejorando su detección, diagnóstico y tratamiento.</p> <p>Acciones a realizar:</p> <p>162. Establecer mecanismos de cooperación y protocolos de identificación y diagnóstico con los equipos de orientación educativa y pedagógica (EOEP) y con los orientadores para los trastornos antes citados.</p> <p>163. Formar a los profesionales de IBSMIA y el equipo de los trastornos del neurodesarrollo en el diagnóstico y tratamiento de estos trastornos.</p> <p>164. Crear espacios comunes de tratamiento y coordinación con los EOEP y con los orientadores para disminuir, en la medida de lo posible, la discapacidad asociada a estos trastornos.</p>	
<p>Objetivo específico 84. Mejorar la identificación precoz, el diagnóstico y la atención manejo de todos los trastornos del neurodesarrollo para poder establecer intervenciones precoces que han demostrado mejorar el pronóstico.</p> <p>Acciones a realizar:</p> <p>237. Sensibilizar a la población en general acerca de los trastornos del neurodesarrollo mediante una campaña de concienciación y de acciones anti-estigma para disminuir y erradicar el abuso al que se enfrentan estas personas.</p> <p>238. Formar a los profesionales de los recursos ordinarios, especialmente los de Atención Primaria, Salud Mental de adultos, Educación, Servicios Sociales y entidades del tercer sector.</p> <p>239. Formar a los especialistas de Salud Mental en la identificación, diagnóstico y atención a los trastornos del neurodesarrollo y otros diagnósticos asociados.</p>	

- No se está implementado
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

▶ Islas Baleares

<p>240. Desarrollar una estrecha colaboración con los equipos de Neurología, que, muy frecuentemente, atienden a estos/as pacientes.</p> <p>241. Formar a los cuidadores y familiares, a los profesionales de Atención Primaria y de los servicios especializados en la identificación, comunicación y atención de enfermedades en pacientes con trastornos del neurodesarrollo.</p>	
<p>Objetivo específico 85. Establecer un programa de recursos específicos para los casos más graves o más difíciles de tratar dentro de la Red Asistencial de Salud Mental de las Islas Baleares.</p> <p>Acciones por realizar:</p> <p>242. Crear un equipo específico transversal y supra-sectorial de Salud Mental especializado en el diagnóstico y en la atención, tanto de pacientes menores como de adultos afectados de trastornos del neurodesarrollo. El equipo realizará un modo de trabajo comunitario y deberá contar con profesionales de: psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, logopedia y terapia ocupacional. El equipo estará formado por dos grupos de profesionales: uno para atender a pacientes de 0 años hasta que abandonen su etapa formativa, en algunos casos los 21 años, y, otro, para pacientes adultos que ya hayan acabado su etapa formativa.</p> <p>243. Crear una unidad de hospitalización de agudos para adultos con trastornos de neurodesarrollo y trastornos comórbidos de salud mental o alteraciones conductuales graves que los recursos comunitarios ordinarios y/o especializados no pueden atender.</p>	●
<p>Objetivo específico 86. Establecer convenios de colaboración con las empresas del tercer sector y con otros recursos sanitarios que presten atención a las personas con trastornos del neurodesarrollo. La mayoría de los casos más graves o con más discapacidad son atendidos por entidades del tercer sector, muchas de las cuales son asociaciones de padres de personas que sufren estos trastornos.</p> <p>Estas entidades tienen una dilatada experiencia en la atención de estos pacientes y de sus necesidades. La gran mayoría de estas entidades han participado activamente en la elaboración de este Plan Estratégico, específicamente en este apartado.</p> <p>Acciones por realizar:</p> <p>244. Realizar reuniones de coordinación con los representantes de estas entidades para acordar protocolos, intervenciones y guías, siempre guiados por la mejor evidencia científica y formación conjunta.</p> <p>245. Establecer acuerdos de colaboración que permitan visitar a sus usuarios en los recursos que ellos ofrecen a estos pacientes, y recibir información de manera coordinada tanto por parte de los profesionales de salud como de otras entidades.</p> <p>246. Incluir al paciente, según lo que permita su discapacidad, a los padres, educadores y cuidadores en las decisiones sobre su atención.</p>	●

Islas Canarias

Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023

Propone 12 líneas estratégicas, orientadas a la consecución de 25 objetivos generales, 126 objetivos específicos y 496 actividades para su consecución. Se identifican 5 líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM

- No se está implementado
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023	Más información
Se recogen los siguientes objetivos y acciones específicas para personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo:	
Línea estratégica 3: atención a las personas con trastornos mentales. Trastorno mental grave, dentro del objetivo 1.6 se plantea el desarrollo y aplicación de programas de intervención específicos para personas con trastorno mental grave y discapacidad intelectual.	●
Línea estratégica 4: atención a la salud mental infanto-juvenil. Dentro del objetivo 1 se plantea la creación de unidades específicas para evaluación, diagnóstico y tratamiento intensivo, individualizado y continuado de la población con Trastorno del Espectro Autista (TEA) infanto juvenil de Canarias. Dentro de esta misma línea estratégica, se plantea el objetivo 5.2 específico para menores con Trastorno del Espectro Autista (TEA) sobre el diagnóstico precoz e intervención temprana, intensiva, especializada y continuada de los mismos para mejorar el pronóstico, evolución, nivel de adaptación, funcionamiento general y calidad de vida de la población con TEA de Canarias.	●
Línea estratégica 5: atención a la salud mental de personas de avanzada edad. Dentro del objetivo específico 2.1, se incluye la actividad "Realizar formación para que los profesionales de los servicios especializados puedan profundizar en el conocimiento y diagnóstico de los trastornos que acompañan al envejecimiento en personas con discapacidad intelectual, especialmente en el Síndrome de Down".	●
Línea estratégica 7: rehabilitación Psicosocial. En el objetivo específico 1.10, dentro de la actividad "Puesta en marcha, en colaboración con otras administraciones, de un programa para mejorar la atención a las personas con discapacidad intelectual y TMG" en el que se incluye la siguiente nota: "Se considera que el programa debería contener los siguientes elementos: apoyos personalizados, promoción de un entorno óptimo, dignidad de la persona y prevención primaria y secundaria. Como modelo de intervención, se considera especialmente indicado el Apoyo Conductual Positivo, sin que esta consideración tenga carácter restrictivo ni prescriptivo".	●
Línea estrategia 9: salud mental y género. Dentro del objetivo 3 y la actividad 3.4: "Desarrollar un análisis de las necesidades de las mujeres víctimas de violencia de género, en materia de atención psicológica, vías de derivación y coordinación interinstitucional." se añadió como nota: "Debe prestarse especial interés en este análisis de necesidades, así como en las actividades anteriores, a los colectivos de mujeres más vulnerables, como es el caso de las mujeres con discapacidad intelectual, trabajando de forma coordinada con el movimiento asociativo representante de las mismas."	●

- No se está implementado
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Islas Canarias

Coordinación entre salud mental y atención primaria en canarias. documento de consenso.	Más información
<p>Documento creado por un grupo de trabajo constituido por profesionales de todas las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma, tanto de Atención Primaria como de Salud Mental para elaborar un documento consensuado que regulara y homogeneizara la coordinación entre SM y AP. En este documento se indica:</p> <p><i>"El diagnóstico de Retraso mental (actualmente se prefiere el término Discapacidad intelectual) por sí solo no es una indicación de derivación a Salud Mental. Son motivo de derivación los casos en los que exista psicopatología relevante en los mismos supuestos que los pacientes sin dicho trastorno, o bien si existen trastornos graves de conducta no relacionados con existencia de patología orgánica o tóxica y no controlables con abordaje farmacológico-conductual."</i></p>	●

La Rioja

El IV Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja 2021-2025 contempla 7 líneas estratégicas, 62 objetivos y 293 acciones. Se identifican 5 líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM.

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

IV Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja 2021-2025	Más información
<p>Acciones a medio plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dotar de herramientas e instrumentos especializados en la detección de los trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual o del desarrollo. ▶ Mejorar el abordaje de los trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual o del desarrollo mediante la puesta en marcha de sesiones de análisis y evaluación de casos entre los profesionales de la red de salud mental y de las asociaciones que intervienen con ellas. *PPISAM-LR (Programa Plena Inclusión Salud Mental -La Rioja) ▶ Contemplar acciones de humanización de la asistencia (aplicación y actualización tarjeta AA "Acompañamiento y Accesibilidad", protocolo de atención en urgencias, protocolos específicos discapacidad intelectual y trastorno mental, plan de reducción progresiva de intervenciones que van en contra de la voluntad). 	● ● ●
<p>INFANTO-JUVENIL</p> <p>Acciones a medio plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Formar al personal e Incorporar a equipos multidisciplinares para atender perfiles TEA (Trastornos del Espectro Autista) y perfiles de jóvenes con discapacidad intelectual y trastornos mentales y mejorar su valoración y tratamiento desde Salud Mental. ▶ Formación a los profesionales de la USMIJ sobre herramientas de detección, evaluación e intervención con personas jóvenes con discapacidad intelectual y trastornos mentales. 	● ●

Principado de Asturias

El Plan de Salud Mental contempla 3 áreas estratégicas, 15 objetivos generales y 183 acciones. Se identifica 1 línea de actuación para PDIDSM.

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan de Salud Mental 2023-2030	Más información
<p>Objetivo general 3.6: Atender los problemas de salud mental de la población adulta.</p> <p>Acción 3.6.1.3.A el diseño de un subprograma de atención específico para personas con diagnóstico de trastorno mental grave y discapacidad intelectual, que desarrolle circuitos de atención coordinada con las administraciones competentes en la atención a PDID.</p>	●

Región de Murcia

La estrategia de Salud Mental 2023-2026 está planteada en base a 5 Ejes, que se desglosan en 17 líneas y un total de 123 acciones. No se identifican líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Estrategia de Mejora de Salud Mental 2023-2026	Más información
No se mencionan acciones dirigidas a las personas con discapacidad intelectual	●
Programa de acción para el impulso y mejora de la salud mental en la CARM 2019-2022	Más información
<p>Línea estratégica II.5 mejora de la atención a los trastornos mentales infantojuveniles</p> <p>Objetivos y acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el abordaje en la intervención precoz del TEA. - Línea de Acción II.5.1: Elaboración proceso intervención precoz del TEA en los CSM-IJ. - Línea de Acción II.5.2: Implantación del proceso de intervención precoz de TEA. 	●
<p>Mejorar la coordinación Educación –Salud Mental en el seguimiento de pacientes incluidos en el protocolo de regional de TEA.</p> <p>-Línea de Acción II.5.4: Celebración de reuniones de seguimiento Educación-Salud Mental del protocolo de TEA.</p>	●

Se constata

- ▶ A pesar del avance sobre los programas de atención individualizada y sobre las necesidades y la provisión básica de servicios eficientes dirigidos a las PDID reflejados en los Planes de Salud, existe aún en nuestro país una distancia inaceptable entre la planificación y la implementación de un mínimo sistema de atención para estas personas que se ajuste a criterios de equidad transversal (entre territorios y sobre todo en comparación con otros países de la UE) y vertical (en comparación con otros trastornos mentales en la población general).
- ▶ En la mayoría de CC. AA. la atención a este grupo de población se efectúa desde los servicios generales de

salud mental, sin que existan servicios específicos de tipo comunitario u hospitalario. La filosofía subyacente en el modelo de atención tanto social como sanitaria es que los servicios genéricos deben hacerse cargo de la atención especializada a este colectivo y están capacitados para ello.

- ▶ Catalunya (11) y la Comunidad de Madrid (1) disponen de servicios ambulatorios comunitarios especializados.
- ▶ Catalunya (4), Castilla y León (1) y Extremadura (1), disponen de unidades hospitalarias de media estancia especializadas.

Se propone

- ▶ Los agentes responsables de las administraciones autonómicas deben **priorizar la equidad** sanitaria en general y en salud mental especialmente para las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo.
- ▶ Incluir en los presupuestos de la atención a la salud mental los costos de hacer posible y viables las **acciones ya incluidas** en los planes de las CC. AA.
- ▶ La adaptación para proporcionar apoyos a las PDIDSM desde los servicios sanitarios y sociales debe hacerse en base a la premisa de **optimización de los recursos disponibles enfocados a la población general**, no a la creación de nuevas redes, coordinando en los distintos niveles territoriales a los equipos profesionales de ambos sistemas y a los

prestadores de apoyos, consensuando procedimientos e instrumentos de trabajo según las especificidades de las PDIDSM.

- ▶ Garantizar un **uso más racional de los recursos disponibles**, evitando traslados, deslocalizaciones, ingresos y estancias innecesarias.
- ▶ Debe tenerse en cuenta las **peculiaridades del ámbito rural** dadas las dificultades que se encuentran de disponer de personal, tanto sanitario como de cuidados en servicios sociales.
- ▶ Es importante visibilizar **sesgo de género** en el acceso de las PDIDSM a los servicios de salud (Atención Primaria y Salud Mental).

6.4 Estrategias de coordinación sociosanitaria dirigidas a la elevada complejidad en salud mental

Importante

CDPD - Artículo 4: Obligaciones generales

Los Estados deben tomar todas las medidas apropiadas para garantizar que los sistemas sanitarios y sociales trabajen de manera conjunta para asegurar una atención integral, accesible y respetuosa de los derechos de las personas con discapacidad intelectual, promoviendo su inclusión y bienestar en todos los aspectos de la vida. Deben tener en cuenta:

- **Enfoque interdisciplinario:** Las políticas y programas deben ser diseñados desde un enfoque interdisciplinario que combine recursos sociales y sanitarios, asegurando un apoyo continuo y coherente.

- **Apoyos centrados en la persona:** La coordinación debe basarse en un modelo centrado en las necesidades individuales, respetando la autonomía y las preferencias de las personas con discapacidad intelectual.
- **Evitar la fragmentación:** La falta de coordinación puede conducir a un acceso desigual y a resultados deficientes; la Convención exige una integración fluida entre los servicios.
- **Prevención y apoyo proactivo:** La colaboración entre sectores permite detectar y abordar las necesidades antes de que se conviertan en crisis, promoviendo una mejor calidad de vida.

¿Qué significa complejidad en Salud Mental?

Complejo no es una etiqueta que debemos darle a una persona. Debemos reconocer que es una descripción de la complejidad de herramientas de las que disponemos actualmente para la respuesta necesaria para satisfacer sus necesidades. La respuesta del servicio es de naturaleza compleja porque requiere la colaboración de al menos dos, si no tres o cuatro servicios desde un enfoque transversal.

Siguiendo a Snowden y Boone (2007), entendemos por situaciones complejas aquellas en las que la persona presenta un alto grado de inestabilidad que podría requerir medidas de estabilización para evitar que se puedan presentar situaciones caóticas con un elevado impacto negativo para la propia persona, su entorno relacional o de convivencia, la comunidad y la sociedad en su conjunto.

Necesidades complejas

Conjunto de condiciones que es necesario garantizar para que la salud o las condiciones sociales de las personas se acuerden con la opinión de los profesionales, las expectativas sociales, los recursos y la capacidad de respuesta de los responsables de las políticas públicas de bienestar

Cuando las necesidades son de gestión difícil

Corresponden a situaciones en las que los protocolos establecidos habitualmente no se adaptan, existen divergencias de opinión, se presentan situaciones en las que se debe dar respuesta muchas veces de forma urgente y a menudo innovadora, poniendo de relieve la importancia de una visión global compartida, concretada en la capacidad del trabajo en red, de forma coordinada y colaborativa en múltiples niveles de intervención: entre profesionales, entre instituciones sociales y sanitarias, entre la iniciativa social, pública y privada, entre los distintos tipos de recursos, etc.

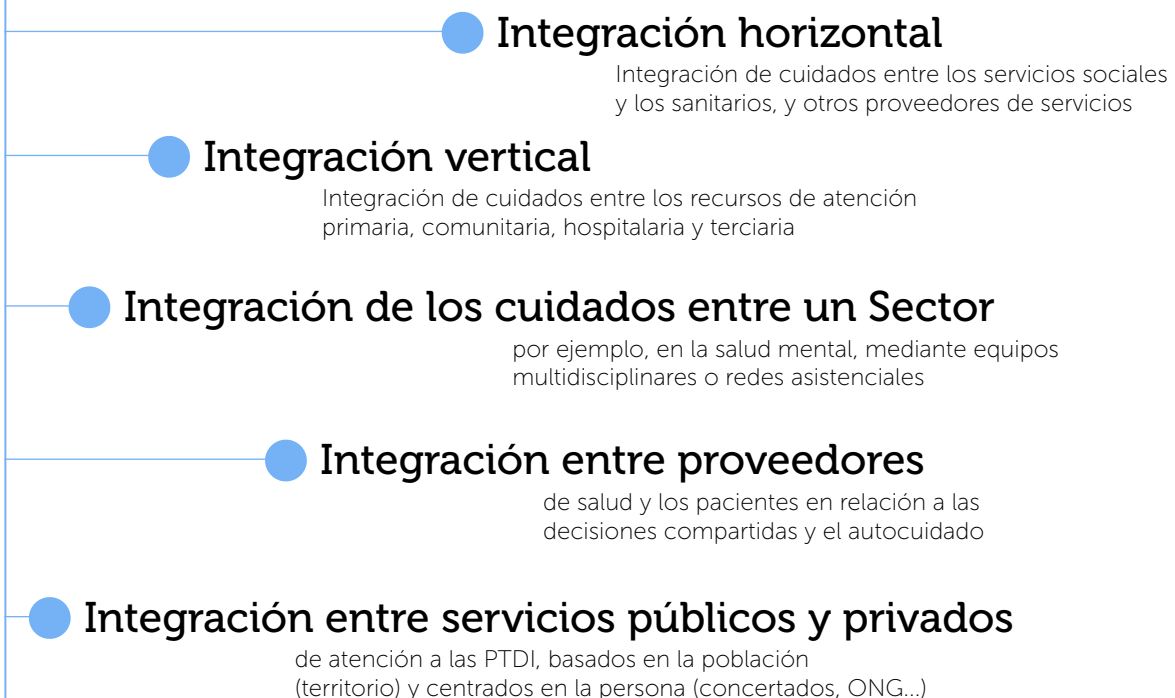
El paradigma de **atención integrada** es especialmente aplicable a la atención a personas con necesidades complejas entre las que se encuentran las PDIDSM. A menudo, además de presentar necesidades simultáneas de atención de la salud y de atención social, suelen necesitar cuidados especializados en una intensidad y frecuencia superior a la que habitualmente necesitan las demás personas. (Álvarez Rosete, A., & Jiménez Lara, A. 2018).

Como elemento esencial de este modelo, cabe destacar el concepto de **coproducción de servicios y apoyos**, puesto que la coproducción requiere “de la prestación de servicios públicos en una relación igualitaria y recíproca entre profesionales, personas usuarias de los servicios, sus familias y las redes vecinales y comunitarias. Cuando las actuaciones son coproducidas así, tanto los servicios como las comunidades se convierten en agentes de cambio y, finalmente, de prevención de un escenario de mayor complejidad” (Modelos integrados de atención a la discapacidad). (Goodwin, 2010).

Puntos clave en la integración del cuidado basado en la evidencia (Goodwin & Smith, 2010):

doi.org

The Health and Social care



¿Existe algún Plan de **Atención a la Cronicidad** (TMG, Demencia, etc.) de coordinación socio-sanitaria para la población general en las CC. AA?

¿Existe algún Plan/Estrategia de Atención a la Cronicidad específico dirigido a las personas con DID en las CC. AA?

¿Las personas con DID están incluidas?

Planes / Estrategias Elevada Complejidad en Salud mental. CC. AA.



- Incluye PDID
- No incluye PDID

Andalucía

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Personas con Discapacidad Intelectual y Trastorno Mental Grave atención de casos complejos. 2021 (Protocolo)	
<p>Desde la Coordinación del Plan de Salud Mental de Andalucía, con la coordinación de la Escuela Andaluza de Salud Pública, se propuso formar un Grupo de Trabajo que formulara recomendaciones mínimas para mejorar el trabajo de atención a este colectivo.</p> <p>Objetivos: Consensuar criterios de gravedad de casos en personas con DI y TM. Consensuar los criterios de priorización de intervención por parte de la Comisión Asesora. Consensuar criterios para inclusión en el censo de casos complejos Identificar abordajes clínicos. Elaborar un Documento breve que sea de utilidad para el trabajo desde las UGC SM. Definir los mecanismos de coordinación y comunicación con las Entidades Prestadoras.</p>	<div style="margin-bottom: 20px;">●</div> <div>●</div>
Estrategia andaluza para la coordinación sociosanitaria, Junta de Andalucía 2022	
<p>Las personas con problemas de salud mental, en su mayoría jóvenes, con trastornos de conducta, sufren una sucesión de ingresos hospitalarios y búsqueda de alojamientos por claudicación familiar, frecuentadores de múltiples servicios, y con un elevado riesgo de abandonos continuos de tratamiento, incluso entrada en procesos judiciales. Pero también se necesita:</p> <p>Atención a colectivos con mayor vulnerabilidad para desarrollar trastornos mentales, como las personas mayores, especialmente las que viven solas y con discapacidad intelectual, entre otros.</p> <p>Es necesario priorizar el impulso de una atención integral a las personas con necesidades de apoyo asistencial intenso y complejo, coordinando de modo continuo y sistemático los servicios sanitarios y los sociales, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinarios e intersectoriales, que garantice la continuidad de los cuidados, con la máxima participación de la persona y de su entorno, mediante la elaboración y aprobación, desde el consenso, de la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria que optimice los recursos existentes en aras de mejorar la salud y el bienestar social de la población, dando así cumplimiento al Acuerdo de 23 de marzo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia, publicado en el BOJA núm. 58, de 26 de marzo de 2021.</p>	<div style="margin-bottom: 20px;">●</div>

Más información

Andalucía

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

II Plan de acción integral para las personas con discapacidad en Andalucía (2011-2013)	Más información
<p>Acción 1.2 Incorporar a las entidades locales, al movimiento asociativo y otros grupos de interés (tercer sector, entidades privadas, organizaciones sindicales y empresariales...) en el proceso de construcción de la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria</p>	●
<p>Acción 1.4 Mantener las Comisiones Provinciales para la coordinación en materia sociosanitaria</p>	●
<p>Acción 1.5 Constitución y coordinación de los equipos locales intersectoriales</p>	●
<p>Estrategia de actuación: Mejora de la atención por los servicios sociales. Objetivo nº 7. Mejorar la atención a personas con discapacidad intelectual y graves trastornos de conducta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividad nº 7.1. Aplicar los protocolos de actuación con las personas con discapacidad intelectual y graves y continuados trastornos de conducta en la red de centros residenciales y de atención diurna. • Actividad nº 7.2. Implicar a los servicios públicos de salud mental. • Actividad nº 7.3. Dar un carácter temporal a las estancias en centros residenciales específicos personas con discapacidad intelectual y graves trastornos de conducta. • Actividad nº 7.4. trabajar en red intersectorialmente con todos los agentes intervinientes en su atención: Salud, justicia, y Servicios Sociales. 	●

Aragón

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan de Salud Mental 2017-2021	Más información
<p>Personas con TMG y Discapacidad Intelectual Planteamos el objetivo de crear un sistema de gestión asistencial de pacientes, así como de los recursos necesarios, en el ámbito de la coordinación ente el sistema sanitario y el social, para la atención a personas con discapacidad intelectual con enfermedad mental y/o trastornos de conducta que, por diversos motivos, no son adecuadamente atendidos ni en los servicios de la red sanitaria ni en los de la red de servicios sociales.</p>	●

Aragón

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

<p>No se considera necesario crear una red asistencial completa paralela a la existente en salud mental y en servicios sociales para la atención a este grupo de pacientes, sino mantener la atención a los mismos dentro de los servicios existentes a excepción de una atención diferenciada para casos concretos y en determinados momentos del proceso asistencial mediante la participación conjunta y colaboración coordinada de todas las instituciones que intervienen en la atención a este tipo de pacientes, aprovechando al máximo los recursos existentes de todas las entidades involucradas, tanto materiales como de recursos humanos.</p> <p>Para dar respuesta a las necesidades de esta población se requiere de un abordaje interdisciplinar integrador que implica el estudio de creación de dos nuevos recursos:</p>	●
<p>Acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estudio para la puesta en marcha de un programa específico para la coordinación asistencial ambulatoria y de hospitalización para pacientes con TMG y discapacidad intelectual. Finalización 2019 2. Estudio para la puesta en marcha de una unidad específica para ingreso de pacientes con discapacidad intelectual y trastornos graves de conducta asociados. Finalización 2019 	●
<p>Plan Salud Mental 2022-2025</p>	<p>Más información</p>
<p>Línea estratégica 3: SALUD MENTAL EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA Actuación 3.5</p> <p>Generar un espacio de colaboración entre las administraciones con competencia en atención temprana y educación dirigida a la atención de usuarios/as con trastornos del espectro autista (TEA). Se busca fomentar el intercambio de información, la toma de decisiones conjunta y la alineación de las intervenciones entre distintos ámbitos que tienen el mismo peso y trascendencia en el desarrollo de los/as menores. En especial, se propone crear un espacio de trabajo interdepartamental, así como la capacitación y actualización técnica de los profesionales de Salud Mental Infantojuvenil en ámbitos concretos como los trastornos del espectro autista o la discapacidad intelectual.</p>	●
<p>Línea estratégica 7. Actuación 7.3 :</p> <p>Generar modelos de atención en colaboración con servicios sociales a personas con enfermedad mental susceptibles de intervenciones integrales en las que participen ambos ámbitos.</p> <p>Son múltiples los escenarios personales vinculados a la enfermedad mental en los que las áreas social y sanitaria se encuentran imbricadas, no pudiendo ser comprendida la situación sin obtener información de ambas fuentes, ni desarrollar un itinerario de recuperación sin un planteamiento unificado y conjunto. Se trata de los ámbitos de Protección y Reforma de menores, Dependencia y gestión de centros, Discapacidad o Tutela de adultos, así como a todas las competencias existentes en el ámbito comarcal y municipal.</p> <p>Se apuesta por mantener y afianzar los nexos generados entre ambos dominios en los últimos años, bajo la influencia del Plan de Salud Mental previo, estructurando los encuentros de trabajo existentes, dotándolos de contenido y periodicidad, y designando interlocutores en ambas esferas. Asimismo, la aplicación de desarrollos tecnológicos conjuntos permitirá superar la fragmentación y pérdida de la información y mejorar con creces la accesibilidad a los/as profesionales.</p>	●

Aragón

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Concierto para la rehabilitación psicosocial y laboral de los pacientes con Trastorno Mental Grave en la Comunidad Autónoma de Aragón. 2017		Más información
<p>Las entidades del tercer sector gestionan plazas concertadas del Servicio Aragonés de Salud, motivo por el cual existe un mayor grado de coordinación de la Administración pública con las organizaciones que apoyan a personas con enfermedad mental.</p> <p>Existe una Subcomisión de ingresos para cada sector, integrada por profesionales públicos y privados.</p> <p>Las organizaciones que apoyan a las personas que disfrutan de estas plazas (CD, EAS, Pisos asistidos) mantienen periódicamente reuniones con los psiquiatras de referencia. Hay que decir que estas reuniones no están protocolizadas ni son "obligatorias", por lo que queda a la buena voluntad de los profesionales de psiquiatría. Así, por ejemplo, el equipo A del Hospital Royo, se reúne cada 2 meses con profesionales de los recursos.</p>	●	
Cartera de Servicios de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes del Sistema de Salud de Aragón		Más información
<p>Instrumento orientado a la prevención de las situaciones de dependencia y a la coordinación de todos los recursos asistenciales implicados en el tratamiento de estos enfermos.</p> <p>Las personas dependientes son las que tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual.</p>	●	
Ley 5/2019, de 21 de marzo, de derechos y garantías de las personas con discapacidad en Aragón		
<p>Artículo 13. Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinarse con los servicios sociales para prestar una atención integral a las necesidades de las personas con discapacidad. - Incorporar un profesional único de referencia que sirva de vínculo entre los diversos profesionales socio sanitarios que atienden a la persona con discapacidad para mejorar la atención sanitaria y reducir la carga de cuidados soportada por la familia. <p>Art 30, punto ñ</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las prestaciones de servicios sociales destinadas a la población con discapacidad se regirá por "La coordinación con los servicios públicos de salud, de educación, de empleo, de formación, de vivienda, de la administración de justicia y de aquellos otros que puedan confluir con los servicios sociales en áreas concretas de la intervención social, con especial incidencia en la atención temprana". 	● ● ●	

Aragón

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

I Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad de Aragón 2021-2024		Más información
<p>Objetivo específico 1.1.4 Impulsar acciones formativas para empleados públicos que proporcionen un mejor conocimiento de las personas con discapacidad. Actuaciones: Formación y acciones de sensibilización sobre discapacidad física-orgánica, intelectual, y/o del desarrollo, mental, auditiva y visual, dirigidas al personal al servicio de la Administración de Justicia y sus colaboradores.</p>	●	
<p>Objetivo específico 3.2.4 Impulsar nuevas formas de gestión y experiencias piloto. Actuaciones: Puesta en marcha de una red piloto de pisos para extutelados con discapacidad intelectual ligera o media, dentro del programa de transición a la vida independiente</p>	●	

Cantabria

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Estrategia de Coordinación para la Atención Integrada Social y Sanitaria 2019-2022		Más información
<p>Cantabria ha apostado por un modelo de integración de la atención a las necesidades sociales y sanitarias de las personas con perfil sociosanitario, derivadas de procesos crónicos y complejos, en el que cada sistema, sanitario y social, aporten coordinadamente los recursos y profesionales que permitan dar la respuesta más ajustada y eficiente a cada caso individual y asegurando de forma eficiente la continuidad de los cuidados.</p> <p>Grupos de personas en los que la coordinación de servicios sociales y sanitarios es imprescindible para atender adecuadamente sus necesidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personas mayores frágiles y dependientes. - Personas con trastorno mental severo. - Personas con enfermedades crónicas y/o invalidantes. - Personas con enfermedades terminales. - Las personas menores de edad en situación o riesgo de desprotección, trastornos del comportamiento o en medida de acogimiento derivada de la desprotección. - Las mujeres víctimas de violencia de género y sus hijos e hijas. <p>No se detectan líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM</p>	●	

Castilla la Mancha

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan de Salud Mental en Castilla la Mancha 2018-25	Más información
<p>Objetivo general 3.2. Ofrecer programas asistenciales integrados orientados a la continuidad asistencial</p> <p>Objetivo Específico 3.2.1. Atención a la patología mental grave persistente compleja Acción 8. Planificar la atención integrada sanitaria social para personas con patología mental refractaria y/o patología dual con adicciones, discapacidad intelectual u orgánica cerebral. Agentes implicados: DGPOI, FSCLM, SESCAM</p>	●
Fundación Sociosanitaria de Castilla la Mancha (FSCLM)	Más información
<p>Desde el año 2001, la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha tiene por misión la prevención, la rehabilitación y el apoyo social y laboral de las personas que padecen trastornos mentales u otras enfermedades de larga evolución y/o en riesgo de exclusión social. No se incluyen las personas con discapacidad Intelectual.</p>	●

Castilla y León

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Gerencia Regional de Salud, 2020

Más información

Garantizar el acceso y la continuidad de cuidados, a través de la coordinación interdisciplinar, de aquellas personas con un Trastorno Crónico Complejo en SM, para los que se hace necesario una mayor intensidad en las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras, atendiendo sus necesidades en su entorno familiar habitual, y contribuir a mejorar estabilidad clínica, favoreciendo la autonomía e integración comunitaria, obteniendo como resultado una reducción de recaídas e ingresos hospitalarios.

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

2.1 Duración de la enfermedad

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

2.2 Diagnóstico médico

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

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

Con exclusión de aquellos casos que tengan como diagnóstico único:



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

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






Castilla y León




- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, 2018	Más información
<p>Aunque lo más frecuente es que la cronicidad se relacione con las enfermedades crónicas y degenerativas más asociadas al envejecimiento, conviene recordar que también está relacionada con otros trastornos como enfermedades congénitas, enfermedades neurológicas y mentales, discapacidad psíquica, discapacidad sensorial, etc. que comienzan a edades más tempranas y se mantienen a lo largo de la vida, pero que conllevan, de igual modo, necesidades asistenciales, pérdida de autonomía y situaciones de dependencia.</p> <p>la Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León ha priorizado los procesos crónicos de mayor prevalencia e impacto en los ciudadanos y en el sistema sanitario, habiendo seleccionado en una primera fase los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Enfermedades del área cardiológica: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y arritmias. ▶ Ictus. ▶ Enfermedades neurodegenerativas y demencia. ▶ Diabetes. ▶ Enfermedades respiratorias: EPOC y asma. ▶ Enfermedades del área digestiva: enfermedad inflamatoria crónica y hepatopatías crónicas. ▶ Enfermedades osteomusculares: artrosis, osteoporosis y artritis. ▶ Enfermedades mentales: trastornos psicóticos, depresión mayor crónica. ▶ Enfermedad renal crónica. <p>No se detectan líneas de actuación dirigidas a las PDIDSM</p>	
Ley 8/2010, de 30 de agosto de Ordenación Sanitaria de Castilla y León	Más información
<p>Artículo 23, dedicado a la Atención sociosanitaria, se indica que está comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características y vulnerabilidad pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social (punto 1) (...) El Sistema Público de Salud de Castilla y León y el de Servicios Sociales coordinarán sus servicios y recursos a fin de dar continuidad y respuestas integradas a las necesidades sociosanitarias de los ciudadanos (punto 4).</p> <p>Artículo 54, referente a las estrategias de salud y programas sanitarios especiales, establece que las estrategias regionales relacionadas con la salud elaboradas por la Consejería competente en materia de sanidad irán dirigidas a los problemas de salud más prevalentes, a los más relevantes, a los que supongan una especial carga sociofamiliar, a grupos específicos de pacientes reconocidos sanitariamente como de riesgo, a los grupos de personas con especial vulnerabilidad, a los enfermos crónicos e invalidantes y a aquellos problemas que, por sus especiales características deban abordarse con una perspectiva de intervención regional, garantizando una atención sanitaria integral. Así mismo señala, que los grupos de personas en situación de especial vulnerabilidad: niños, personas mayores, víctimas de maltrato, los drogodependientes, las personas que padecen enfermedades mentales, las que padecen enfermedades crónicas e invalidantes, las personas con discapacidad física, psíquica o sensorial y las que pertenecen a grupos específicos de riesgo, serán objeto de actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes (punto 1 y 2).</p>	

Catalunya

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

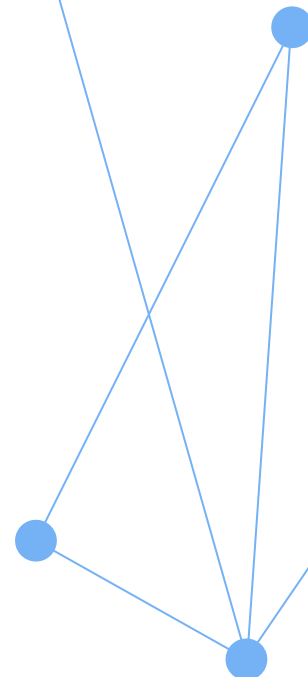
PAIcSaMAEC. Programa de abordaje integral de los casos de salud mental y adicciones de elevada complejidad	
<p>Estrategias de Acción Priorizadas</p> <p>Objetivo 1. Ofrecer a las personas y familia el apoyo y acompañamiento necesario para potenciar su autonomía personal y garantizar sus derechos. Sensibilización y formación de profesionales de todos los departamentos implicados (Salud, Educación, Social y Justicia), sobre los derechos humanos y el respeto de las personas con problemas de SMiA y discapacidad intelectual que deben adoptarse con los casos de elevada complejidad según los Quality Right de la OMS, la Convención de Nueva York y normativa recientemente aprobada en materia de fomento de la autonomía en el proceso de toma de decisiones (formación y acreditación de entidades y profesionales).</p>	
<p>Acceso a la vivienda y promoción de vida independiente Modificar cartera de Servicios Sociales para promover modelos comunitarios de vivienda para personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental/ trastornos de conducta de elevada complejidad. (Efectuar pruebas piloto "Next Generation")</p>	
<p>Atención a la discapacidad intelectual Ampliación de la red de discapacidad intelectual, SEMSDI en psiquiatría infantil Finalizar el despliegue de dispositivos asistenciales Red Especializada en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual (UHEDI Catalunya Central y Vallès Oriental/occidental). Incrementar la dotación de recursos humanos del SESMDI (psicólogos y trabajadores/as sociales)</p>	
PROGRAMA DID - Justicia	
<p>El programa DID da servicio a los internos con discapacidad intelectual y el desarrollo de todos los centros penitenciarios de Cataluña. A través de la UTE (Ampans- Fundació Creativa Catalònia), desde septiembre de 2019 gestiona el servicio impulsado por el departamento de Justicia de la Generalitat de Catalunya.</p> <p>El servicio ofrece los soportes adaptados para que las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, que se encuentren privadas de libertad, se puedan adaptar a los centros penitenciarios y posteriormente reinsertarse en la sociedad, con las mismas garantías que el resto de personas internas.</p> <p>La complejidad de la estructura organizativa de las prisiones sumada a la situación de discapacidad intelectual y del desarrollo supone que estas personas sean más vulnerables respecto al resto de internos y que, a la salida de prisión, tengan mayores dificultades en el regreso a la comunidad ya la inclusión social. El Programa DID cuenta con profesionales de los ámbitos de la educación social, la psicología, el trabajo social y la inserción laboral. Los internos que forman parte del programa son personas con discapacidad intelectual y del desarrollo que han aceptado formar parte del programa.</p> <p>En muchos casos, existe una tarea previa de los profesionales de los centros penitenciarios en la detección y la tramitación para la obtención del certificado de discapacidad para las personas que nunca han sido diagnosticadas.</p>	

Plan Integral de Atención a las personas con Autismo. 2013	
<p>Unidades Funcionales TEA (UFTEA): La creación de unidades funcionales en cada territorio (18 unidades año 2018) tiene como base el trabajo en red y la necesidad de garantizar una asistencia continuada de 0 a 18 años. También deben reflejar el trabajo coordinado entre los diferentes recursos orientados a la infancia y adolescencia y deberían definirse siguiendo unos criterios generales y adaptaciones específicas en cada territorio para aquellos casos más graves, como son los niños y adolescentes con TEA.</p> <p>La unidad funcional no es un recurso de nueva creación, sino la integración de profesionales de los servicios existentes para realizar una tarea asistencial concreta, tal y como se describe en este plan, tanto en la parte del diagnóstico como en la elaboración del PAI que incluirá, de forma consensuada, los distintos tipos de intervención.</p> <p>La Unidad Funcional especializada en TEA es un espacio organizativo integrado, que se constituirá en cada uno de los territorios, con los profesionales referentes de cada dispositivo asistencial especializado: CDIAP, CSMIJ, EAP, Neuropediatría y Pediatría. Cada dispositivo designa al profesional referente para formar parte de la Unidad Funcional, que deben ser expertos/as en TEA de cada equipo y que tendrán que destinar un tiempo específico para la evaluación y el diagnóstico, la asistencia y la coordinación. En los territorios donde exista un CEE especializado en trastornos del desarrollo o de otros servicios públicos de diagnóstico también incluirán a un profesional referente por la Unidad Funcional.</p> <p>Así pues, el equipo de la unidad funcional es una organización pluridisciplinar, especializada en TEA, de referencia en el territorio y lo componen un profesional referente de cada disciplina: psiquiatría, psicología clínica, del servicio educativo, pediatría, neuropediatría, enfermería, y trabajo social. Dado que el número y el tipo de recursos en los territorios no es uniforme, la procedencia de los profesionales puede ser diversa.</p> <p>Objetivos de la unidad funcional: Garantizar la gestión del proceso asistencial en niños y adolescentes con TEA: detección, diagnóstico y tratamiento. Establecer la función de liderazgo. Apoyar a los profesionales y servicios de atención primaria para la detección del trastorno. Impulsar el trabajo en red, incluir en el tratamiento los distintos recursos educativos y sociales necesarios en el territorio. Desarrollar espacios de seguimiento y soporte a las familias. Formación y docencia. Establecer un compromiso de formación continuada con TEA de los profesionales de la UF y desarrollar programas de formación en TEA para los profesionales de los centros ordinarios. Realizar programas de investigación comunes.</p>	
<p>Hospitales de día de alta especialización en TEA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona ▶ Hospital Clínico. Barcelona ▶ Hospital Mútua de Terrassa 	
<p>Unidad de hospitalización suprasectorial de alta especialización en TEA.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hospital Mútua de Terrassa 	

Catalunya

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Otros programas relacionados con la salud en PDID	
<p>Unidad Alzheimer-Down. Hospital de San Pablo, Barcelona.</p> <p>La Fundación Catalana Síndrome de Down y el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, crearon en diciembre de 2014 una unidad multidisciplinar pionera a nivel mundial, la unidad Alzheimer-Down, conformada por especialistas en neurología, neuropsicología, enfermería y trabajo social. Esta unidad está reconocida por la Generalitat de Catalunya y es la unidad de referencia en Catalunya para la patología neurológica asociada al síndrome de Down. Su objetivo principal es un cribado poblacional para la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer en esta población. la Unidad Alzheimer-Down desarrolla un programa de investigación, el proyecto "Down Alzheimer Barcelona Neuroimaging Initiative" (DABNI). Es un estudio intensivo de biomarcadores que incluye resonancias magnéticas, tomografía por emisión de positrones, punciones lumbares, analíticas sanguíneas y genéticas, así como estudios de sueño en polisomnografías. El objetivo del proyecto DABNI es desentrañar los mecanismos que conducen a la demencia tipo Alzheimer en el síndrome de Down.</p>	●
<p>Unidad de Tratamiento del Trastorno del Espectro Alcohólico-Fetal (UneSAF). Hospital Clínico, Barcelona</p> <p>La Unidad de TEAF (UneSAF) está formada por profesionales de diferentes disciplinas, referentes internacionales, con más de 15 años de experiencia en el diagnóstico y seguimiento de los niños afectados por este trastorno.</p>	●



Comunidad de Madrid

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2022-2024	
9.4.1.2. Formalizar la Comisión Sociosanitaria para la gestión de los casos de trastorno mental con discapacidad intelectual de mayor complejidad.	●
PROGRAMA DID - Justicia	
<p>Unidad penitenciaria especializada. Estremera.</p> <p>El módulo específico para reclusos con discapacidad intelectual o del desarrollo del Centro Penitenciario Madrid VII se inauguró en el año 2009, gracias a él se permite que convivan en el módulo presos con discapacidad intelectual o del desarrollo junto con internos comunes a los que preparamos para hacer funciones de apoyo. Los objetivos de la intervención tienen un perfil comunitario, y por ello se trabaja tanto con la personas con discapacidad intelectual como con aquellas personas que mantengan alguna relación con ellas. En este sentido, el módulo de apoyo permite a los reclusos con discapacidad intelectual realizar las mismas actividades que el resto de los internos y disfrutar del uso de las instalaciones del centro.</p> <p>Actualmente hay 21 personas con discapacidad intelectual límite y ligera, la media de edad son 33 años y hay varias personas pendientes de tener un diagnóstico oficial, es decir, se ha detectado en el centro penitenciario sus necesidades de apoyo y después de una primera valoración por parte de Plena Inclusión es derivado a Centro Base.</p>	●
Unidades de Apoyo a las Residencias de Atención Primaria	Más información
Las Unidades de Atención a Residencias (UAR) de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria son equipos multidisciplinares de apoyo a los centros salud que proporcionan atención sanitaria presencial a los usuarios que viven en residencias de la Comunidad de Madrid.	●
Programa de enlace clínico de salud mental en centros escolares	Más información
La Fundación Alicia Koplowitz diseña un programa que acerca la atención en salud mental a colegios e institutos de la Comunidad de Madrid. El programa se desarrolla en colaboración con la Comunidad de Madrid y el Hospital Gregorio Marañón. Se amplía a los Centros de Educación Especial con la creación de un equipo formado por cinco especialistas en pedagogía terapéutica, una especialista en audición y lenguaje, una orientadora, una psiquiatra, una psicóloga clínica y una enfermera especializada en salud mental, que atiende a los 69 Centros de Educación Especial (CEE), públicos y concertados de la Comunidad de Madrid.	●

Comunidad Foral de Navarra

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

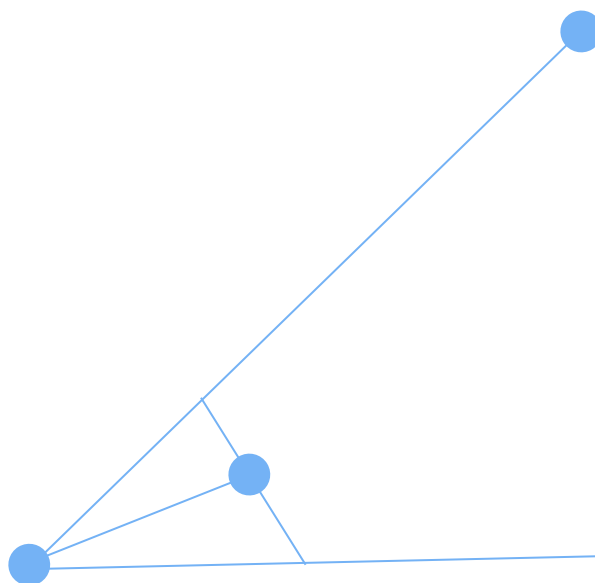
III Plan de Salud Mental 2019 – 2023

Más información

Objetivo 27. Mejorar la oferta de recursos sociales y sociosanitarios para personas con Trastorno Mental Grave.

Líneas de acción:

- ▶ Potenciar la capacidad planificadora y ejecutiva de la comisión mixta Derechos Sociales-Salud Mental para el Trastorno Mental Grave. (Gerencias de Salud Mental, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Derechos Sociales y Fundación Tutelar)
- ▶ Incremento de la oferta de servicios sociosanitarios y sociales, primando los de tipo comunitario sobre los residenciales.
- ▶ Diferenciación de las plazas residencia asistida para personas con enfermedad mental grave por perfil de paciente: patología dual, discapacidad intelectual y daño cerebral adquirido.
- ▶ Creación de dispositivos sanitarios y sociales destinados al mantenimiento de las personas con Trastorno Mental Grave en su entorno comunitario.
- ▶ Evaluar la necesidad, junto con los Departamentos de Educación y Derechos Sociales, de crear un circuito asistencial integral e integrado de menores con trastornos del neurodesarrollo que cursen con trastornos de conducta (déficit intelectual y trastornos del espectro autista), que incluya la atención residencial.
- ▶ Seguimiento de las personas en residencias asistidas para personas con enfermedad mental por parte de los centros de salud mental.
- ▶ Evaluar la necesidad, junto con los Departamentos de Educación y Derechos Sociales, de crear un circuito asistencial integral e integrado de menores con trastornos del neurodesarrollo que cursen con trastornos de conducta (déficit intelectual y trastornos del espectro autista), que incluya la atención residencial.



Comunitat Valenciana

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027		Más información
No se identifican acciones dirigidas a las PDIDSM de elevada complejidad		●
Plan de atención integral a las personas con trastorno mental grave 2018-2020		Más información
<p>6.1. Definición de Trastorno Mental Grave. ...Además de estas dimensiones, hemos incorporado en este Proceso Asistencial Integrado las condiciones de salud física, comorbilidad con otros trastornos mentales, adicciones y discapacidad intelectual, como determinantes de complejidad de las personas con PSMG.</p> <p>Objetivo 1: Disponer de una red de atención sanitaria y social para prestar una atención integral e integrada, que garantice la continuidad de los cuidados, basada en el modelo de recuperación y orientada a la plena inclusión social.</p> <p>Elaborar programas y procesos de atención específicos para grupos específicos: infancia y adolescencia, personas en cumplimiento de condena, personas con discapacidad intelectual, personas con patología dual.</p>		●
SASEM – servicio de atención a personas con diversidad funcional y específico de personas con problemas crónicos de salud mental.		Más información
<p>La Ley 3/2019, de 18 de febrero, de la Generalitat, de servicios sociales inclusivos de la Comunidad Valenciana detalla en el artículo 18.2 cuales son los servicios sociales de atención primaria de carácter específico. En este se desarrolla el servicio de atención a personas con diversidad funcional o discapacidad y específico de personas con problemas crónicos de salud mental.</p> <p>Programas de promoción de la autonomía personal para personas con diversidad funcional Estos programas desarrollarán la prevención, diagnóstico e intervención en situaciones de diversidad funcional o discapacidad, dependencia, vulnerabilidad o discriminación, fomentando las relaciones de convivencia. Estarán dirigidos a la población general que en cualquier momento de su ciclo vital necesitan la intervención planteada.</p> <p>Este programa-servicio se lanzó desde la Conselleria de Diversidad Funcional y Salud Mental. La gestión depende de los diferentes ayuntamientos, área de servicios sociales.</p> <p>Aquellas localidades que lo tienen en marcha son: Onteniente, Játiva, Alcoy, Llíria, Bétera, La Pobla de Vallbona y Riba Roja del Túria). La ciudad de Valencia tiene previsto ponerlo en marcha, en breve.</p> <p>Dentro de los criterios de las personas beneficiarias está el de personas que pueden tener reconocida una discapacidad o grado de dependencia. Por tanto, en la teoría las personas con DI sí están incluidas, pero en la práctica no se ha realizado ninguna demanda al servicio, pero por la información que tienen creen que están atendiendo solamente a personas con enfermedad mental.</p>		●

Comunitat Valenciana

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Centro de referencia estatal de Atención Psicosocial a personas con Trastorno Mental Grave de Valencia (CREAP). IMSERSO	Más información
<p>Centro avanzado en la promoción, desarrollo y difusión de conocimientos, experiencias innovadoras y métodos especializados de intervención, y como centro de alta especialización en servicios de prevención, promoción de la autonomía personal y atención integral a las personas con trastorno mental grave en situación o en riesgo de dependencia y a sus familias cuidadoras.</p> <p>Sus principales personas beneficiarias son personas con trastorno mental grave, pero en algunas reuniones que hemos mantenido con la dirección sí que nos han expresado que entre las plazas de su servicio de atención residencial tienen alguna persona con DI y enfermedad mental.</p>	●

Euskadi

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024	Más información
<p>Desarrollo de actuaciones específicas orientadas a las debilidades estructurales en la atención a los diferentes colectivos diana sociosanitarios (situaciones de dependencia, discapacidad, exclusión social, necesidades especiales de desarrollo, situaciones de vulnerabilidad y desprotección, coordinadas con estrategias sectoriales. Las acciones se orientarán según al colectivo diana al que se dirijan, pudiéndose señalar las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Impulsar de la accesibilidad de personas con discapacidad en el sistema sanitario y en el social, mediante acciones de sensibilización y no discriminación. ▶ Favorecer la atención domiciliaria de las personas en situación de dependencia en base a nuevos modelos sostenibles de prevención, atención y cuidados. ▶ Avanzar en la coordinación intersistemas para la atención de personas en situación de exclusión y vulnerabilidad social. ▶ Promover la monitorización y sensibilización de las necesidades que presentan las personas en situación de desprotección a partir de la utilización de los instrumentos pertinentes. ▶ Colaborar en el desarrollo de actuaciones que mejoren la calidad de vida de otros colectivos diana de la atención sociosanitaria como personas con problemas de salud mental y adicciones, con enfermedades raras, privadas de libertad o personas que se encuentren en una situación de final de vida, entre otros. 	●
<p>En el caso de la atención a pacientes con enfermedad crónica específica en Euskadi se han desarrollado una serie de recursos específicos sociosanitarios a los que se accede a través de la comisión de valoración y orientación sociosanitaria y que fundamentalmente atienden a pacientes diagnosticados de psicosis y unidades para personas con discapacidad intelectual, trastorno mental y trastornos del comportamiento severos.</p>	●
Plan sociosanitario de Bizkaia 2023-2026	Más información
<p>Título G2 – Convenios sociosanitarios para la mejora de la respuesta sociosanitaria territorial. Objetivo: 1. Colaboración de las distintas instituciones para el desarrollo de una respuesta conjunta a las necesidades sociosanitarias de los distintos territorios (enfermedad mental, prestación sanitaria en residencias de personas mayores, discapacidad y unidades sociosanitarias) Convenio de colaboración financiera con DFB para la financiación de las necesidades sociosanitarios.</p>	●
Plan de salud de Euskadi 2030	Más información
<p>Objetivo 1.4: Asegurar que los niños, niñas y adolescentes reciben una atención sanitaria y social excelente para abordar los problemas de enfermedad y/o limitaciones en situaciones de diversidad funcional</p>	●

Extremadura

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan de acción para la atención de las personas con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental. SEPAD Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. 2018	Más información
<p>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.</p> <p>Subcomisión de gestión de casos regional. La Subcomisión de Gestión de Casos Regional se encarga de coordinar y resolver los casos de alta complejidad que no han podido ser solucionados en las Subcomisiones de Área. A diferencia de las subcomisiones de área, que gestionan la atención en un nivel más cercano, la subcomisión regional interviene cuando se supera la capacidad de resolución de los dispositivos y mecanismos de coordinación habituales.</p> <p>Funciones principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinación de casos complejos: La comisión regional se activa cuando los mecanismos habituales de atención no han podido resolver casos de alto nivel de complejidad. 2. Propuestas de solución: Analiza, propone y acuerda soluciones de forma coordinada entre los servicios involucrados para los casos que no han sido resueltos de manera ordinaria por los servicios locales o de área. 3. Seguimiento de intervenciones: Garantiza que se cumplan las decisiones adoptadas y realiza un seguimiento periódico de las intervenciones propuestas, asegurando la continuidad asistencial. 4. Mejora de sistemas de coordinación: Evalúa los sistemas de coordinación y propone mejoras a la Comisión de Asuntos Sociosanitarios, buscando optimizar la continuidad asistencial. <p>El nivel de red para atender la elevada complejidad estará formada por distintos tipos de servicios de orientación comunitaria, hospitalaria y de viviendas, que hemos identificado de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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". <p>En Extremadura se creó en el año 2013 la UHDAC (Unidad Hospitalaria 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".</p> <p>A finales del año 2022 se han puesto en marcha 9 Viviendas comunitarias de 4 personas por vivienda, en el marco del Proyecto Mi Casa. Una vida en comunidad, en las localidades de Don Benito, Montijo y Villafranca de Barros (ver apartado Microsistemas). A las viviendas han transitado personas con discapacidad intelectual y del desarrollo con enfermedad mental y/o conductas que nos preocupan. Finalizado el Proyecto, se mantiene la financiación de las viviendas por parte de la administración regional, con la colaboración de otras administraciones provinciales y locales.</p>	<div style="margin-bottom: 20px;">●</div> <div>●</div>




Galicia

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan Marco de atención Socio-Sanitaria 2013	Más información
<p>Contempla a las personas con discapacidad intelectual con alteraciones conductuales como perfil de atención sanitaria y social.</p> <p>Recoge como línea de actuación un sistema de atención compartido y coordinado entre la red de servicios sociales y sanitarios (seguimiento conjunto de los pacientes en el momento del alta, recursos sociosanitarios intermedios, etc.).</p> <p>Perfiles de personas en riesgo de necesitar atención sanitaria y social:</p> <p>4 - Personas con discapacidad intelectual</p> <p>Retraso mental con alteraciones conductuales severas y alta necesidad de cuidados sociosanitarios</p> <p>Criterios de Identificación:</p> <p>▶ Médico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Retraso mental (CIE 10; F70-F79) con alteraciones conductuales (y/o trastorno mental) severas y persistentes. <ul style="list-style-type: none"> - Funcional • Limitación funcional severa para desarrollar actividades de la vida diaria (escalas Katz, Barthel, Lawton). • Reconocimiento de dependencia severa o gran dependencia (grados II y III). <ul style="list-style-type: none"> - Social • Ausencia de red social o de apoyo adecuada. • Riesgo de claudicación del cuidador principal. • Vivienda o entorno no reúnen las condiciones apropiadas a las necesidades del paciente. <p><i>Para cumplir el criterio de identificación de paciente sociosanitario con este perfil deberá cumplir simultáneamente al menos el criterio médico, un criterio funcional y uno social.</i></p>	<p>●</p> <p>●</p>






Islas Baleares

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan Estratégico Salud Mental Islas Baleares 2016-2022		Más información
<p>Objetivo específico 85. Establecer un programa de recursos específicos para los casos más graves o más difíciles de tratar dentro de la Red Asistencial de Salud Mental de las Islas Baleares.</p> <p>Acciones a realizar:</p> <p>242. Crear un equipo específico transversal y supra-sectorial de Salud Mental especializado en el diagnóstico y en la atención, tanto de pacientes menores como de adultos afectados de trastornos del neurodesarrollo. El equipo realizará un modo de trabajo comunitario y deberá contar con profesionales de: psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, logopedia y terapia ocupacional. El equipo estará formado por dos grupos de profesionales: uno para atender a pacientes de 0 años hasta que abandonen su etapa formativa, en algunos casos los 21 años, y, otro, para pacientes adultos que ya hayan acabado su etapa formativa.</p> <p>243. Crear una unidad de hospitalización de agudos para adultos con trastornos de neurodesarrollo y trastornos comórbidos de salud mental o alteraciones conductuales graves que los recursos comunitarios ordinarios y/o especializados no pueden atender.</p>		
<p>Objetivo específico 86. Establecer convenios de colaboración con las empresas del tercer sector y con otros recursos sanitarios que presten atención a las personas con trastornos del neurodesarrollo. La mayoría de los casos más graves o con más discapacidad son atendidos por entidades del tercer sector, muchas de las cuales son asociaciones de padres de personas que sufren estos trastornos.</p> <p>Estas entidades tienen una dilatada experiencia en la atención de estos pacientes y de sus necesidades. La gran mayoría de estas entidades han participado activamente en la elaboración de este Plan Estratégico, específicamente en este apartado.</p> <p>Acciones a realizar:</p> <p>244. Realizar reuniones de coordinación con los representantes de estas entidades para acordar protocolos, intervenciones y guías, siempre guiados por la mejor evidencia científica y formación conjunta.</p> <p>245. Establecer acuerdos de colaboración que permitan visitar a sus usuarios en los recursos que ellos ofrecen a estos pacientes, y recibir información de manera coordinada tanto por parte de los profesionales de salud como de otras entidades.</p> <p>246. Incluir al paciente, según lo que permita su discapacidad, a los padres, educadores y cuidadores en las decisiones sobre su atención.</p>		
Plan de atención a las Personas con enfermedades crónicas. 2016-2021		
No se identifican líneas de actuación dirigidas a PDIDSM		

Islas Canarias

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias	Más información
<p>Objetivo específico 2.1. Potenciar la formación continuada en Psicogeriatría.</p> <p>2.1.4. Realizar formación dirigida a los profesionales de la Red de Salud Mental para la mejora del diagnóstico y tratamiento de los trastornos que acompañan al envejecimiento en personas con discapacidad intelectual, especialmente en el Síndrome de Down.</p>	
<p>Procedimiento de derivación de personas con discapacidad por trastorno mental a dispositivos sociosanitarios</p> <p>La Comisión Sociosanitaria Insular de Acceso y Seguimiento del Plan de Atención a la Discapacidad, o en su caso, de la Consejería competente del Cabildo que corresponda, se reúne con periodicidad mensual para resolver la indicación y gestión de plazas sociosanitarias para personas con discapacidad. Participan representantes del Cabildo, Dependencia y responsable del PIRP. La relación remitida por el responsable del PIRP de usuarios de salud mental se aprueba de oficio, en tanto la gestión de estas plazas se realiza desde la coordinación del PIRP. En la comisión se estudian asimismo otros expedientes de personas con discapacidad intelectual que presentan alteraciones conductuales y se establece la coordinación con la USM de referencia.</p>	
<p>Objetivo específico 1.6. Adaptar la atención que se presta a las personas con TMG que pertenecen a determinados colectivos de riesgo y contemplar las necesidades diferenciales según la perspectiva de género y las diferentes etapas de la vida.</p> <p>1.6.1. Se desarrollarán y aplicarán programas de intervención específicos para: • TMG y discapacidad intelectual.</p>	
<p>Objetivo específico 1.10. Desarrollar modalidades de atención para las poblaciones con TMG que presenten una mayor complejidad en su proceso asistencial y/o se encuentren en situación de riesgo de exclusión o dependencia (discapacidad intelectual; sin hogar; personas de edad avanzada; población reclusa).</p> <p>1.10.1. Puesta en marcha, en colaboración con otras administraciones y Asociaciones, de un programa para mejorar la atención a las personas con discapacidad intelectual y TMG.</p> <p><i>Nota: Se considera que el programa debería contener los siguientes elementos: apoyos personalizados, promoción de un entorno óptimo, dignidad de la persona, y prevención primaria y secundaria. Como modelo de intervención, se considera especialmente indicado el de Apoyo Conductual Positivo, sin que esta consideración tenga carácter restrictivo ni prescriptivo.</i></p>	 

La Rioja

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

IV Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja 2021-2025	Más información
<p>3. Unidad de Personas con discapacidad psíquica o con diversidad funcional (Albelda de Iregua-CSMAI)</p> <p>Dispositivo de larga estancia-residencial, altamente protegido y adaptado a medidas de contención, destinada a pacientes con retraso mental grave procedentes de anteriores esquemas asistenciales y actualmente difíciles de ubicar en dispositivos específicos.</p> <p>Criterio actual de inclusión: Pacientes duales con diagnósticos de Retraso Mental Grave más Trastorno Mental Grave.</p> <p>Este centro cuenta con 140 camas instaladas.</p> <p>El equipo multidisciplinar de esta unidad está formado por 1 psiquiatra, 1 psicóloga clínica, 1 médico general, 14 enfermeras, 1 supervisor de enfermería, 67 auxiliares de enfermería, 1 trabajadora social, 1 terapeuta ocupacional, 1 fisioterapeuta y 7 profesionales no sanitarios, contando con conserjes, administrativos, etc</p>	●

Principado de Asturias

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021	Más información
<p>Acción 2.2 Atención sociosanitaria a personas con diversidad funcional</p> <p>Mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención a la salud que recibe este colectivo de personas con diversidad funcional, con especial interés en las áreas clínicas de salud oral, ginecología, salud mental y atención a las urgencias.</p> <p>▶ Optimizar la calidad de la atención de Salud Mental que reciben las personas con diversidad funcional, usuarias de centro de atención diurna o alojamientos residenciales, a través de protocolos de actuación conjunta y atención coordinada.</p>	●
Plan de Salud Mental 2023-2030	Más información
<p>Objetivo Específico 3.6.1.3: Desarrollar e implementar las actuaciones necesarias para la atención y rehabilitación de grupos vulnerables y/o específicos con trastorno mental grave, incorporando la perspectiva de género.</p> <p>▶ Acción 3.6.1.3.A. Diseñando un subprograma de atención específico para personas con diagnóstico de trastorno mental grave y discapacidad intelectual, desarrollando circuitos de atención coordinada con las administraciones competentes en la atención a personas con discapacidad intelectual.</p> <p>▶ Indicador: Numerador: Nº de personas con discapacidad intelectual incluidas en el programa de TMG. Fuente: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)</p>	●

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

▸ Principado de Asturias

Plan de actuación integral para las personas con discapacidad de Asturias 2015 / 2017	Más información
<p>Objetivo específico 3 Dotar de medios profesionales, instalaciones, equipos y productos de apoyo adecuados y suficientes a los diversos estamentos sociosanitarios, desde la atención primaria a la atención especializada, hospitalaria y post-hospitalaria en el ámbito sanitario, a los centros de atención social y unidades de trabajo social.</p> <p>3.3. Colectivos con necesidades específicas</p> <p>3.3.1. Actuación. Reforzar los recursos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC) para las personas con discapacidad en situación grave, generalizándolo en todas las áreas sociosanitarias.</p> <p>3.3.2. Actuación. Establecer tratamientos rehabilitadores específicos para personas con discapacidad intelectual, física, sensorial y enfermedad mental.</p> <p>3.3.3. Actuación. Reforzar los equipos de salud mental y de servicios sociales para apoyar la atención temporal especializada y de mayor intensidad a las personas que presentan problemas complejos y de difícil abordaje, en el domicilio o en la red de recursos especializados de los servicios sociales.</p> <p>3.3.4. Actuación. Garantizar la atención sociosanitaria a las personas que presentan necesidades de apoyos generalizados.</p>	●

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

▸ Región de Murcia

Estrategia de Mejora de Salud Mental 2023-2026	Más información
No se identifican acciones dirigidas PDIDSM y elevada complejidad	●

Disponibilidad de servicios para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo + salud mental + complejidad elevada

Comunidad autónoma	Red Salud - Red Social		Red Salud + Tercer sector	
	Unidades especializadas media estancia (UHEDI, UMEDI) Personas adultas	Unidades especializadas media estancia (UHEDI, UMEDI) Infanto-Juvenil	Consultas especializadas comunitarias (SESMDI)	Consultas Programas coordinación SM-Tercer Sector
Andalucía	NO	NO	NO	SI
Aragón	NO	NO	NO	NO
Is. Baleares	NO	NO	NO	NO
Is. Canarias	NO	NO	NO	SI
Cantabria	NO	NO	NO	NO
C La Mancha	NO	NO	NO	SI
Castilla y León	SI	NO	NO	SI
Catalunya	SI	SI	SI	SI
C. Madrid	NO	NO	SI	SI
C.F. Navarra	NO	NO	NO	NO
C. Valenciana	NO	NO	NO	NO
Euskadi	NO	NO	NO	NO
Extremadura	SI	NO	NO	SI
Galicia	NO	NO	NO	NO
La Rioja	NO	NO	NO	SI
P de Asturias	NO	NO	NO	NO
R de Murcia	NO	NO	NO	SI

Comunidad autónoma	Red Social		
	Unidades larga estancia residenciales TC Personas adultas	Unidades larga estancia residenciales TC infanto-juvenil	Viviendas en comunidad PDID + TC (Mi Casa)
Andalucía	SI	SI	NO
Aragón	SI	SI	SI
Is. Baleares	SI	SI	NO
Is. Canarias	SI	SI	SI
Cantabria	SI	SI	NO
C La Mancha	SI	SI	SI
Castilla y León	SI	SI	NO
Catalunya	SI	SI	SI
C. Madrid	SI	SI	SI
C.F. Navarra	SI	SI	NO
C. Valenciana	SI	SI	NO
Euskadi	SI	SI	NO
Extremadura	SI	SI	SI
Galicia	SI	SI	NO
La Rioja	SI	SI	NO
P de Asturias	SI	SI	NO
R de Murcia	SI	SI	SI

Se constata

▶ En todas las CC. AA. las demandas y necesidades de las PDIDSM **desbordan a los sistemas sanitario y social**, y su falta de resolución adecuada son la evidencia de la ausencia de la definición y desarrollo de sistemas de atención integrados para estas personas en las que también se dan criterios de elevada complejidad, si bien contemplados, en general no implementados en los planes autonómicos.

▶ Los Planes de Salud Mental y las estrategias dirigidas a la elevada complejidad (TMG) en 3 CC.AA. (Cantabria, Islas Baleares y Región de Murcia) y en la Ciudad Autónoma de Ceuta no incluyen estrategias dirigidas a la elevada complejidad en PDID.

▶ En algunas CC. AA., a pesar de disponer un modelo de integración teórico, se detecta amplio margen de mejora en la convergencia real y efectiva de la red de Salud Mental y la redes Sociales (públicas y privadas), observándose una **falta de recursos, herramientas y procedimientos** para un conocimiento mutuo de ambos sistemas y de la persona. Un ejemplo de ellos es la ausencia en todas las CC. AA. de un expediente o historia única y de un circuito común de registro de la información. Esto aboca a la persona con discapacidad intelectual y del desarrollo y su familia a recorrer distintos dispositivos y profesionales.

▶ Los mecanismos establecidos para la **coordinación sociosanitaria** para dar respuesta a la elevada complejidad son variables entre las distintas CC. AA., en función de la organización asistencial y estructural y de la Consejería o Dirección General de la que dependan tanto Servicios Sociales como Salud Mental.

▶ Los recursos de coordinación sociosanitaria más comunes desarrollados por las CC.AA. engloban:

- Planes y Estrategias de coordinación sociosanitaria.
- Estructuras formalizadas de coordinación (Comisiones interdepartamentales, Grupos de Trabajo, reuniones periódicas).

▶ Las comisiones existentes en las CC. AA. actúan como una "agencia de búsqueda y ubicación de plazas" cuando las entidades proveedoras rechazan a las PDIDSM con necesidades de apoyo de elevada complejidad. Entre otras razones, por **falta de apoyos especializados** de la red de salud mental, o por la falta de formación de los y las profesionales de las entidades sociales y las familias en el modelo de apoyo centrado en la persona y en la prevención.

▶ La **falta de estructuras o dispositivos intermedios** (hospitales de día, hospitalización domiciliaria, viviendas de transición a la comunidad, etc), adaptados a este colectivo es evidente, pero también es cierto que en muchas ocasiones el problema no es tanto la insuficiencia de recursos, sino que lo es sobre todo (o exclusivamente) el de la utilización de tales recursos.



Distorsiones
Autores: Grupo de Fotografía La TROPAAAAA de ADISLI
Edición XXI de Concurso de fotografía del INICO

Uno de los principales problemas que explicarían este hecho es la falta de acuerdo de cuáles deben ser los criterios que definen la **elevada complejidad** en este colectivo y, por otra parte, la **saturación de los distintos dispositivos** dirigidos a la población general, argumento puede ser utilizado para justificar su exclusión.

También la **falta de formación** de los y las profesionales del ámbito sanitario para atenderles teniendo en cuenta sus especificidades (básicamente desintegración cognitiva y enmascaramiento psicosocial).

Falta de **figuras profesionales de enlace que informen, orienten, acompañen y posibiliten** una coordinación efectiva como referencia única para la persona y su familia, que gestione el acceso y el funcionamiento de todos los recursos, y realice el seguimiento de los planes individuales (profesional de referencia).

Cuando existen, los **procedimientos son excesivamente burocráticos y poco ágiles** no permitiendo obtener soluciones rápidas y eficientes. La complejidad es dinámica en el tiempo y debe poder responderse de forma efectiva, rápida y adaptativa a los momentos vitales de cada persona.

La mayoría de PDIDSM con necesidades de apoyo de elevada complejidad **son excluidas de los recursos de vivienda en la comunidad**, permaneciendo en entornos residenciales, muchos de ellos alejados del entorno familiar y social de la persona, la mayoría de por vida.

Se propone

Sobre los criterios

Consensuar definición sobre "elevada complejidad"

que contemple PDID con problemas de salud mental y conductas que preocupan - Personas con necesidades complejas de atención. Esta definición de condición de complejidad amplía los criterios de Trastorno Mental Grave, y se realiza a través de la combinación de una serie **criterios a cumplir de tipo aditivo**:

(a) Diagnóstico de enfermedad mental grave, incluyendo conducta que preocupa vinculada o no a la enfermedad mental,

(b) Presencia de comorbilidad (orgánica, especialmente la epilepsia),

(c) Presencia de indicadores sociales de complejidad:

- Conductas jurídicamente punibles (robos, violencia, acoso sexual...).
- Auto agresividad, heteroagresividad (hacia personas, objetos...).
- Consumo, abuso o dependencia de sustancias o adicciones comportamentales (juego, tics, etc.), a menudo resultado de la condición de "persona vulnerable", sujeto de ser abusada/ utilizada por terceros.
- Poca o nula conciencia de enfermedad. No pide ayuda ni la acepta. Mayor dificultad para entender y expresar su malestar/estado. (desintegración cognitiva relacionada con el déficit cognitivo).

(d) Desvinculación o abandono del tratamiento. Falta de adherencia a los tratamientos y otros tipos de intervención o propuesta del entorno. O falta de soporte y adaptaciones para mejorar la adherencia y adecuar los tipos de intervención al déficit cognitivo.

(e) Hiper frecuentación de visitas, especialmente a urgencias de salud mental, a las que se añade en el caso de personas en edad infantil y juvenil: indicadores educativos de complejidad e indicadores de desarrollo.

(f) Claudicación familiar.

Si una PDID tiene un diagnóstico de trastorno mental (criterio a)*, y la presencia de comorbilidad orgánica y no orgánica (criterios b, c, d, e, f) sería identificada como posible persona con la condición de complejidad derivada de un problema de salud mental.

Habría que añadir otras condiciones que aumentan la complejidad en cualquier persona:

- ▶ Relacionadas con los servicios y recursos:
 - Carecen de agilidad a la hora de tomar decisiones para garantizar la continuidad asistencial con lo cual, la persona está desatendida y es expulsada de las redes de apoyo.
 - Los servicios no están adaptados a las necesidades reales y especificidades de los perfiles anteriormente definidos, lo que aumenta la complejidad.
 - La elevada institucionalización que cronifica la situación.
- ▶ Relacionados con los aspectos organizativos:
 - Cartera de servicios sociales obsoleta. Cartera de servicios de salud que no considera este perfil de personas.

● Criterios de elevada complejidad en PDIDSM

Si una persona tiene un diagnóstico de trastorno mental del criterio 1, y la presencia de comorbilidad orgánica y no orgánica sería identificado como posible persona con la condición de complejidad derivada de un problema de salud mental

<p>▶ C1. Diagnósticos principales en SM de adultos que por sí mismos indican cronicidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno esquizofrénico: 295.0 a 295.9. Excluido el T. • Esquizofreniforme 295.4 • Trastorno esquizoafectivo: 295.7 • Trastorno Delirante Crónico: 297.1 • Trastorno Esquizotípico de la Personalidad: 301.22 • Trastorno Delirante crónico Compartido: 297.3 • Trastorno Bipolar: 296.4, 296.5, 296.6, 296.7 y 296.8 • Trastorno depresivo mayor: con sintomatología psicótica: 296.34 • Trastorno Depresivo Mayor Recurrente: 296.3 • Psicosis atípica y otras psicosis no orgánicas: 297.9 298.9 • Trastorno límite de la personalidad: 301.83 • Trastorno Obsesivo Compulsivo: 300.3 • Trastorno por dependencia al Alcohol: 303.0 y 303.9 • Trastorno por dependencia a la cocaína: 304.2 • Trastorno por dependencia a la heroína: 304.0 • Trastornos de dependencia a opiáceos con cualquier otra droga: 304.7 • <u>Trastorno Autístico 299</u> • Trastorno Conducta Alimentaria o TCA: 307.1 y 307.51 • Agorafobia con crisis de pánico: 300.21 • <u>Trastorno de conducta + Discapacidad Intelectual: 312.0 + 317, 318 o 319</u> 	<p>▶ C2a: Elementos de comorbilidad que aportan complejidad a las enfermedades del criterio 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia por combinaciones de drogas con exclusión de opiáceos: 304.8 • Drogodependencia N.E. continuada 304.9 (excluida la dependencia en la nicotina), 304.4, 304.5, 304.6 • Trastorno por dependencia y trastorno por abuso continuado de cannabis: 304.3 y 305.21 • Trastorno consumo continuado de: <ul style="list-style-type: none"> - Alcohol: 305.01 - Cocaína : 305.61 - Heroína : 305.51 - Alucinógenos y anfetaminas: 305.31 y 305.71 • <u>Discapacidad Intelectual: 317, 318 y 319</u> • Trastornos psicóticos inducidos por drogas: <ul style="list-style-type: none"> - Trastornos psicóticos con alucinaciones inducidos por el alcohol: 291.3 - Trastornos psicóticos con delirio inducidos por el alcohol: 291.5 - Otras psicosis alcohólicas especificadas: 291.89 - Trastornos psicóticos inducidos por drogas: 292.1 - Trastornos psicóticos con delirio inducidos por drogas: 292.11 - Trastornos psicóticos con alucinaciones inducidos por drogas: 292.12 • Daño cerebral y/o, afectación cognitiva y Trastornos mentales persistentes provocados por afecciones clasificadas en otro lugar: <ul style="list-style-type: none"> - Trastorno amnésico: 294.0 (Korsakov) - Demencias: 294.10 - Demencia con trastorno de conducta: 294.11 - Síndrome lóbulo frontal: 310.0 - Síndrome conmocional: 310.2 - Síndromes de causa lesión cerebral orgánica: 310.8 y 310.9 - Deterioro cognitivo y Deterioro cognitivo leve: 331.83 	<p>▶ C2b: Comorbilidad orgánica</p> <p>Enfermedades orgánicas seleccionadas como más significativas, relacionadas con personas con enfermedad mental.</p> <ul style="list-style-type: none"> • AVC • Insuficiencia Renal Crónica • Cirrosis • HIV- sida • Neoplasias malignas • EPOC • Diabetes • Insuficiencia Cardiaca • Cardiopatía Isquémica
---	--	--

*Diagnósticos principales en SM de adultos que por sí mismos indican cronicidad: Trastorno esquizofrénico: 295.0 a 295.9. Excluido el T. Esquizofreniforme 295.4. Trastorno esquizoafectivo: 295.7. Trastorno Delirante Crónico: 297.1. Trastorno Esquizotípico de la Personalidad: 301.22. Trastorno Delirante crónico Compartido: 297.3. Trastorno Bipolar: 296.4, 296.5, 296.6, 296.7 y 296.8. Trastorno depresivo mayor: con sintomatología psicótica: 296.34. Trastorno Depresivo Mayor Recurrente 296.3. Psicosis atípica y otras psicosis no orgánicas: 297.9 298.9. Trastorno límite de la personalidad: 301.83. Trastorno Obsesivo Compulsivo 300.3. Trastorno por dependencia al Alcohol: 303.0 y 303.9. Trastorno por dependencia a la cocaína: 304.2. Trastorno por dependencia a la heroína: 304.0. Trastornos de dependencia a opiáceos con cualquier otra droga: 304.7. Trastorno Autístico 299. Trastorno Conducta Alimentaria o TCA: 307.1 y 307.51. Agorafobia con crisis de pánico: 300.21. Trastorno de conducta + Discapacidad Intelectual: 312.0 + 317, 318 o 319

► Sobre el modelo de apoyos (Ver apartado "Los nuevos servicios que necesitamos")

Desarrollar las medidas necesarias para evitar la exclusión de las personas con necesidades de apoyo de elevada complejidad relacionada con la salud mental de la cartera de servicios para personas con grado de dependencia reconocido, según los términos establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Incluir a las PDIDSM con necesidades de apoyo de elevada complejidad en los Planes de Salud Mental de todas las CC.AA., eliminando el criterio de exclusión "discapacidad Intelectual" de los programas dirigidos al TMG, en todos los casos, pero especialmente las PDID con menor necesidades de apoyo en el área cognitiva (F70 -leve).

Crear un protocolo de actuación y coordinación (gobernanza) ágil y eficiente en la área sociosanitaria local con las administraciones implicadas, garantizando que las diferentes comisiones (autonómica, provincial y municipal) y los proveedores del tercer sector detecten, evalúen y den respuesta a los casos de elevada complejidad.



Me siento cuestionado
Autor: David Quintanar
XXII Concurso de fotografía del INICO

6.5 Políticas sociales públicas

Importante

CDPD - Artículo 19: *Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad*

- Los Estados deben garantizar servicios de apoyo en la comunidad que permitan a las personas con discapacidad intelectual vivir de manera independiente y participar plenamente.
- Esto implica políticas que eviten la institucionalización y promuevan servicios comunitarios y basados en la familia.

CDPD - Artículo 25: Salud

- Las políticas sociales deben garantizar que las personas con enfermedades mentales tengan acceso a servicios de salud mental accesibles, basados en la comunidad, y en igualdad de condiciones con las demás personas.
- Se prohíbe cualquier trato discriminatorio en los servicios de salud.

CDPD - Artículo 26: Habilitación y Rehabilitación

- Los Estados deben desarrollar programas para mejorar la salud, la autonomía y la inclusión de las personas con discapacidad.
- Esto incluye habilitación psicosocial y apoyo para la integración social.

CDPD - Artículo 28: Nivel de vida adecuado y protección social

- Las personas con discapacidad tienen derecho a un nivel de vida adecuado, incluyendo acceso a:

- Vivienda accesible.
- Servicios sociales y de apoyo económico.
- Programas de reducción de la pobreza dirigidos específicamente a sus necesidades.

- Esto exige la formulación de políticas públicas que aborden los desafíos económicos y sociales de las personas con enfermedades mentales.

CDPD - Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley

- Las políticas deben garantizar que las personas con discapacidad intelectual puedan tomar decisiones sobre sus vidas, incluyendo decisiones sobre tratamientos y apoyos, con ajustes razonables para facilitar el ejercicio de su capacidad jurídica.

CDPD - Artículo 14: Libertad y seguridad de la persona

- La Convención prohíbe la privación de libertad basada únicamente en la discapacidad, incluyendo discapacidad intelectual.
- Las políticas públicas deben abordar la desinstitutionalización y promover servicios alternativos en la comunidad.

CDPD - Artículo 8: Concienciación

- Los Estados deben trabajar en la eliminación de prejuicios y estigmas asociados a la discapacidad, incluyendo la enfermedad mental, a través de campañas de sensibilización y educación pública.

Las personas con discapacidad constituyen un sector de población heterogéneo, pero todas precisan, en mayor o menor medida, de una protección singular en el ejercicio de los derechos humanos y libertades básicas, debido a las necesidades específicas derivadas de su situación de discapacidad y de pervivencia de barreras que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás personas.

La Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social reconoció, en 2013 (<https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>), a las personas con discapacidad como titulares de una serie de derechos y a los poderes públicos como los garantes del ejercicio real y efectivo de los mismos, de acuerdo con lo previsto en la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Cuando hablamos de políticas sociales hacemos referencia a la planificación estructurada, estratégica, sostenible, coordinada y participada de los diferentes programas, prestaciones y servicios, tanto públicos, como privados que tienen como objetivo dar respuestas a los grandes retos sociales que presenta un determinado territorio y las personas que lo habitan, propiciando procesos de cohesión social, cohesión territorial, pertenencia, inclusión social, un marco de cooperación, participación y relacional entre los diversos actores presentes en el territorio.

En España, desde hace décadas hay una concepción mixta de los sistemas de provisión de bienestar, de modo que operan en el desarrollo de programas y políticas sociales, tanto las propias administraciones públicas, (primer sector), las empresas, (segundo sector), las entidades sociales que integran el llamado tercer sector de acción social y las propias redes sociofamiliares.

Queda claro, por tanto, que las personas con doble condición: discapacidad intelectual y problema de salud mental con o sin conductas que preocupan de elevada complejidad:

- ▶ Tienen las mismas necesidades que cualquier otra persona, y necesitan los apoyos adecuados y personalizados para cubrirlas.
- ▶ No deben renunciar a las relaciones sociales, a las posibilidades de crecimiento personal a pesar de que los servicios no tengan herramientas suficientes para apoyarles en el manejo de esa conducta, lo que comprometa el funcionamiento de los servicios.
- ▶ Tienen los mismos derechos que cualquier otra persona.
- ▶ Deben tener acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, vivienda y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su participación y su inclusión en la comunidad y para evitar el aislamiento o la segregación.

Las evidencias indican que las personas con discapacidad intelectual con conductas que nos preocupan o problemas de salud mental (incluyendo los de mayor complejidad) que viven en entornos comunitarios y utilizan los recursos de la comunidad gozan de una mejor calidad de vida y de mayor participación en actividades significativas a ellas en comparación con las que viven en entornos residenciales institucionales.

El modelo de "viviendas con apoyo" se asocia con hogares de pequeños grupos compartiendo alojamiento, viviendo en una vivienda en la comunidad.

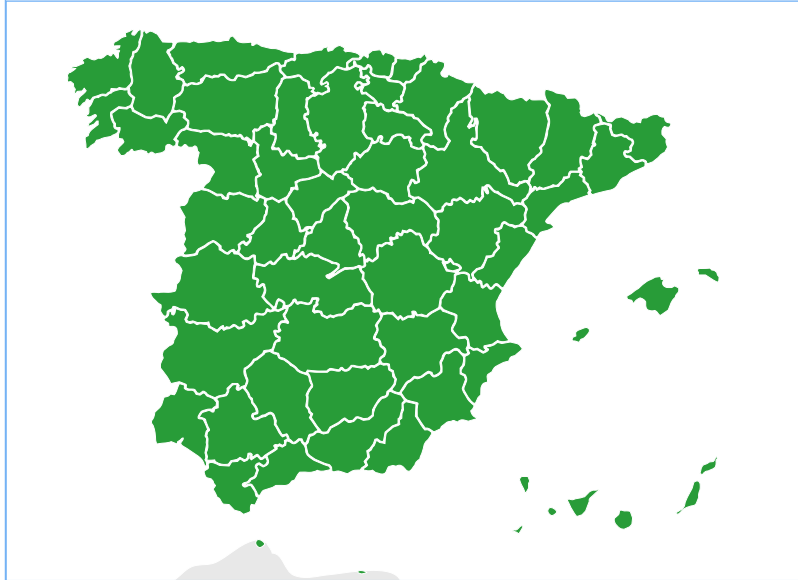
Thompson y cols, en un trabajo de 1996 sobre la influencia del entorno en la conducta en personas con DID, llegan a las siguientes conclusiones:

- ▶ La interacción positiva correlaciona directamente con ambientes familiares en pequeñas viviendas.
- ▶ Las conductas que nos preocupan (de auto o heteroagresión) son inversamente proporcionales a la semejanza del espacio de vivienda con un hogar familiar.
- ▶ Las personas que viven en ambientes similares a un hogar familiar participan más en labores que promueven la independencia, incluyendo actividades de cocina o actividades solitarias.
- ▶ Las personas en entornos "asistenciales" tienen mayor tendencia a la inactividad ya utilizar la conducta que preocupa para interactuar con el entorno.

Estudios posteriores (Mansell y Beadle-Brown 2011) y la trayectoria de muchos países y organizaciones de ámbito internacional (Servicio Nacional de Salud en Cardiff, Gales; Canadá, EE.UU., etc.), que han sustituido a las grandes instituciones residenciales por servicios comunitarios, nos demuestran que las PDIDSM tienen una mayor tendencia a la mejora en servicios de vivienda no segregados, comunitarios y en los que cohabitan pocas personas con diferentes necesidades de apoyo.

● ¿Existe algún Plan de Atención Social en su CC. AA?
¿Las personas con DID están incluidas?

● **Planes / Estrategias de Atención social en Salud mental**



- Se incluyen a PDID
- No se incluyen a PDID



Literalmente estar que echa humo
Autor: Raúl Escudero Carrero
Edición XXII de Concurso de fotografía del INICO

Andalucía

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

La Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental.	Más información
<p>Personas con enfermedad mental grave atendidas en los Programas de apoyo social de FAISEM Tiene como objetivo el desarrollo y gestión de recursos de apoyo social para personas con dependencia y discapacidad derivada de padecer trastornos mentales graves.</p> <p>Las personas atendidas en la red de apoyo social de la FAISEM son a su vez atendidas en los dispositivos sanitarios de salud mental del SSPA, manteniéndose una estrecha cooperación entre ambas redes de servicios. Durante el año 2013, más de 10.000 personas con enfermedades mentales graves han sido usuarias de los programas de apoyo social de FAISEM. La mayoría de las personas acogidas en este programa están diagnosticadas de esquizofrenia (85,0%), trastornos afectivos (5,0%), trastornos de la personalidad (5,7%), discapacidad intelectual (2,4%)</p>	●
Catálogo de Prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía.	Más información
<p>4.1.7. Promoción de la autonomía personal Conjunto de intervenciones dirigidas, en función de las necesidades de cada persona, a prevenir o reducir una limitación en la actividad o alteración de la función física, intelectual, sensorial o mental, así como a mantener o mejorar habilidades ya adquiridas, con la finalidad de conseguir el mayor grado posible de autonomía personal y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria. Son servicios de promoción para la autonomía personal los de asesoramiento, orientación, asistencia y formación en tecnologías de apoyo y adaptaciones que contribuyan a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, los de habilitación, los de terapia ocupacional así como cualesquiera otros programas de intervención que se establezcan con la misma finalidad</p> <p>4.1.11. Atención diurna y nocturna para personas en situación de dependencia. Servicio que ofrece una atención integral a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o personas cuidadoras. En particular, cubre, desde un enfoque biopsicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.</p> <ul style="list-style-type: none">- Centro de día para personas con discapacidad intelectual- Centro de día ocupacional para personas con discapacidad- Centro de día para personas con discapacidad física- Centro de día para personas con parálisis cerebral- Centro de día para personas con daño cerebral- Centro de día para personas con sordoceguera- Centro de día para personas con trastornos de conducta- Centro de día para personas con autismo- Centro de día integrado en la comunidad	●

Andalucía

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

4.1.12 Atención residencial para personas en situación de dependencia

Servicio que ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, atención continuada de carácter personal y sanitario. Se presta en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona. La prestación de este servicio tiene carácter permanente, al convertirse el centro residencial en el domicilio habitual de la persona. Se presta por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados.

A) En el sector de personas con discapacidad:

- Residencia para personas con discapacidad intelectual
- Residencia para personas con discapacidad física
- Residencia para personas con parálisis cerebral
- Residencia para personas con daño cerebral
- Residencia para personas con autismo
- Residencia para personas con sordoceguera
- Residencia para personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta
- Residencias para personas adultas
- Vivienda tutelada
- Vivienda compartida



Aragón

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS)	Más información
<p>Programas de apoyo para la vivienda específicos para PDID i EM/TC</p> <p>A2 - Residencia con Centro de Día para personas con discapacidad intelectual severa o profunda</p> <p>A3 - Residencia para personas con discapacidad intelectual y alteraciones de conducta, con Centro de Día o Centro ocupacional</p> <p>A4 - Residencia para personas con discapacidad intelectual profunda, grave, moderada y ligera</p> <p>A5 - Residencia con Centro Ocupacional para personas con discapacidad intelectual grave, moderada y ligera</p> <p>A9 - Residencia con Centro de Día para personas con trastorno del espectro por autismo grave y discapacidad intelectual asociada junto con trastornos severos de conducta</p> <p>A11 - Residencia para personas con discapacidad intelectual que requieran intervención breve y especializada por presentar un agravamiento puntual de sus trastornos de conducta</p> <p>A12 - Piso tutelado o asistido para personas con discapacidad intelectual moderada y ligera</p>	●
ORDEN PEJ/1168/2024, de 24 de septiembre	
<p>Convenio de colaboración suscrito entre el Instituto Aragonés de Servicios Sociales y el Servicio Aragonés de Salud para regular el acceso a la Historia Clínica Electrónica en el marco de los procedimientos de valoración de las situaciones de discapacidad y de dependencia en Aragón</p>	●
<p>Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.</p>	<p>Más información</p>
<p>“Los profesionales sanitarios, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplimentar los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen, y los que requieran los centros o servicios de salud competentes y las autoridades sanitarias, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.”</p> <p>El Instituto Aragonés de Salud no tiene obligación de realizar informes de valoración para otros organismos como el IASS, por lo que no siempre todos los informes requeridos para la valoración o revisión de la valoración de la discapacidad intelectual los realizan desde el Servicio Aragonés de Salud, depende de la disposición del profesional en muchos casos para aplicar las pruebas y emitir el informe. En muchos casos cuando se encuentran en etapa infantojuvenil son los centros escolares los que emiten este tipo de informes, pero para valoraciones posteriores o revisiones en la etapa adulta esto supone una barrera.</p>	●

▶ Cantabria

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Cartera de Servicios Sociales del Instituto Cántabro de Servicios Sociales	Más información
<ul style="list-style-type: none"> • Centro de día • Centro de Rehabilitación Psicosocial • Centro Ocupacional • Residencia Permanente • Residencia Temporal • Viviendas Tuteladas • Centro de día infancia y adolescencia • Acogimiento residencial infancia y adolescencia 	●

▶ Castilla la Mancha

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Catálogo de prestaciones del sistema público de servicios sociales y dependencia de Castilla La Mancha	Más información
<p>Apoyo para el mantenimiento y desarrollo de habilidades y competencias básicas para la vida a personas con determinadas necesidades específicas (servicio de capacitación)</p> <p>Desarrollo de habilidades y competencias básicas para la vida a personas con determinadas necesidades específicas (centro ocupacional)</p> <p>Los recursos de apoyo residencial de la red pública de centros de atención a personas con discapacidad de Castilla-La Mancha los forman tanto centros de titularidad pública como privada, estos últimos financiados a través de diferentes fórmulas de colaboración. Las características de los recursos residenciales, tanto los dirigidos a personas con discapacidad física como intelectual, varían en función de las distintas necesidades de apoyo que tienen las personas que residen en ellos. Así, la red pública de centros de atención a personas con discapacidad intelectual la forman 106 viviendas de 636 plazas, 18 residencias con 604 plazas y 16 CADID (Centros de atención a personas con discapacidad intelectual grave) con 819 plazas.</p> <p>Plena Inclusión desarrolla el proyecto "Mi Casa" con 8 viviendas</p>	●

Castilla y León

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Catálogo de servicios sociales de Castilla y León	Más información
<ul style="list-style-type: none"> • Servicio de apoyo familiar para la promoción de la autonomía personal en situaciones de dependencia y/o discapacidad • Servicio de atención en centros a personas en situación de dependencia por descanso del cuidador o cuidadora • Estancia nocturna en unidad residencial • Servicio de habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental y discapacidad intelectual • Servicio de apoyo para la integración sociolaboral de las personas con discapacidad • Servicio de atención en centros de día para personas con discapacidad • Servicio de atención residencial o en vivienda para personas con discapacidad • Servicio de atención residencial para personas con discapacidad intelectual y graves trastornos de conducta 	●

Catalunya

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Cartera de Servicios Sociales 2010-2011	Más información
<p>1.2.6 Personas con discapacidad</p> <p>1.2.6.1 Servicios comunes para personas con discapacidad</p> <p>1.2.6.1.1 Servicios de orientación y valoración</p> <p>1.2.6.1.1.1 Servicio de orientación</p> <p>1.2.6.1.1.2 Servicio de valoración</p> <p>1.2.6.2 Servicios para personas con discapacidad intelectual</p> <p>1.2.6.2.1 Servicio de centro de día de atención especializada temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual</p> <p>1.2.6.2.2 Servicio de apoyo a la autonomía en el propio hogar para personas con discapacidad intelectual</p> <p>1.2.6.2.3 Servicios de vivienda para personas con discapacidad intelectual</p> <p>1.2.6.2.3.1. Servicio de hogar con apoyo para personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo intermitente</p> <p>1.2.6.2.3.2 Servicios de hogar residencia temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual</p> <p>1.2.6.2.3.2.1 Servicio de hogar residencia temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo intermitente</p> <p>1.2.6.2.3.2.2 Servicio de hogar residencia temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo limitado</p> <p>1.2.6.2.3.2.3 Servicio de hogar residencia temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo limitado (trastorno de conducta)</p>	●

Catalunya

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

- 1.2.6.2.3.2.4 Servicio de hogar residencia temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo extenso
- 1.2.6.2.3.2.5 Servicio de hogar residencia temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo extenso (trastorno de conducta)
- 1.2.6.2.3.2.6 Servicio de hogar residencia temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo generalizado
- 1.2.6.2.3.3 Servicios de centro residencial temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual
- 1.2.6.2.3.3.1 Servicio de centro residencial temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo extenso
- 1.2.6.2.3.3.2 Servicio de centro residencial temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo extenso (trastorno de conducta)
- 1.2.6.2.3.3.3 Servicio de centro residencial temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo generalizado
- 1.2.6.2.3.3.4 Servicio de centro residencial temporal o permanente para personas con discapacidad intelectual con necesidad de apoyo generalizado (con problemas de salud o salud mental añadidos)
- 1.2.6.2.4 Servicios de centros de día ocupacionales para personas con discapacidad intelectual
- 1.2.6.2.4.1 Servicios de centros de día de terapia ocupacional (STO) para personas con discapacidad intelectual
- 1.2.6.2.4.1.1 Servicio de centro de día de terapia ocupacional (STO) para personas con discapacidad intelectual
- 1.2.6.2.4.1.2 Servicio de centro de día de terapia ocupacional (STO) para personas con discapacidad intelectual, con auxiliar
- 1.2.6.2.4.2 Servicio de centro de día ocupacional de inserción (SOI) para personas con discapacidad intelectual
- 1.2.6.2.5 Servicio de tiempo libre para personas con discapacidad intelectual
- 1.2.6.2.6 Servicio de tutela para personas con discapacidad intelectual


1.2.1 Infancia, adolescencia y juventud

- 1.2.1.1 Servicio de tutela para niños y adolescentes en situación de desamparo
- 1.2.1.2 Servicio especializado de atención a la infancia y la adolescencia (SEAIA)
- 1.2.1.3 Servicio de centro de acogida
- 1.2.1.4 Servicios residenciales de acción educativa
- 1.2.1.4.1 Servicio de Centro Residencial de Acción Educativa (CRAE)
- 1.2.1.4.2 Servicio de Centro Residencial de Educación Intensiva (CREI)
- 1.2.1.5 Servicio de piso asistido para jóvenes de 16 a 18 años
- 1.2.1.6 Servicio de piso asistido para jóvenes mayores de 18 años
- 1.2.1.7 Servicio de residencia o pisos para jóvenes vinculados a programas de inserción laboral
- 1.2.1.8 Servicio de integración familiar
- 1.2.1.8.1 Servicio de Unidad Convivencial de Acción Educativa
- 1.2.1.9 Servicio de centro socioeducativo diurno
- 1.2.1.10 Servicio de centro socioeducativo nocturno
- 1.2.1.11 Servicio de Acompañamiento Especializado a Jóvenes Tutelados y Extutelados (SAEJ)
- 1.2.1.12 Servicio de apoyo a la adopción internacional
- 1.2.1.13 Servicio de atención postadoptiva
- 1.2.1.14 Servicio del Teléfono de la Infancia
- 1.2.1.15 Servicio de equipos de valoración de malos tratos infantiles (EVAMI)



Comunidad de Madrid

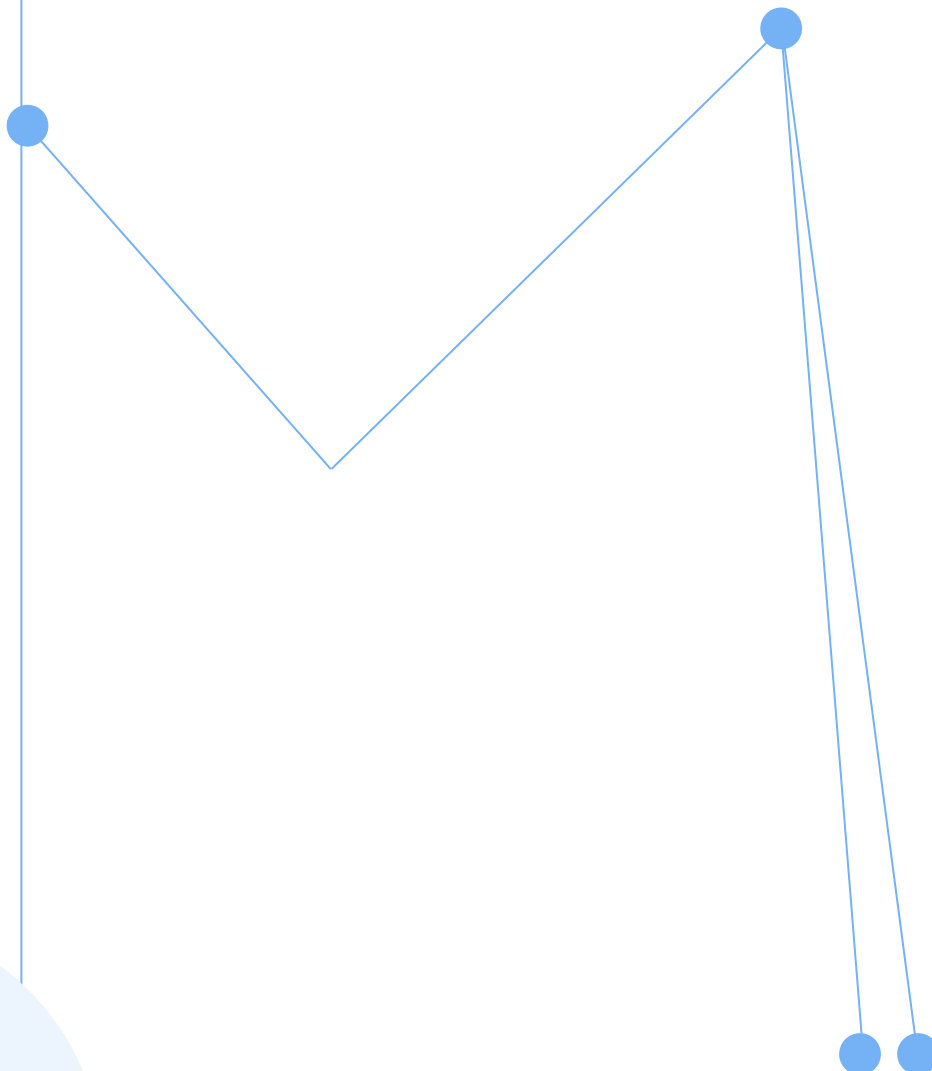
- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Cartera de Servicios Sociales Comunidad de Madrid	Más información
<p>Servicios especializados:</p> <p>De forma general, los centros de atención a personas dependientes con discapacidad se organizan en función del tipo de discapacidad (intelectual o física), el régimen de estancia (diurna o residencial), la gravedad de la afectación y la intensidad de los apoyos requeridos por cada persona. Pero, además, existen plazas especializadas en etiologías, trastornos o circunstancias asociadas específicas.</p> <p>La Comunidad de Madrid dispone de centros y módulos especializados en:</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Autismo.▶ Discapacidad intelectual y envejecimiento prematuro.▶ Discapacidad intelectual límite o ligera con trastornos de conducta.▶ Graves trastornos de conducta asociados a discapacidad intelectual media, severa o profunda.▶ Parálisis cerebral.▶ Daño cerebral sobrevenido, tanto en fase post aguda como en fase crónica.▶ Lesión medular.▶ Esclerosis múltiple.▶ Discapacidad física severa y trastornos de conducta. <p>Servicio de Atención Diurna en Centro Ocupacional para Personas con Discapacidad.</p> <p>Equipamiento social destinado a la atención diurna, cuya finalidad consiste en la habilitación profesional, el desarrollo personal y la inclusión social, que incorporen actividades para el desarrollo normal del ocio, de las personas cuya discapacidad les impide, de forma provisional o definitiva, integrarse laboral y/o socialmente.</p> <p>Servicio de Atención Diurna en Centro de Día para Personas con Discapacidad.</p> <p>Equipamiento social destinado a la atención diurna de personas con discapacidad gravemente afectadas, en el que se proporcionarán los siguientes servicios básicos de cuidados personales y atención especializada, con el fin de conseguir el máximo desarrollo de sus capacidades y fomentando el disfrute del ocio para conseguir el mayor grado de integración social.</p> <ul style="list-style-type: none">▶ Centro de Día para personas con discapacidad intelectual.▶ Centro de Día para personas con discapacidad física.▶ Centro de Día para personas afectadas por trastornos del espectro del autismo.▶ Centro de Día para personas con inteligencia ligera o límite y trastornos de conducta asociados.	

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente


► Comunidad de Madrid

<p>Servicio de Atención Residencial a Personas con Discapacidad. Equipamiento social dirigido a personas que no cuenten con familia o no puedan ser atendidas por esta en razón de su discapacidad u otras circunstancias, bien sea de forma temporal o permanente.</p> <ul style="list-style-type: none"> ► Residencia con Centro Ocupacional. ► Residencia con Centro de Día para personas con Discapacidad Intelectual. ► Residencia con Centro de Día para personas afectadas por trastornos del espectro del autismo. ► Residencia para personas con Discapacidad Intelectual en proceso de envejecimiento prematuro. ► Residencia con Centro de Día para personas con inteligencia ligera o límite y trastornos de conducta asociados. ► Residencia con Centro de Día para personas con Discapacidad Física. 	●
<p><u>Guía informativa sobre el Trastorno del Espectro del Autismo y sus Recursos en la Comunidad de Madrid</u></p>	●



Comunidad Foral de Navarra

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General	Más información
<p>Servicio de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia.</p> <p>1. Servicio de habilitación y terapia ocupacional. Conjunto de intervenciones dirigidas, en función de las necesidades de cada persona, a prevenir o reducir una limitación en la actividad o alteración de la función física, intelectual, sensorial o mental, así como a mantener o mejorar habilidades ya adquiridas, con la finalidad de conseguir el mayor grado posible de autonomía personal, adaptación a su entorno, mejora en la calidad de vida e inclusión en la vida comunitaria.</p> <p>4. Servicio de apoyos personales y cuidados en alojamientos especiales: viviendas tuteladas. Servicios de Atención diurna para personas con discapacidad. servicio prestado en un Centro de Día o estancia diurna en un servicio residencial para ofrecer durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas, de rehabilitación y socioculturales, facilitando la permanencia en el entorno habitual y apoyando a las personas cuidadoras.</p> <p>Servicio de estancia nocturna para personas con discapacidad. Servicio prestado en un establecimiento residencial para ofrecer durante la noche atención a las necesidades personales básicas, facilitando la permanencia en el entorno habitual y apoyando a las personas cuidadoras.</p> <p>Servicio de atención residencial para personas con discapacidad. Servicio prestado en establecimiento residencial para ofrecer atención integral a las necesidades básicas, terapéuticas, de rehabilitación y socioculturales.</p> <p>Servicio de atención temprana 0-3 años. Servicio que recoge las actuaciones de prevención, evaluación e intervención que de forma coordinada se dirige a la población infantil entre 0 y 3 años, a sus familias y al entorno, que desde una perspectiva integral tienen por objeto dar respuesta a las necesidades permanentes o transitorias que presentan los niños o niñas con trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlo por estar expuestos a factores de carácter biológico y/o psicosocial.</p> <p>Servicio de intervención familiar para personas con discapacidad. Servicio de intervención en el domicilio que tiene como finalidad ayudar al ámbito familiar a adquirir, mejorar y desarrollar las competencias necesarias (actitudes, conocimientos, criterios, pautas, habilidades) para desempeñar las tareas de atención y cuidado, favoreciendo con ello la permanencia en el domicilio y evitando la institucionalización temprana de las personas con discapacidad. Servicio de piso tutelado/funcional y servicio prestado en una vivienda en la comunidad, que ofrece atención integral a las necesidades básicas para mantener o mejorar la autonomía personal, facilitando la inclusión y participación social.</p> <p>Servicio de ingresos temporales en residencia para personas con discapacidad. Servicio prestado en establecimiento residencial para ofrecer durante un periodo de tiempo limitado atención integral a las necesidades básicas, con el fin de facilitar la permanencia en el entorno habitual y el apoyo a las personas cuidadoras.</p> <p>Servicio de atención residencial para personas con discapacidad. Servicio prestado en establecimiento residencial para ofrecer atención integral a las necesidades básicas, rehabilitadoras y socioculturales.</p>	

Comunitat Valenciana

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Institut Valencià de Serveis Socials. IVASS		Más información
<p>Apoyo a personas usuarias que presentan alteración grave de la conducta y/o problemas de salud mental y a los equipos técnicos.</p> <p>Acción 1: Proyecto Piloto de un Servicio Externo Especializado en Red de Viviendas IVASS. Dirigido a las personas con discapacidad intelectual de la Red de Viviendas de IVASS, se pone en marcha el pilotaje de un Servicio especializado en atención clínica (psicológica y psiquiátrica) a las personas con discapacidad intelectual con diagnóstico dual que se realiza en su entorno habitual (Red de Viviendas) y un servicio de apoyo para el equipo de profesionales de atención directa de estos recursos (formación especializada, pautas y metodologías de abordaje especializado en el tratamiento de alteraciones conductuales de personas con discapacidad intelectual y/o problemas de salud mental).</p> <p>Beneficiarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Personas con discapacidad intelectual usuarias de la Red de Viviendas de IVASS que manifiesten alteración conductual grave. ▶ Personas con discapacidad intelectual usuarias de la Red de Viviendas de IVASS con sospecha y/o diagnóstico clínico de trastorno de salud mental comórbido a la discapacidad intelectual. <p>Resultados 2021. Acciones realizadas hasta abril de 2021, momento en que finaliza el proyecto</p>		●
● Acción	● Resultado	
Evaluación diagnóstica clínica	<p>80% personas usuarias (con mayor problemática)</p> <p>100% de personas usuarias que lo necesitan</p> <p>20% de personas usuarias (casos puntuales y concretos)</p>	
Prescripción y seguimiento psicofarmacológico	100% de personas usuarias que lo necesitan	
Intervención terapéutica y seguimiento clínico sospecha y/o trastorno mental diagnosticado (sea cual sea su manifestación clínica) y/o alteración conductual grave.	100% de personas usuarias	
Apoyo, formación y asesoramiento a los profesionales de los servicios donde participa la persona atendida, orientando en pautas y planes de apoyo conductual.	<p>Visitas a la semana/cada 15 días con formación intensiva a profesionales</p> <p>Cuatro charlas formativas grupales</p>	
Creación de grupos de apoyo (Apoyo Conductual Positivo) con reuniones periódicas.	Tres grupos, realizado.	

Comunitat Valenciana

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

IVASS gestiona una red de viviendas donde actualmente viven 32 personas con diversidad funcional intelectual, con distintas necesidades de apoyo en su autonomía personal y social. La red la componen 6 viviendas ubicadas en la provincia de Valencia, a las cuales se proporciona personal de apoyo y técnico conforme a sus necesidades:

- ▶ Dos viviendas donde conviven personas con necesidad de apoyo extenso, ubicadas en Xest y Rocafort.
- ▶ Cuatro viviendas donde viven personas con necesidad de apoyo limitado, ubicadas en Valencia.

También se oferta un servicio de apoyo a la vida independiente a personas que residían en la red de viviendas de IVASS y que, actualmente, viven en sus propias viviendas, necesitando de apoyos puntuales.

Residencias

Se trata de un servicio de alojamiento y convivencia estable de estancia temporal o permanente, en régimen abierto y flexible, para personas adultas con discapacidad intelectual que presentan necesidades de apoyo extenso y/o generalizado en su funcionamiento personal y social, y que a su vez, carecen de oportunidades y apoyos adecuados que les permitan permanecer en su propio domicilio o en el domicilio familiar.

El servicio de residencia garantiza la prestación de los apoyos suficientes para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria, de desarrollo personal, autogestión e inclusión comunitaria, mediante proyectos de vida individualizados.

Este servicio funciona las 24 horas del día durante los 365 días del año.

1.6.2.2 Proyectos de mejora calidad del servicio

Proyecto: ocio inclusivo y participación en la comunidad

Contenido del proyecto:

Servicio de dinamizadores especializados para la oferta de actividades lúdicas que permitan a las personas usuarias disfrutar del ocio, potenciar el bienestar emocional, bienestar físico, el ejercicio de derechos y la inclusión comunitaria, facilitando la elección de actividades valoradas por las personas, adecuadas a su edad y capacidades personales principalmente en el entorno comunitario. El proyecto está dirigido a personas con discapacidad intelectual que viven en Residencias y en la Red de viviendas de IVASS y a personas mayores que acuden al Centro de día de Carlet



Euskadi

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Cartera de Servicios Sociales Euskadi

Más información

Centros residenciales para personas con discapacidad. Son servicios de convivencia destinados a servir de vivienda habitual o permanente y, en su caso, temporal a personas con discapacidad y en situación de dependencia, que no pueden satisfacer adecuadamente sus necesidades en su domicilio personal o familiar. 1. Viviendas con apoyos. 2. Centros residenciales.

Servicio de respiro. Este servicio ofrece estancias temporales en servicios de atención secundaria, en concreto en centro residenciales, servicios o centros de día y centros de noche, a personas dependientes, con discapacidad, o con enfermedad mental crónica que habitualmente son atendidas por su red socio-familiar de apoyo, con el fin de ofrecer a la persona cuidadora principal y habitual la posibilidad de disponer de un tiempo para su descanso, recuperación y/o desarrollo personal, o para hacer frente a una situación de necesidad que le impida el ejercicio de sus funciones de cuidado.

Servicio de apoyo a la vida independiente. Este servicio se articula a partir de un programa de vida independiente, dirigido a personas con discapacidad que no puedan gestionar directamente su Plan de Vida Independiente debido a las limitaciones derivadas de su discapacidad intelectual y/o enfermedad mental y que tienen necesidades de apoyo para su desenvolvimiento autónomo y su participación activa en el entorno comunitario.

Servicio de intervención social en atención temprana. Se entiende por Atención Temprana el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a sus familias y al entorno, que, desde una perspectiva interdisciplinar sanitaria, educativa y social, tienen por objetivo dar respuesta, lo más pronto posible y con carácter integral, a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños niñas con trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos.



- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Extremadura

Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia	Más información
<p>El Servicio Extremeño de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia garantiza a las personas con discapacidad un marco de atención que abarca la atención durante todo su ciclo vital en la red establecida para ello:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Consolidando y ampliando la red de atención a las personas con discapacidad. ▶ Atendiendo a las personas con discapacidad, con los criterios establecidos en el Marco de Atención a la Discapacidad en Extremadura (MADEX), afianzando la calidad en los servicios. ▶ Desarrollando actuaciones orientadas a coordinar, gestionar y ordenar los centros de atención a personas con discapacidad de gestión propia y concertados/subvencionados. ▶ Adaptando la normativa sobre discapacidad en la Comunidad Autónoma de Extremadura y situándola en el ámbito de la Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad. ▶ Procurando la normalización e inclusión social de personas con discapacidad, mediante programas de habilitación social y desarrollo de la autonomía personal. ▶ Dirigiendo, promoviendo y coordinación la actuación del Consejo Regional de Personas con Discapacidad. 	●

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Galicia

Cartera de Servicios para personas dependientes, prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal	Más información
<p>Aunque "No figuran servicios especializados PDID SM/TC" Desde la consejería de política social de la Xunta de Galicia realizan convocatorias para la contratación de la gestión de servicios públicos en la modalidad de concierto para la reserva y ocupación de plazas de atención residencial terapéutica para personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental asociada.</p>	●
<p>3.5 Cartera de Servicios para personas dependientes con discapacidad intelectual (Grupo de trabajo de personas dependientes con discapacidad intelectual, autismo y enfermedad mental: Personal de la Consellería de Traballo e Benestar Social, FADEMGA-FEAPS, FEAFES, SPECIAL OLYMPICS, Federación Autismo de Galicia, Asociación Gallega de Psiquiatría, Asociación Gallega de Salud Mental)</p> <p>Servicio de atención diurna terapéutica para personas dependientes con DI Servicio de atención diurna terapéutica a media estancia para personas dependiente con DI Servicio de atención diurna terapéutica-ocupacional para personas dependientes con DI Servicio de atención ocupacional para personas dependientes con DI Servicio de atención ocupacional de media estancia para personas dependientes con DI Servicio de atención nocturna para personas dependientes con DI Servicio de atención residencial terapéutica para personas dependientes con DI</p>	●

Islas Baleares

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Institut Mallorquí d'Afers Socials. Cartera básica de servicios sociales

Más información

Servicio de residencial especial para menores con trastornos de conducta. tiene por objeto la atención integral especializada de menores con problemas de conducta. Este servicio será de aplicación en los casos de separación necesaria de la familia de origen, ya sea por guarda o por tutela.

Servicio residencial especial para menores con discapacidad y trastorno de conducta. Servicio residencial especializado cuya finalidad es proteger al menor, mediante la asunción de la guarda con el fin de proporcionarle un espacio de protección que le permita adquirir un adecuado desarrollo según los grados de apoyo que necesite.

Servicio de centro de día. Servicio que ofrece durante el período diurno una atención integral para las personas con discapacidad con necesidades de apoyo extenso y generalizado. En función de las necesidades de cada persona y su tipo de discapacidad (física o intelectual y del desarrollo) ofrece soporte directo a actividades básicas de la vida diaria, la comunicación, el bienestar y la salud, las habilidades para la autonomía, terapia ocupacional, relaciones, conducta y ocio. El objetivo del servicio es mejorar o mantener el mayor nivel posible de autonomía y bienestar, previniendo situaciones de mayor dependencia, potenciando la inclusión y apoyando a las familias.

Servicio ocupacional. Servicio que presta apoyo a la persona con discapacidad con el objetivo de conseguir su máximo desarrollo personal e inclusión social mediante actividades terapéuticas ocupacionales o de bienestar, de aprendizaje para la autonomía y de inserción sociolaboral. Una de las finalidades del servicio es, siempre que sea posible, facilitar la capacitación y preparación para el acceso al trabajo, así como el mantenimiento y mejora del empleo (mediante el servicio de ajuste personal y social o de trabajo con soporte), promoviendo la promoción en el mercado laboral ordinario siempre que sea posible. El servicio puede prestarse en entornos de la comunidad para favorecer la inclusión y participación social, pero siempre fuera del domicilio de la persona.

Servicio sociocultural y de ocio. Servicio que proporciona los apoyos necesarios para que las personas con discapacidad de cualquier edad puedan disfrutar de su tiempo libre de la forma más autónoma posible, fomentando al mismo tiempo su inclusión, participación ciudadana, bienestar y vínculos. Se presta preferentemente en la comunidad y en entornos ordinarios, con un modelo de ocio inclusivo. Puede incluir un servicio de orientación e intermediación con recursos de ocio de la comunidad. Las actividades son escogidas por cada persona. El servicio no se dirige a las personas usuarias de servicios residenciales o de soporte a la vivienda.

Servicio que constituye el domicilio de la persona con discapacidad y ofrece alojamiento y atención integral para personas con necesidades de apoyo extenso o generalizado en la mayoría de las actividades de la vida diaria. El objetivo del servicio es mejorar o mantener el mayor nivel posible de autonomía, bienestar e inclusión en la comunidad. Se puede complementar con un servicio de centro de día, servicio de residencia.



Islas Baleares

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Servicio de vivienda supervisada. Servicio sustitutivo del hogar propio o familiar. Se organiza en viviendas ordinarias que constituyen el domicilio habitual de las personas que lo habitan y conviven personas con discapacidad que necesitan supervisión y apoyo a las actividades básicas de la vida diaria, así como a la comunicación, las relaciones, la autodirección y el uso de los recursos de la comunidad. La intensidad de los apoyos se adapta a las necesidades de cada persona.



Servicio de apoyo a la vivienda. Servicio con una finalidad de promoción de la autonomía y la inclusión, que se presta en la vivienda propia de la persona y su entorno. Se dirige a personas con discapacidad que viven solas, en pareja o en unidades de convivencia de, como máximo, 3 personas. Puede apoyar las actividades básicas de la vida diaria, así como la comunicación, las relaciones, la autodirección, el uso de los recursos de la comunidad

Islas Canarias

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Catálogo de Servicios y. Prestaciones Sociales. Gobierno de Canarias

Más información

Acompañamiento activo: en el Servicio de Atención Residencial para personas en situación de dependencia con discapacidad.



Programa de asesoramiento: orientación en el Servicio de Atención Residencial para personas en situación de dependencia con discapacidad.

Apoyo a la realización de ABVD en el Servicio de Atención Residencial para personas en situación de dependencia con discapacidad.

Atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar ABVD o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. (El ratio mínimo del personal cuidador en tres turnos/día para las Residencia de discapacidad física o intelectual es de 0,42/Grado II (42 por cada 100 personas en situación de dependencia con Grado II) y de 0,44/Grado III (44 por cada 100 personas en situación de dependencia con Grado III).

Atención sanitaria en el Servicio de Atención Residencial para personas en situación de dependencia con discapacidad.

Atención social en el Servicio de Atención Residencial para personas en situación de dependencia con discapacidad .

9.1. Servicio de atención a personas jóvenes extuteladas, para la autonomía y transición a la vida adulta

La Rioja

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

III Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia 2007/2010

Más información

Programas para la promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia y programas de servicios sociales de interés social.

Desde Servicios Sociales se desarrollan a través de las entidades del sector de personas con discapacidad, y se colabora en la financiación por la Consejería de Servicios Sociales y Gobernanza Pública vía subvención pública:

- Prestación para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales
- Prestación económica de asistencia personal: destinada a contribuir a los gastos derivados de la contratación de un asistente personal, a fin de facilitar a las personas con dependencia el acceso a la educación y al trabajo, así como una mayor autonomía en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria.
- Ayudas a personas con discapacidad: ayudas económicas a personas afectadas por una discapacidad que precisen de las mismas para hacer frente a gastos extraordinarios derivados de dicha discapacidad.

Servicio de atención residencial para personas con discapacidad, con gran dependencia y dependencia severa, del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia



3.1. Plazas para personas con discapacidad intelectual y afines: son aquellas destinadas a la atención de personas con limitaciones tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades conceptuales, sociales y prácticas, y producidas por un déficit intelectual o por diagnósticos de trastornos cognitivos o del desarrollo, no degenerativos, que no se englobe en cualquiera de las otras tipologías.

3.3. Plazas para personas con autismo y afines: Son aquellas destinadas a las personas con una alteración grave y generalizada de las áreas del desarrollo, y que incluyen además del trastorno autista, el síndrome de Asperger, el trastorno desintegrativo infantil, el trastorno de Rett y otros trastornos generalizados del desarrollo no especificados.

Centros	Número y tipo de Plazas	Localidad	Gestión
Casa Residencia ASPACE-Rioja	18 Plazas para personas con parálisis cerebral y otras deficiencias afines	Logroño	Privada
CAPDP "Santa Lucía"	100 Plazas para personas con DI	Fuenmayor	Pública
Centro de atención para personas con autismo "Leo Kanner"	28 Plazas para personas con diagnóstico de autismo y afines	Logroño	Privada
Residencia para personas con DI, Los Valles (ARPS)	48 Plazas para personas con discapacidad intelectual	Logroño	Privada
Vivienda especializada (ARDEM)	8 Vivienda especializada para personas con esclerosis múltiple	Logroño	Privada
Vivienda especializada para personas con discapacidad ASPACE 2º 3º	6 Vivienda especializa para personas con parálisis cerebral y otras deficiencias afines	Logroño	Privada
Residencia "Valle de Cldacos"	12 Plazas para pesonas con discapacidad intelectual y afines	Calahorra	Privada
Residencia para personas con DI, ASPRODEMA Nájera	18 Plazas para personas con discapacidad intelectual	Nájera	Privada
Total Plazas	238		

Principado de Asturias

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Cartera de Servicios y Prestaciones económicas de Servicios Sociales del Principado de Asturias	Más información
<p>2 Autonomía Personal</p> <p>2.4 Servicios de promoción de la autonomía. Conjunto de intervenciones técnicas dirigidas al desarrollo y mantenimiento de las capacidades personales, apoyo en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria y prevención del agravamiento de la situación de dependencia. Habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual</p> <p>2.5 Servicio de teleasistencia</p> <p>2.6 Servicio de ayuda a domicilio. Apoyo de carácter personal, doméstico, social y técnico, prestado en el domicilio o entorno más próximo. Las personas mayores y/o con discapacidad con dificultades en su autonomía personal</p> <p>2.7 Servicio de ayuda a domicilio para personas en situación de dependencia. Apoyo de carácter personal, doméstico, social y técnico a personas en situación acreditada de dependencia en el marco del SAAD, prestado en el domicilio o entorno más próximo. Personas en situación acreditada de dependencia en el marco del SAAD</p> <p>2.8 Servicio de apoyo en el entorno para personas con discapacidad. Apoyo a personas con discapacidad y a sus familias en su entorno. Personas con discapacidad intelectual, física, sensorial o mixta, de edades comprendidas entre 0 y 65 años.</p> <p>2.9 Servicio de atención infantil temprana. Conjunto de actuaciones de carácter interdisciplinar de prevención, detección, diagnóstico y abordaje terapéutico de los trastornos de desarrollo del niño/a en proceso de crecimiento y de las situaciones de riesgo social y biológico que puedan alterar dicho proceso. Personas de entre 0 y 6 años con trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlo, sus familias y entorno</p> <p>2.12 Servicio de apoyo a la integración para personas con discapacidad. Favorecer la permanencia de la persona en su entorno. Personas entre 18 y 50 años con discapacidad y/o dependencia reconocida</p> <p>2.13 Servicio de alojamiento con apoyos para personas con discapacidad y /o dependencia. Alojamiento, supervisión y apoyos, para personas en situación de discapacidad y/o dependencia, en viviendas independientes. Personas adultas en situación de discapacidad y/o dependencia administrativamente reconocida</p> <p>2.15 Servicio de atención residencial para personas con discapacidad. Alojamiento y atención integral, permanente o temporal, a personas con discapacidad y/o dependencia que precisan apoyos continuados de carácter personal, fuera de su entorno convivencial. Personas con discapacidad y/o dependencia de 18 a 65 años, sin soporte sociofamiliar adecuado, que precisan diferentes apoyos en las AVD</p>	
<p>3. Parentalidad Positiva y Convivencia Familiar</p> <p>3.11 Servicio de acogimiento residencial de personas menores de edad. Programa de acogimiento residencial para personas menores de edad con necesidades especiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Por diversidad funcional y problemas de salud ▶ Por problemas de conducta 	

Región de Murcia

- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

Instituto Murciano de Acción Social (IMAS)

Más información

Personas con Discapacidad: Atención Temprana

La atención temprana es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los menores con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos.

Vivienda

a) Servicio de atención residencial

- ▶ Residencia para personas con discapacidad intelectual
- ▶ Residencia para personas con discapacidad física
- ▶ Residencia para personas con trastornos del espectro autista
- ▶ Residencia para personas con trastorno mental crónico

b) Viviendas tuteladas: constituyen una alternativa para aquellas personas que pueden llevar a cabo un proyecto de vida más autónomo, que reciben los cuidados que precisan en un entorno normalizado y parecido al del hogar, con la finalidad de promover su integración en la sociedad garantizándose la asistencia y supervisión necesarias para su atención integral.

Actualmente existen los siguientes tipos:

- ▶ Vivienda tutelada para personas con discapacidad intelectual
- ▶ Vivienda tutelada para personas con trastorno mental crónico

Centro de Día

- ▶ Centro de día para personas con discapacidad intelectual
- ▶ Centro de día para personas con discapacidad física
- ▶ Centro de día para personas con trastornos del espectro autista
- ▶ Centro de día para personas con trastorno mental crónico

Servicio de Promoción de la Autonomía Personal. Es necesario tener reconocido Grado de Dependencia. No especifica DID. En la solicitud del servicio de promoción de la autonomía personal, se puede especificar la entidad a la que se desea asistir, y al mismo tiempo la prestación económica vinculada al servicio. Se trata de una prestación destinada a financiar el coste del servicio que se presta de manera privada en entidades debidamente acreditadas, cuando el acceso a una plaza pública no es posible.



- No se está implementando
- Se implementa de forma irregular
- Se está implementando totalmente

▶ Región de Murcia

Ayuntamiento de Murcia

El Ayuntamiento de Murcia apoya técnica y económicamente a las entidades que trabajan con las personas con discapacidad, en su programa de actuaciones que da respuesta a las necesidades y dificultades específicas de cada tipo de discapacidad. Las asociaciones desarrollan un papel mediador ante la administración, como interlocutoras de los asociados/as y prestadoras de servicios y programas especializados.

Las actuaciones principales en las que la concejalía colabora con estas entidades son:

Concesión de subvenciones

Por convocatoria pública o por concesión directa (previstas nominativamente) para apoyar los proyectos y programas de actividades de las entidades que trabajan para la promoción de las personas con discapacidad:

- ▶ Atención temprana, tratamientos específicos para la diversidad funcional y rehabilitación.
- ▶ Apoyos y refuerzos en el ámbito educativo y escolar.
- ▶ Inserción sociolaboral y fomento de la empleabilidad.
- ▶ Actividades y talleres de ocio y tiempo libre inclusivo a lo largo del año.
- ▶ Escuelas de verano y campamentos.
- ▶ Formación a madres, padres y cuidadores.
- ▶ Formación para el voluntariado.
- ▶ Viviendas tuteladas y de transición para la vida adulta.
- ▶ Respiro familiar.
- ▶ Campañas de información, sensibilización y defensa de los derechos de las personas con discapacidad.

Mesa de trabajo sobre Discapacidad

Es un espacio de participación de carácter consultivo, para facilitar la relación entre el Ayuntamiento de Murcia y las distintas entidades de personas con discapacidad, manteniendo cauces de comunicación efectiva para la recogida y canalización de sus necesidades, demandas y propuestas. El número de entidades que participan es de 60. La Mesa tiene el objetivo de promover acciones de sensibilización e impulsar la promoción social y la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad en todos los ámbitos.



Se constata

▶ Todas las CC. AA. aplican las políticas y programas de protección social siguiendo las directrices generales del Estado, pero adaptándose a las necesidades y contextos locales. Estas políticas abarcan áreas como salud, educación, empleo, vivienda y atención a colectivos vulnerables.

▶ En todas las CC. AA. la etiqueta "trastorno de conducta" determina de "por vida" el tipo de recurso al que podrá asistir (cartera de servicios). Se observa que una vez la persona tiene esta etiqueta, generalmente "nunca" se le quitará, aunque haya cambiado su situación (rigidez equipos de valoración de la discapacidad).

▶ La clasificación por tipos de establecimientos y recursos ha llevado a orientar y valorar a la persona poniendo el énfasis en la tipología de servicio disponible en cada CC. AA. más que en la intensidad de apoyos que la persona necesita.

▶ La clasificación ha resultado ser una cuestión rígida que en lugar de facilitar el acceso de las personas a un servicio lo acaba dificultando e incluso impidiendo.

▶ Determina que haya recursos sólo especializados en esta tipología y, en contrapartida, que el resto de los recursos no puedan y no quieran atender a personas con necesidades de apoyo relacionadas con la conducta y/o el problema de salud mental.

▶ Los recursos de apoyo de vivienda en sus diferentes modalidades (residencias, viviendas tuteladas...) de la red de centros de atención a PDIDSM en las diferentes CC. AA. los forman tanto centros de titularidad pública como privada, estos últimos financiados a través de diferentes fórmulas de colaboración. En todos los casos se incluye el copago.

▶ Casi la totalidad de PDIDSM con necesidades de apoyo de elevada complejidad viven en modelos residenciales -institucionalizados prestados por proveedores públicos de la red social (Centros de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual - CAMP) y privados-concertados de proveedores sin ánimo de lucro del tercer sector.

Es importante destacar que la denominación y organización de estos centros pueden variar según la comunidad autónoma, y no todos los centros que brindan servicios a PDIDSM llevan el nombre de CAMP. Para obtener un número exacto y actualizado de estos centros, se aconseja consultar con las consejerías de servicios sociales de CC. AA. o con el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, que supervisa las políticas relacionadas con la discapacidad en España. Algunos ejemplos son: Residencia con Centro de Día para personas con trastorno del espectro por autismo grave y discapacidad intelectual asociada junto con trastornos severos de conducta- Aragón, Servicio de atención residencial terapéutica para personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental - Galicia, Residencia para personas con discapacidad intelectual y necesidad de apoyo extenso y apoyo generalizado con trastorno de conducta - Catalunya; Residencia para personas con discapacidad intelectual y trastornos de la conducta (RDITC) - Andalucía; Las Hermanas Hospitalarias Benito Menni y la orden Hospitalaria San Juan de Dios gestionan la mayoría de centros especializados en la atención a personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta en las diferentes CC. AA.

▶ A pesar de iniciativas que apuntan a cambios en el modelo de apoyos en los proveedores mencionados se observa un creciente interés por sector privado con ánimo lucrativo por gestionar servicios, con el riesgo que pueda afectar la calidad.

▶ La iniciativa "[Mi casa, una vida en comunidad](#)" desarrollada por Plena inclusión en 44 viviendas vinculadas a 22 organizaciones en las que reciben apoyo un total de 175 personas es un ejemplo de buena práctica incluyendo a PDIDSM.



Se propone

Ver apartado "Los servicios que necesitamos"

Velar por que los mecanismos de protección social

ya existentes apoyen las diversas necesidades de salud mental de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo.

Reducir la posible brecha de género y edad existente en la intervención sociosanitaria de forma transversal.

La edad (envejecimiento demográfico) y el género tienen un peso específico importante que debe tenerse en cuenta en las soluciones y abordajes que se ofrece a las PDIDSM.

Identificar las lagunas y oportunidades en el desarrollo programas incluidos en las carteras de servicios sociales de cada CC. AA. para crear una estrategia conjunta entre las diferentes administraciones y los distintos grupos de interés (en primera persona, familiares, profesionales, entidades proveedoras, referentes comunitarios y territoriales), para elaborar una estrategia conjunta que mejore las respuestas integradas en las necesidades de las personas y entorno familiar con necesidad de atención social compleja.

Revisar el sistema de provisión de **plazas** de los recursos y **prestaciones** de la cartera de servicios para proponer flexibilidad y compatibilidad en los circuitos entre consejerías y sistemas de atención flexibles, integrales, de proximidad, ágiles y centrados en la persona.

Supresión de la orientación actual con relación a los trastornos de conducta (o conductas que nos preocupan, según la terminología empleada por Plena inclusión).

Se valora positivo que en un servicio residencial - institución, que queramos transformar en "viviendas con apoyos en la comunidad", puedan **convivir personas con diferentes intensidades de apoyo**, tanto en lo referente a habilidades de la vida diaria como a la conducta (PDIDSM). Personas que requieren diferentes intensidades de apoyo pueden convivir en una misma vivienda recibiendo cada una de ellas los apoyos que necesita.



Supera cualquier adversidad con esfuerzo y sacrificio
 Autora: Verónica Sánchez Zamora
 XXII edición del Concurso de fotografía del INICO

6.6 Buenas prácticas en coordinación sociosanitaria entre la red pública y el tercer sector social

Entidades de Plena inclusión. Microsistemas

Importante

CDPD - Artículo 4: Obligaciones Generales

Los Estados Parte deben fomentar la colaboración con el tercer sector para garantizar que se respeten los derechos de las personas con discapacidad en todas las áreas.

Garantizar que las autoridades públicas trabajen con organizaciones representativas de personas con discapacidad en el diseño, implementación y supervisión de políticas y servicios.

CDPD - Artículo 25: Salud

Implica la necesidad de una colaboración entre sistemas públicos de salud y proveedores privados para garantizar la equidad y la accesibilidad.

CDPD - Artículo 26: Habilitación y Rehabilitación

Promueve la coordinación entre sectores público y privado en programas de habilitación y rehabilitación diseñados para las personas con discapacidad.

[Organización Mundial de Psiquiatría \(Plan de acción 2020-23\)](#)

Uno de los objetivos prioritarios para el desarrollo de redes de apoyo a personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental es la necesidad de crear alianzas entre las redes de salud mental públicas y otras organizaciones profesionales y el tercer sector social.

La sanidad y los servicios sociales, a pesar de haber evolucionado a diferente velocidad y tener un origen y una trayectoria desiguales, lo han hecho en una dirección convergente: existen variadas iniciativas que muestran el gran potencial de una **acción conjunta** y las posibilidades que la misma puede aportar al sistema y a los destinatarios de sus acciones.

Es importante señalar que la [Asociación Americana de Psiquiatría, en su Plan de acción 2020-23](#), todavía vigente, señala como uno de sus objetivos prioritarios para el desarrollo de redes de apoyo a personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental, la necesidad de crear alianzas entre las redes de salud mental públicas y otras organizaciones profesionales y el tercer sector social, en la línea de las acciones recogidas en la estrategia nacional para la discapacidad 2023-2030 del Gobierno de España.

El *informe Mansell* revisado (DOH, 2007) destacó que la primera línea de apoyo especializado para las personas con una discapacidad de aprendizaje es el **Equipo de Salud Mental Comunitario especializado en Discapacidad Intelectual**, que forma parte de la red pública de salud mental.

Teniendo en cuenta la realidad sociodemográfica de la mayoría de CC. AA, se considera que tales equipos no son absolutamente imprescindibles ya que, como el informe también enfatiza, el componente esencial de estos servicios es el desarrollo de **equipos de apoyo multidisciplinares con experiencia y formación** que puedan dar respuesta a las necesidades particulares de este colectivo. Estos equipos pueden formar parte de una red especializada integrada en la red genérica de SM o el resultado de la colaboración y coordinación entre los equipos profesionales de la red genérica de salud mental local y profesionales especializados en el apoyo a personas con discapacidad intelectual del tercer sector (Plena Inclusión), que aportan una comprensión más cercana y profunda de los complejos factores psicológicos y sociales que contribuyen a los problemas de salud mental en personas en este grupo de población, tal como están demostrando los datos de las diferentes experiencias piloto del programa **"Con Buenos Apoyos"**.

Mientras que los y las profesionales de la red de salud mental (psiquiatras y psicólogos/as) tienen sobrada experiencia en el diagnóstico y tratamiento de una amplia gama de trastornos mentales y problemas de salud mental, incluidos trastornos cerebrales orgánicos, psicosis, enfermedades depresivas y trastornos de la personalidad en la población normotípica, la falta de experiencia en el tratamiento de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, especialmente cuando la afectación es severa puede conducir a:

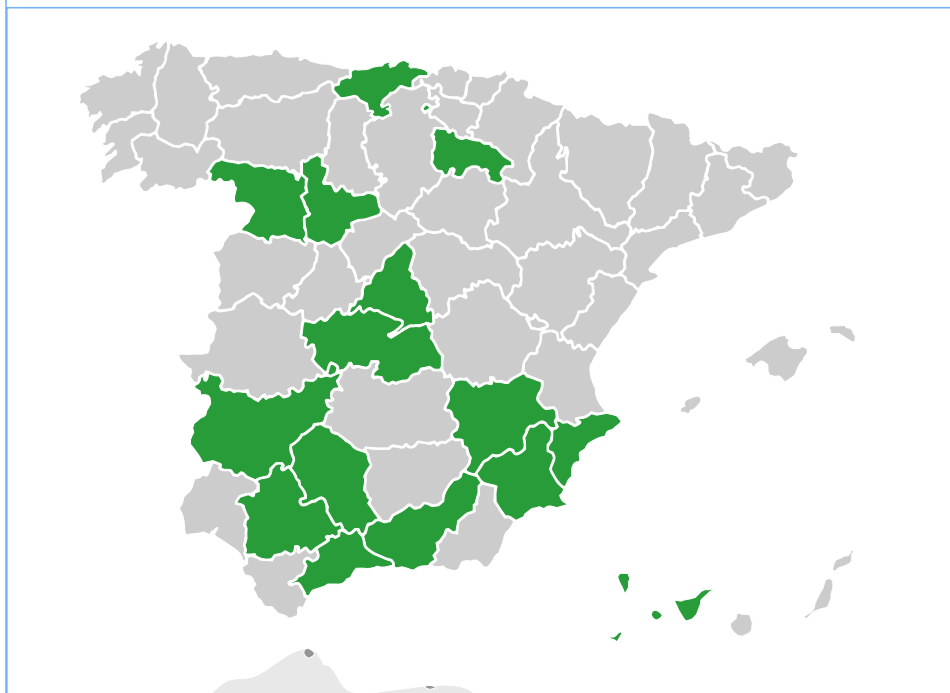
- ▶ Ausencia de diagnóstico o diagnóstico inadecuado a pesar de la existencia de problema de salud mental.
- ▶ Sobrediagnosticar "psicosis"
- ▶ Ausencia o tratamiento inadecuado y orientación
- ▶ Exceso de psicofármacos para "control conductual"

- ▶ Ausencia de revisión de la necesidad de seguir tratamientos
- ▶ Institucionalización

Conocer el proceso de desarrollo de las buenas prácticas locales puede servir de ayuda gracias a la identificación de factores contextuales que pueden estar implícitos en los planes nacionales pero que son condiciones necesarias para su implementación en otros lugares (Jones, 1985).

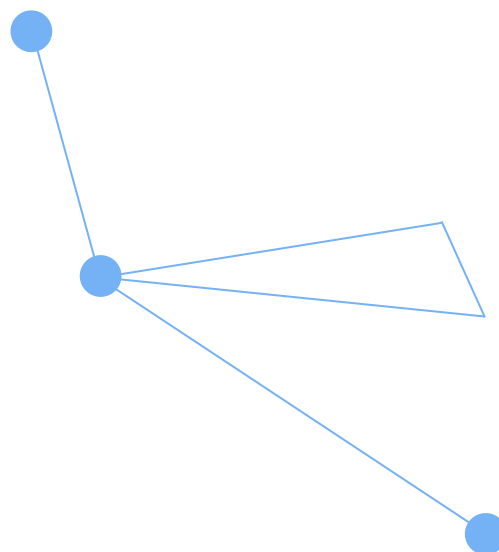
Este apartado recoge propuestas innovadoras de programas específicos a nivel autonómico y local, que mejoran la atención de las PDIDSM desde un enfoque preventivo, personalizado y comunitario, y que pueden ayudar a fomentar la colaboración institucional y servir como modelo para su extensión.

Buenas Prácticas de coordinación Socio-sanitaria entre las redes públicas y el tercer sector



● Coodinación sociosanitaria Red de Salud Mental - Plena inclusión

● Comunidad Autónoma	● Plan
● Andalucía	Área Sur Sevilla. ASAS-INCLUSIÓN ACTIVA - comisiones de coordinación intersectorial
● Cantabria	Federeración - Ampros - Dirección General de Dependencia, atención Sociosanitaria y Soledad no deseada
● Castilla La Mancha	EVATRA. Área Sanitaria Mancha Centro. Plena inclusión AFAS. Albacete
● Castilla y León	<u>Valladolid</u> . Servicio SM IJ Hosp. Universitario Río Ortega - San Juan de Dios <u>Zamora</u> . Complejo Asistencial Salud Mental - Plena inclusión (Fundación Personas)
● Comunidad de Madrid	Centro Salud Rosa Luxemburgo - APADIS / Centro Salud Mental del Hospital de Torrejón de Ardoz - ASTOR
● Comunitat Valenciana	Alicante: Servicio de Psiquiatría HGU Dr. Balmis Alicante - Plena inclusión (San Rafael)
● Extremadura	Don Benito y Villanueva. Grupo de evaluación e intervención. Proyecto Mi Casa (Don Benito, Montijo, Villafranca de los Barros - Almendralejo)
● Islas Canarias	Comisión de coordinación La Palma (Cabildo - Red Salud Mental/Plena inclusión)
● La Rioja	Red Salud Mental Servicio de Salud - Plena inclusión (PPISAM-LR)
● Región de Murcia	Red de Salud Mental Área de Salud - Murcia Oeste - Plena inclusión (INTEDIS)



Andalucía

Coordinación sociosanitaria con Plena inclusión

Inicio del proceso de coordinación: **2010**

¿Cómo se gestó el proceso?

Identificación de entidades prestadoras de servicios como emergente en la actuación.

En Andalucía se publica en 2016 una guía para la atención a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento, llamada Apoyos en Red, que establecía cauces de coordinación intersectorial entre las distintas redes profesionales (sectores sanitario, social, educativo, judicial y movimiento asociativo) que intervienen en la atención a estas personas, para ofrecer una atención eficaz y eficiente que cubra sus necesidades y las de sus familias. Estos grupos de trabajo comenzaron a reunirse en comisiones técnicas a nivel autonómico, con muy buena acogida y eficiencia. Tras la pandemia este trabajo se va diluyendo.

ASAS inclusión Activa, junto a otras entidades pertenecientes a Plena inclusión Andalucía, participan en comisiones de coordinación intersectorial del área sur de Sevilla, entre las distintas redes profesionales (sectores sanitario, social, educativo, judicial y movimiento asociativo) que intervienen en la atención a las personas DID y problemas de salud mental aportando valor a la vida de estas personas y como ejemplo de buenas prácticas.

¿Qué áreas están implicadas?

Inicialmente, Alcalá de Guadaíra uniéndose posteriormente Dos hermanas y toda la UGC desde la constitución de la Comisión técnica asesora en discapacidad que incluyen las entidades, los dispositivos sanitarios, dependencia, fiscalía y centro base de valoración.

Próximas acciones

Desarrollo de un programa específico de psicometría incluyendo EOES, dispositivos de salud mental y solicitud de neuropsicología través de FISEVI con neurología.
Intervención preventiva familiar.

Resultados cuantitativos (diciembre 2024)

Andalucía

- ▶ **Centros** que se coordinan (nº y procedencia: salud mental, servicios sociales, educación, entidades...)
 - Centros de salud mental: Unidades de salud mental comunitaria (Alcalá, Dos hermanas, Morón y Utrera), Unidad de salud mental infanto juvenil, Unidad de hospitalización y programa intensivo comunitario del área sur).
 - Entidades prestadoras de servicios: Inclusión activa, San Juan de Dios, Paz y Bien y ANIDI.
 - Fiscalía de discapacidades de Dos Hermanas.
 - Centro de valoración base de Sevilla.
 - Servicio de dependencia.
- ▶ Número de **personas** con DID incluidas en el programa
Casos de elevada complejidad en seguimiento en la Comisión de discapacidad: 46 hombres y 27 mujeres (la mayoría institucionalizados).
Casos en seguimiento en las USMC (más aproximado): 50 hombres y 30 mujeres.

Resultados cuantitativos (diciembre 2024)

Andalucía

- ▶ Número de **profesionales** de salud mental implicados en el programa / nº total de profesionales salud mental en el área donde se implementa:
 - 6 trabajadores/as sociales (80%), 4 FEA Psiquiatría (25% aprox)
 - Cubre la totalidad de la UGC de Salud mental Sur de Sevilla (Alcalá, Dos Hermanas, Moron, Arahal, Montellano, Utrera, Lebrija, Los Palacios, Las Cabezas).
- ▶ Número de sesiones clínicas con equipos de salud mental / número total de sesiones clínicas del equipo de salud mental en el área donde se implementa: 1 anual
- ▶ Número de formaciones y personas que han recibido formación: 40
- ▶ Evolución de la activación protocolos de urgencia (112) desde el inicio
No disponemos del dato, la impresión es decreciente.
- ▶ Evolución de la utilización de prácticas restrictivas (contención física, mecánica, farmacológica, aislamiento...) desde el inicio.
No disponemos de datos
- ▶ Evolución de las prescripciones psicofarmacológicas desde el inicio.
No disponemos de datos, la impresión es decreciente.
- ▶ Número de ingresos hospitalarios (salud mental) desde el inicio.
No disponemos de datos.

Resultados cualitativos (diciembre 2024)

Andalucía

- ▶ Grado de satisfacción de las PDID implicadas: no evaluado.
- ▶ Grado de satisfacción de las familias implicadas: no evaluado.
- ▶ Grado de satisfacción de profesionales de red de salud mental implicado/as: no evaluado.
- ▶ Grado de satisfacción de profesionales de Plena inclusión implicados/as: no evaluado.

Comentarios de personas protagonistas

Andalucía

"Gracias a Plena Inclusión Andalucía hemos conseguido volver a poner la discapacidad intelectual en la mesa de la política pública, y gracias a su esfuerzo constante estamos en el empeño de impulsar la coordinación interinstitucional tanto a nivel autonómico como local"

M^a del Mar Muñoz Coca. Asesora Técnica Programa de Salud Mental. Consejería de Salud y Consumo

"Lo más destacable de este trabajo es cómo desde un marco global tanto a nivel territorial, de financiación y de organización podemos articular propuestas en lo local de gran impacto para la vida de muchas personas. Y lo más importante: aprender y replicar"

Rubén Parrillo, director de Centro ocupacional de Inclusión Activa, Dos Hermanas, Sevilla.

"La participación en el Pilotaje nos ha permitido articular acciones con un objetivo claro dentro de los que es la estrategia de Salud Mental de Plena inclusión Andalucía"
Susana Triñanes, técnica de Plena inclusión Andalucía.

¿Cómo se gestó el proceso?

El grupo se gesta como consecuencia de la participación en el programa estatal de Plena inclusión de Salud Mental (con financiación a cargo del 0,7 del IRPF), ya que el compromiso adquirido con el programa era la configuración de un equipo autonómico de coordinación socio-sanitaria y realizar algún encuentro de coordinación.

¿Qué áreas están implicadas?

Federación. - Ampros. - Dirección General de Dependencia, atención Sociosanitaria y Soledad no deseada. - Subdirección de Dependencia. - Dirección General de Farmacia, Humanización y Coordinación Sociosanitaria. - Plan de Salud Mental de Cantabria.

Próximas acciones

De forma posterior a la formación recibida nos sentaremos para determinar los objetivos de trabajo y establecer un calendario de sesiones conjuntas. A partir de ahí, lo que sea necesario para su consecución.

Resultados cuantitativos (diciembre 2024)

Cantabria

- ▶ **Centros** que se coordinan (nº y procedencia: salud mental, servicios sociales, educación, entidades...) No se dispone de datos.
- ▶ **Personas** con DID incluidas en el programa: no se dispone de datos.
- ▶ **Profesionales** de salud mental implicados en el programa / nº total de profesionales salud mental en el área donde se implementa:
 - FEDERACIÓN: Elena Farpón (dirección) y Lucía Torre (técnico del programa de SM estatal).
 - AMPROS: Gemma Pernía (directora de apoyos a las personas), María Luisa Somavilla (Coordinadora) y Raquel Quindós (psicóloga).
 - ADMINISTRACIÓN: Dña. María Isabel Priede. (directora general de Farmacia, Humanización y Coordinación Sociosanitaria), D. Eduardo Rubalcaba (Dirección General de Dependencia, atención Sociosanitaria y Soledad no deseada), Dña. Teresa del Vigo (Subdirección de Dependencia), Dña. Paula Díaz (Técnico del Plan de Salud Mental de Cantabria)
- ▶ Número de sesiones clínicas con equipos de salud mental / nº total de sesiones clínicas del equipo de salud mental en el área donde se implementa: no se dispone de datos.
- ▶ Número de formaciones y personas que han recibido formación: no se dispone de datos.
- ▶ Evolución de la activación protocolos de urgencia (112) desde el inicio: no se dispone de datos.
- ▶ Evolución de la utilización de prácticas restrictivas (contención física, mecánica, farmacológica, aislamiento...) desde el inicio: no se dispone de datos.
- ▶ Evolución de las prescripciones psicofarmacológicas desde el inicio: no se dispone de datos.
- ▶ Número de ingresos hospitalarios (salud mental) desde el inicio: no se dispone de datos.

Resultados cualitativos (diciembre 2024)

Cantabria

- ▶ Grado de satisfacción de las PDID implicadas: no se dispone de datos.
- ▶ Grado de satisfacción de las familias implicadas: no se dispone de datos.
- ▶ Grado de satisfacción de profesionales de red de salud mental implicado/as: no se dispone de datos.
- ▶ Grado de satisfacción de profesionales de Plena inclusión implicadas: no se dispone de datos.
- ▶ Plena Inclusión Cantabria a llevado a cabo un cuestionario de satisfacción y detección de los/as profesionales de la red pública de salud Cantabria en relación con las necesidades vinculadas a la atención de personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental.

Castilla la Mancha

EVATRA. Equipo de valoración tratamiento y seguimiento entre AFAS y Salud Mental

¿Cómo se gestó el proceso?

El Proyecto se inicia durante la formación que realizan dos profesionales de AFAS, del Posgrado de Salud Mental y DI en Barcelona. Fue su proyecto de Fin de Grado. A partir de ahí iniciaron una ronda de comunicación con los dos hospitales de la zona y Plena Inclusión Castilla la Mancha y comenzó la colaboración contando con la aceptación de los/as Gerentes de los Hospitales y los Equipos de Salud Mental.

En Valdepeñas parte de la propuesta de Plena Inclusión Castilla la Mancha y el interés de varias entidades de la zona en mejorar la coordinación sociosanitaria, para mejorar la atención a las personas con DI y problemas de salud mental o conductuales.

En Albacete y Hellín se inició en 2023 con el apoyo de Plena Inclusión Castilla la Mancha.

Coordinación sociosanitaria con Plena inclusión

Inicio del proceso de coordinación:

2017 AFAS

2021 Valdepeñas

2023 Albacete y Hellín

2024 Talavera de la Reina

¿Qué áreas están implicadas?

Se han llevado a cabo 3 reuniones con ECORSAM (equipo de coordinación de salud mental del SESCAM). Durante el año 2022 se sumaron al equipo dos profesionales de la Dirección general de discapacidad. Se han asentado reuniones bimensuales desde 2021 y se elabora todos los años un plan de acción anual consensuado. Áreas sanitarias de Tomelloso, Valdepeñas, Albacete y Hellín y Talavera de la Reina. Actualmente las reuniones con ECORSAM y la DG de Discapacidad son cuatrimestrales, 3 al año.

Próximas acciones

En 2024 se une la zona sanitaria de Talavera de la Reina con la primera USMIJ del proyecto y 4 entidades.

- Se redefine el modelo de ingreso en el proyecto, generando desde Plena Inclusión CLM una formación para todos los profesionales de entidades que acceden a EVATRA.
- Se comienza a pensar en la recogida de datos a través de indicadores comunes de evaluación para todas las entidades.

En 2025 se prevé que entre la zona sanitaria de Toledo también en infante - juvenil.

Se realizará una base de datos (a través de una empresa externa) para que todas las zonas sanitarias puedan ir introduciendo datos de las personas que están en el proyecto e ir viendo la evolución.

Resultados cuantitativos (diciembre 2024)

Castilla la Mancha

► **Centros** que se coordinan (nº y procedencia: salud mental, servicios sociales, educación, entidades...)

Desde 2024: 9 entidades (11 centros) y 6 unidades de salud mental. Dos entidades tienen dos centros cada una en diferente zona sanitaria (Afas y Asprona) y la coordinación corresponde a diferentes USM.

► **Personas** con DID incluidas en el programa:

ARA (Valdepeñas) 4 PDID

AFAS (Tomelloso) 10 en 2024 y 24 desde el inicio en 2018

ADIN (Valdepeñas) 2 pdid.

AFAD (Valdepeñas) 20 PDID

ASPRONA (Hellín) 3 PDID

▶ Número de **profesionales** de salud mental implicados en el programa / nº total de profesionales salud mental en el área donde se implementa:

- TOMELLOSO (AFAS): 3 Psiquiatras de 3 existentes en la Unidad de Salud Mental
- ALCÁZAR DE SAN JUAN (AFAS): 1 Psiquiatra de 5 existentes en la USM.
- VALDEPEÑAS (AFAD, ARA Y ADIN): 1 Psiquiatra de 3 existentes, 1 psicóloga, 1 enfermera y 1 trabajadora social (desconocemos cuántos hay en el equipo).
- HELLÍN (ASPRONA): 1 Psiquiatra (en principio, creemos que se van a incorporar más profesionales).
- ALBACETE (ASPRONA) 1 Psiquiatra.
- TALAVERA DE LA REINA: 1 Psiquiatra (en principio, creemos que se van a incorporar más profesionales).

▶ Número **sesiones clínicas** con equipos de salud mental / nº total de sesiones clínicas del equipo de salud mental en el área donde se implementa:

En Tomelloso se plantean sesiones cada dos meses siempre coincidiendo la segunda semana de mes los martes (Es así desde 2018) Además cada persona lleva su seguimiento individual.

En Alcázar de San Juan no se diferencian personas de EVATRA del resto de personas usuarias. Hay una coordinación mensual en la que la psiquiatra acude físicamente al servicio.

En Valdepeñas presentado 3 casos (primero 29/03/2023) / desconocemos el número de sesiones clínicas del área.

En Hellín y Albacete aún no se ha presentado ningún caso.

Actualmente en Tomelloso, se reúnen cada dos meses y siempre dejan fijada la reunión en la coordinación anterior. En 2024 han tenido 10 casos en EVATRA.

Actualmente en Valdepeñas llevan presentados 7 casos, se reúnen cada tres meses.

▶ Número de **formaciones** y personas que han recibido formación

El cronograma que en Tomelloso se desarrolló cuando se aceptó la propuesta, incluía una primera parte de formación del Equipo de Salud Mental. En los primeros meses del 2018 se dedicaron varias sesiones conjuntas con la Unidad de Salud Mental del Hospital de Tomelloso para compartir las herramientas de evaluación, registros, modelos de informes y herramientas de coordinación. A partir de 2018 los/as profesionales de AFAS se han formado continuamente en este ámbito referido a la neuropsicología, salud mental y metodologías basadas en apoyos con carácter preventivo a nivel conductual.

En Valdepeñas se impartieron 2 formaciones, una para las entidades exclusivamente y otra conjunta con la USM.

En Albacete y Hellín se impartió una formación previa para profesionales de Asprona.

En Talavera de la Reina se ha impartido desde la Federación una formación sobre Coordinación Sociosanitaria en Salud Mental en personas con discapacidad intelectual en formato Moodle con sesiones en directo, de 20 horas. En dicha formación han participado profesionales que ya están en EVATRA y dos psiquiatras.

Este será el procedimiento para el resto de las zonas sanitarias.

En 2025 se prevé que pueda ofrecerse una formación específica impartida por psiquiatras para las USM o USMIJ que entren a formar parte del proyecto.

Resultados cuantitativos (diciembre 2024)

Castilla la Mancha

▶ Evolución de la **activación protocolos** de urgencia (112) desde el inicio

AFAS: Estos datos se recogen en Memorias anuales. Se han reducido en general, aunque en ocasiones, ante personas apoyadas que se incorpora a EVATRA y que atraviesan un proceso de adaptación al servicio, se dan picos de más demanda de urgencia.

El resto de las zonas no tienen datos.

▶ Evolución de la utilización de **prácticas restrictivas** (contención física, mecánica, farmacológica, aislamiento...) desde el inicio.

AFAS: No tienen un indicador específico, aunque en AFAS las medidas restrictivas se reducen a la contención física de personas con más necesidades por controles posturales y/o riesgo de caídas siempre con un protocolo de revisión anual completa firmado por familias, persona si fuera posible, médico/a y responsable del servicio. La contención farmacológica se emplea en aquellas personas que pueden tener pauta de una medicación de "rescate" indicada por su psiquiatra. En este último caso cada vez que se aplica se registra y se contabiliza para luego ofrecer los datos en la coordinación.

El resto de las entidades no tienen resultados significativos debido al poco tiempo de andadura dentro del proyecto.

▶ Evolución de las **prescripciones psicofarmacológicas** desde el inicio.

AFAS: Estos datos se recogen en Memorias anuales. El indicador consiste en la estabilización de tratamientos psicofarmacológicos.

AFAD VALDEPEÑAS: No tienen datos constatados.

▶ Número de **ingresos hospitalarios** (salud mental) desde el inicio.

AFAD: Se han reducido considerablemente los ingresos.

AFAD VALDEPEÑAS: No se han producido ingresos.

Resto de entidades, no tienen datos por su corta andadura en el proyecto.

Resultados cualitativos (diciembre 2024)

Castilla la Mancha

▶ Grado de satisfacción de las **PCDID** implicadas

AFAS: Solamente realizaron encuesta de satisfacción el primer año que se implantó el programa. Los datos fueron muy positivos en todos los grupos de interés. Después, por gestión del tiempo no hemos vuelto a hacer encuestas de satisfacción. Resto de entidades no tienen datos.

▶ Grado de satisfacción de las **familias** implicadas

AFAS: Solamente realizaron encuesta de satisfacción el primer año que se implantó el programa. Los datos fueron muy positivos en todos los grupos de interés. Después, por gestión del tiempo no hemos vuelto a hacer encuestas de satisfacción. Resto de entidades no tienen datos.

▶ Grado de satisfacción de **profesionales de red de salud mental** implicado/as

AFAS: Solamente realizaron encuesta de satisfacción el primer año que se implantó el programa. Los datos fueron muy positivos en todos los grupos de interés. Después, por gestión del tiempo no hemos vuelto a hacer encuestas de satisfacción. Resto de entidades no tienen datos.

▶ Grado de satisfacción de **profesionales de Plena inclusión** implicados/as

AFAS: Solamente realizaron encuesta de satisfacción el primer año que se implantó el programa. Los datos fueron muy positivos en todos los grupos de interés. Después, por gestión del tiempo no hemos vuelto a hacer encuestas de satisfacción. Resto de entidades no tienen datos.

"El proyecto EVATRA ha supuesto un salto de calidad en la coordinación entre profesionales del ámbito de la salud y de AFAS. Gracias a este proyecto se han mejorado sustancialmente los procesos de evaluación y diagnóstico y, con lo cual, de manera directa los planes de intervención se han conseguido ser mucho más acertados. Hemos conseguido tener una coordinación muy especial entre el Área de Psicología de AFAS y el equipo de Salud Mental del Hospital General de Tomelloso, llegando a verse beneficiados la totalidad de personas adultas de personas a las que atendemos en un momento determinado que precisen la atención en Salud Mental"

Profesional

"Yo creo que es más positivo. Incluso en el Centro tienen mucha más facilidad para obtener cualquier informe o documentación. En ocasiones es difícil contactar de manera rápida ante una urgencia por parte de las familias, y así los profesionales nos apoyan cuando lo necesitamos, o contactan ellos directamente con la psiquiatra si es necesario. El seguimiento y el apoyo que recibimos es muy bueno".

Familiar

¿Cómo se gestó el proceso?

A través de las sinergias establecidas de Plena CyL con la red de SM y la necesidad planteada en una Jornada de SM en PDID en 2018, donde participaron diferentes agentes, entre ellos un psiquiatra de Baleares que contó su manera de apoyar; se comenzó reuniendo a todas las partes interesadas en colaborar; se pilotó el proyecto estatal y fue forjando paso a paso, bajo el interés de las familias por participar.

Próximas acciones

Intentar implementar en otras zonas sanitarias y otras provincias

¿Qué áreas están implicadas?

▶ Valladolid:

Área infanto juvenil del Hospital Río Hortega de Valladolid (zona oeste), concretamente psiquiatra y enfermera de SM; 3 colegios de educación especial (en 2 de ellos el equipo de orientación, en el público enfermeras), familias, los menores con DI y conductas que preocupan y Plena inclusión CyL.

▶ Zamora:

En la mayoría de los casos: Zamora, Toro, Sanabria y Carbajales, las PDID son atendidas en sus centros de salud correspondientes por el/la psiquiatra de zona, ya que es allí donde se pasa consulta a toda la población. En algún caso (Fundación Personas, en Morales), es la psiquiatra referente en PDID quien se desplaza una vez al mes al centro para atender a las PDID y sus familias, trabajando con el equipo de profesionales de la entidad. Alternativamente, se realiza una sesión por video llamada a las dos semanas, para hacer seguimientos.

Los/as psicólogos del centro (Fundación Personas) gestionan todas las citas, si bien, las que se realizan en Morales, previamente a la consulta le enviamos a la psiquiatra el listado de personas que va ver, en función de las necesidades que detectamos, o si precisan seguimiento. Salvo casos puntuales, en los cuales se aporta informe, también se acompaña a la PDID a todas las consultas. Asimismo, se informa previa y posteriormente a todas las familias.

En los otros centros, vamos solicitando citas también en función de necesidades o bien de cuándo tengan pautado el seguimiento por parte del psiquiatra.

Con casi todas ellas, tenemos posibilidad de contacto por correo electrónico por si hay alguna situación que se desajusta o alguna persona de la que consideremos que necesita algo urgente o bien adelantar el seguimiento.

Centros que se coordinan (nº y procedencia: salud mental, servicios sociales, educación, entidades...)

Valladolid: 5

Zamora: 6

3 centros de Asprosub (Fund. Personas): Zamora, Sanabriia (El Puente) y Carbajales de Alba.

1 Centro de Asprosub Benavente.

1 Centro de la Diputación de Zamora: Residencia Virgen del Canto para personas mayores incluyendo unidad de discapacidad intelectual en Toro.

1 Centro de referencia residencial de la Junta de Castilla y León para personas con discapacidad intelectual grave en Zamora.

Personas con DID incluidas en el programa:

Valladolid: 55 personas

Zamora: Atiende bajo demanda. Es decir, no hay número concreto ya que depende de necesidades.

Número de profesionales de salud mental implicados en el programa / nº total de profesionales salud mental en el área donde se implementa:

Valladolid: 2 (enf. Y psiq) de 7 (2 psiq, 3 psicólogos, 2 traba.soc, 1 secretaria)

Zamora: 2 psiquiatras (uno de ellos al 25% y otro al 75%) de 18 psiquiatras. Como psicólogos/as actúan los de las entidades.

Número de sesiones clínicas con equipos de salud mental / nº total de sesiones clínicas del equipo de salud mental en el área donde se implementa:

Valladolid: 33 al año

Zamora: No están establecidas sesiones clínicas específicas de coordinación. En Fundación Personas de Zamora, realizan 12 sesiones presenciales al año, 12 sesiones online al año, más aquellas que se requieran según necesidades.

Número de de formaciones y personas que han recibido formación:

Valladolid: 3 sesiones (1 por centro) a 9 personas del ámbito social

Zamora: el objetivo es incluir la formación en discapacidad intelectual en todos aquellos eventos, congresos, cursos o jornadas que se realizan desde la red de salud mental genérica dirigidas a todos los equipos profesionales.

Evolución de la activación protocolos de urgencia (112) desde el inicio:

90 % de reducción

Evolución de la utilización de prácticas restrictivas (contención física, mecánica, farmacológica, aislamiento...) desde el inicio

No evaluado. En curso con la herramienta "libre" de Plena Inclusión

Evolución de las prescripciones psicofarmacológicas desde el inicio:

Más que reducción, mejor adaptación del tratamiento a la persona.

Número de ingresos hospitalarios (salud mental) desde el inicio:

80% de reducción

Resultados cualitativos (diciembre 2024)

Castilla y León

- ▶ Grado de satisfacción de las **PCDID** implicadas
Muy satisfechas 100%
- ▶ Grado de satisfacción de las **familias** implicadas
Muy satisfechas 100%
- ▶ Grado de satisfacción de **profesionales de red de salud mental** implicado/as
Muy satisfechas 100%. Mayor especialización, mayor alianza terapéutica, intervenciones más eficaces y coordinadas.
- ▶ Grado de satisfacción de **profesionales de Plena inclusión** implicados/as
Muy satisfechas 100%

Comentarios de personas protagonistas

Castilla y León

"La excelente coordinación que tenemos con la red de salud mental nos permite realizar una asistencia más cercana a las personas que atendemos, realizando ésta en el propio centro, evitando los problemas asociados a acudir a un contexto hospitalario. Asimismo, la coordinación es continua y muy ágil de modo que podemos ser muy rápidos en las respuestas que necesitan las personas. Como resultado a destacar podemos afirmar que en el 2023 no hemos tenido ningún ingreso en unidad de psiquiatría".
Diana Falcón. Psicóloga Fundación Personas. Zamora

"Me gusta que la psiquiatra venga a verme al centro, porque no tengo que ir al hospital y le puedo enseñar las cosas que hago".
Alfonso. Experto por experiencia, Fundación Personas. Zamora

"Entendemos que este programa permite el tratamiento en comunidad evitando ingresos en unidades de agudos, incluso en la fase aguda de la enfermedad."
Dr. Manuel A Franco Martín. Jefe de Salud Mental del Complejo Asistencial de Zamora

Comunidad de Madrid

Coordinación sociosanitaria con Plena inclusión

El proceso de coordinación con Salud Mental se inició hace muchos años y con el Hospital de Torrejón, se inició hace más de 10 años y se retomó en el **2022**

¿Cómo se gestó el proceso?

La colaboración fue sencilla porque la jefa de psiquiatría estaba formada en DI/D y tenía clara su inclusión en el recurso comunitario. HOSPITAL: Se firmó un convenio hace más de 10 años, pero tan sólo se llevaron a cabo algunas acciones. Se retomó en el 2022 y ha sido en este 2023, después de insistir mucho, cuando hemos iniciado un verdadero proceso de colaboración. Tuvimos una primera reunión con la directora médica, la técnica de calidad y el responsable de comunicación. Posteriormente, invitamos a la directora médica a conocer nuestra entidad y pudo descubrir nuestra realidad de primera mano, lo cual creemos cambió su mentalidad e hizo más coherente la necesidad de una colaboración.

Tras esa visita, tuvimos una reunión en la que plasmamos las necesidades de las PDID de nuestra entidad y mostramos todo lo que también nosotras, como entidad, podíamos ofrecer (sensibilización, formación en comunicación, adaptación de pruebas, documentos, etc.). Posteriormente, se establecieron una serie de reuniones por especialidades en las que mostramos las necesidades de las PDID y sus familias según la especialidad. En cada reunión están presente:

- ▶ por parte del HOSPITAL: la directora médica y la técnica de calidad y el responsable de cada especialidad
- ▶ por parte de ASTOR: las dos personas que iniciamos el proyecto de colaboración y las personas de cada servicio que previamente habíamos definido como vía de enlace para coordinarse de ahora en adelante con las personas responsables de cada especialidad.

¿Qué áreas están implicadas?

Por parte de ASTOR, están implicadas las direcciones de cada servicio (atención temprana, centro educativo, centro ocupacional, centro de día y viviendas, aunque son las directoras de atención temprana y viviendas quienes están coordinando el proyecto), psicólogas de los centros, la trabajadora social del centro especial de empleo y fisioterapeutas.

Por parte del hospital: cada especialidad con la que hemos establecido una prioridad por ser aquellas a las que más acuden las PDID (Salud mental, neurología, rehabilitación, neuropediatría, neumología, medicina interna, digestivo, hospitalización a domicilio, ginecología, oftalmología)

Próximas acciones

Salud Mental impartirá una formación en psicofármacos a los/as profesionales de ASTOR. Tras haber definido qué personas de la entidad tienen dificultad para las esperas y elaborar una tarjeta específica, incluirán una alerta informática en sus bases de datos de manera que se active cuando la PDID en cuestión llegue al servicio de urgencias o a alguna consulta y así puedan priorizar su atención.

Hacer accesibles los documentos de algunas pruebas médicas (ej.: ya se ha realizado el de la colonoscopia).

Centros que se coordinan (nº y procedencia: salud mental, servicios sociales, educación, entidades...)

Líneas desarrolladas en **APADIS** en coordinación sociosanitaria:

- Relación con centro de salud Rosa Luxemburgo: enfermera de enlace, coordina las citas médicas, recetas y acceso de analítica en días concretos para mayor accesibilidad y dedicación.
- Ingresos en agudos de psiquiatría: visitas a las personas ingresadas para poder acompañar y trabajar conjuntamente.
- Inicio de acuerdo con gerencia del HIS para sensibilización de los/as profesionales, acompañamiento siempre de las personas y generar un pasaporte para mejorar la atención y conocimiento de necesidades.

Líneas desarrolladas en **ASTOR** en coordinación socio sanitaria:

- Relación con el centro de Salud Mental del hospital de Torrejón de Ardoz (referente jefa de Salud Mental) citas seguidas, comunicación constante por mensaje o whatsapp, favorecer el acceso a pruebas con analíticas, tiempos de espera limitados, relación con el/la paciente de calidad, colaboración en procesos de ingreso hospitalario, vivistas al servicio por parte de la jefa de psiquiatría, en ocasiones coordinación de casos mediante un estudio de equipo ...).
- Relación con la escuela de optometría, derivación constante de personas, acompañamiento en caso necesario.
- Unidad hospital síndrome de Down, coordinación en algunos casos con comunicación directa y constante. En ocasiones acuden personal sanitario del Hospital a realizar analíticas al servicio, siendo esto más fácil para las personas que atendemos en coordinación con la enfermera del servicio
- Relación con Manuel Mirón desde el recurso de viviendas para facilitar protocolos y actuación durante la pandemia de forma fluida y constante.
- Relación con neurología en el Hospital de Torrejón, acompañamiento, adecuación de pruebas, y de atención.
- Coordinación con el Hospital de Torrejón de Ardoz para proyecto Salud Centrada en la persona, convenio de colaboración para Atención integral a personas con discapacidad. Claves para atención a personas con Discapacidad, formación a profesionales del Hospital, recursos de acceso específicos y vías de acceso concretas, Profesionales formados en cada especialidad para la atención a personas con discapacidad.

Líneas desarrolladas en **APANID** en atención en Servicios de urgencias en PDID con conductas que preocupan.

En 2015 APANID establece un [protocolo de atención](#) con los siguientes Hospitales: Hospital Universitario de Getafe, Hospital Universitario Infanta Cristina (Parla) y Hospital Universitario Puerta de Hierro (Majadahonda). La finalidad de este Proyecto es mejorar la atención a las personas con discapacidad intelectual con o sin conductas que nos preocupan, como pacientes cuando sea necesaria su asistencia en dichos servicios hospitalarios. Este protocolo, establece la prioridad de atención a la persona con discapacidad, desde el momento de su ingreso en Urgencias, ya que se ha incluido la determinación de tal condición en el sistema de triaje de Manchester, que se aplica en todos los pacientes de Urgencias Hospitalarias.

Resultados cuantitativos (diciembre 2024)

Comunidad de Madrid

▶ **Personas** con DID incluidas en el programa:

ASTOR: No especificado. Extensible a todas las personas de la entidad cuyo hospital de referencia es el de Torrejón de Ardoz. A Salud mental de Torrejón acuden 65 personas. (ASTOR acompaña a 532 PCDI, de ellas 130 presentan DID y SM. De esas 130, 92 acuden a algún recurso de Salud Mental. De esas 92, 65 acuden a SM de Torrejón de Ardoz).

▶ Número de **profesionales** de salud mental implicados en el programa / nº total de profesionales salud mental en el área donde se implementa:

ASTOR: Principalmente, la coordinación se establece con la jefa de salud mental, el trabajador social, una enfermera y la administrativa. Pero "salpica" al resto de los psiquiatras (5 más)

▶ Número de **sesiones clínicas** con equipos de salud mental / nº total de sesiones clínicas del equipo de salud mental en el área donde se implementa:

No disponemos del dato.

▶ Número de **formaciones** y personas que han recibido formación:

Pendiente formación sobre psicofármacos desde Salud Mental a ASTOR

▶ Evolución de la **activación protocolos** de urgencia (112) desde el inicio:

No evaluado estadísticamente. Pero las llamadas al 112 por alteraciones conductuales de naturaleza psiquiátrica se han sustituido en su mayoría por una atención rápida por parte de las/os psiquiatras de referencia.

▶ Evolución de la utilización de **prácticas restrictivas** (contención física, mecánica, farmacológica, aislamiento...) desde el inicio

Hoy en día no se recurre prácticamente a contenciones físicas y las farmacológicas de rescate se han reducido significativamente. En viviendas, de 36 personas, 6 personas tomaban medicación de rescate. (Ahora sólo una y muy puntualmente).

▶ Evolución de las **prescripciones psicofarmacológicas** desde el inicio:

No evaluado

▶ Número de **ingresos hospitalarios** (salud mental) desde el inicio:

No disponemos del dato.

Resultados cualitativos (diciembre 2024)

Comunidad de Madrid

▶ Grado de satisfacción de las **PCDID** implicadas

No evaluado

▶ Grado de satisfacción de las **familias** implicadas

No evaluado

▶ Grado de satisfacción de **profesionales de red de salud mental** implicado/as

No evaluado

▶ Grado de satisfacción de **profesionales de Plena inclusión** implicados/as

No evaluado

"Algo que me ha pesado mucho de ingresos anteriores han sido las contenciones mecánicas, simplemente que estén en la cama una vez que ingreso eso ya no me ha gustado. También recuerdo la ambulancia psiquiátrica teniendo que ir atado. Ahora mi psiquiatra me ayuda a hacer seguimiento y a estar mejor. Poder empezar a pedir yo las gotas (haloperidol) en momentos de más angustia me ha ayudado mucho".

Experto por experiencia

"Los ingresos ahora mismo son una herramienta, cuando hay un manejo complicado y se usa antes de que llegue a ser una situación insostenible. Todo el mundo fue cercano y me informaron, se les veía implicados con la persona. Al ponerse nervioso permitieron estar a la persona de apoyo, para ayudar a calmar o estar presente tranquilizando a la persona".

Persona de atención directa

"Fue fundamental la coordinación entre APADIS y el hospital. Ha sido muy positivo el ver como los profesionales interactuaban con la persona, facilitando las visitas y con la familia. Coordinando horas para poder hablar con la psiquiatra o estar con la persona. Fue fantástico, sigue siendo impactante ver a tu familiar ahí".

Familiar

"Que el hospital confíe en nuestro criterio y en el criterio de nuestra psiquiatra nos ayuda a poder coordinarnos mucho mejor. Con una llamada al servicio para comentar una posibilidad de ingreso, nos reservan una cama, valoramos si podemos esperar o no, si la planta está llena. Y una vez que sabemos que vamos a ingresar antes de ir a urgencias, entonces acudimos a la hora convenida. Esto nos ha hecho reducir las horas en urgencias, y el estrés de la persona. También durante el ingreso el flexibilizar visitas, permitir ciertas pertenencias de personas que normalmente no dejan etc. Nos ha ayudado mucho a verlo como una necesidad puntual de la persona, pero ya es mucho más raro que se viva desde el trauma. Algo en lo que si que vemos que tenemos que seguir trabajando para que se entienda es que los plazos en discapacidad intelectual o del desarrollo, son mucho más lentos, y a veces un alta muy temprano acaba invalidando el ingreso".

Equipo técnico

¿Cómo se gestó el proceso?

Propuesta desde la Jefatura de Sección

¿Qué áreas están implicadas?

Psiquiatría, Psicología, Trabajo social y enfermería de los departamentos de San Juan Y Alicante.

Próximas acciones

Creación de un equipo hospitalario para el abordaje de los trastornos graves.

Resultados cuantitativos (diciembre 2024)

Comunitat Valenciana

▶ **Centros** que se coordinan (nº y procedencia: salud mental, servicios sociales, educación, entidades...) 6 unidades de Salud Mental de personas adultas y 2 de infantil con el Hospital General de Alicante.

▶ **Personas** con DID incluidas en el programa:
No disponemos del dato.

▶ Número de **profesionales** de salud mental implicados en el programa / nº total de profesionales salud mental en el área donde se implementa:

57 (psiquiatras, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, enfermería y terapia ocupacional).

▶ Número de **sesiones clínicas** con equipos de salud mental / nº total de sesiones clínicas del equipo de salud mental en el área donde se implementa:
2 sesiones.

▶ Número de **formaciones** y personas que han recibido formación:
2 sesiones formativas, pero desconocemos el dato exacto de personas (dirigidas a todo el personal).

▶ Evolución de la **activación protocolos** de urgencia (112) desde el inicio:
Nada.

▶ Evolución de la utilización de **prácticas restrictivas** (contención física, mecánica, farmacológica, aislamiento...) desde el inicio
Se trata de consultas ambulatorias.

▶ Evolución de las **prescripciones psicofarmacológicas** desde el inicio:
No disponemos del dato.

▶ Número de **ingresos hospitalarios** (salud mental) desde el inicio:
No disponemos del dato.

Resultados cualitativos (diciembre 2024)

▶ Grado de satisfacción de las **PCDID** implicadas
Elevado

▶ Grado de satisfacción de las **familias** implicadas
Valoración positiva.

▶ Grado de satisfacción de **profesionales de red de salud mental** implicado/as
Bueno.

▶ Grado de satisfacción de **profesionales de Plena inclusión** implicados/as
Elevado.

¿Cuándo se inició el proceso de coordinación?

Coordinación socio sanitaria entre una organización de la red de discapacidad y un Equipo de Salud Mental comunitario del Servicio Extremeño de Salud. En el año 2007, se inicia un proceso de coordinación socio sanitaria entre Plena inclusión Don Benito (Plena inclusión Extremadura) y la coordinación del área de salud mental de Don Benito/Villanueva de la Serena. Una coordinación que se materializó en una evaluación y atención integral de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo que presentaban alteraciones de la salud mental más complejas.

Con esta alianza, da comienzo la organización de sesiones clínicas tanto a nivel territorial como a nivel regional, con la colaboración de un consultor externo especialista en Psiquiatría y discapacidad intelectual. Este espacio de coordinación vuelve a coger impulso y se refuerza con la puesta en Marcha del Proyecto "Mi casa: una vida en comunidad" en enero del 2022, y el tránsito a viviendas en comunidad de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo con problemas de salud mental y/o conductas que nos preocupan (PDID-SM) en los territorios de Don Benito, Montijo y Villafranca de los Barros.

Con el despliegue de este proyecto se diseña y desarrolla una estrategia de coordinación socio sanitaria a nivel comunitario con los 3 Equipos de Salud mental de las áreas de salud de Mérida, Badajoz y Don Benito-Villanueva de la Serena para asegurar los tránsitos a la comunidad y acompañar procesos de apoyo conductual positivo con las PDID-SM. Creación de un grupo de trabajo entre la red pública de salud mental y plena inclusión Extremadura para la elaboración de un protocolo de coordinación socio sanitaria, que asegure un proceso de atención integral y coordinada con las PDID-SM. Se centra especialmente en aquellas personas con necesidades de elevada complejidad que requieren cuidados especializados, tanto en intensidad como en frecuencia, debido a la al riesgo que suponen para ellas mismas y otros sus conductas y al nivel de apoyo necesario.

¿Cómo se gestó el proceso?

En el marco del Proyecto "Mi casa", y dado que algunas personas presentaban problemas de salud mental asociada y/o conductas que nos preocupan, se presenta el Proyecto a la Subdirección de Salud Mental de la Junta de Extremadura, y se pide colaboración para iniciar una alianza y coordinación con los 3 equipos de salud mental (ESM) de los territorios del Proyecto.

En Febrero 2023, desde la coordinación del proyecto a nivel regional y el equipo técnico de los 3 territorios del proyecto, se establecen alianzas y se diseña conjuntamente en cada territorio una estrategia en la que tras difundir el proyecto y hacer incidencia acerca de la importancia de establecer una óptima coordinación socio sanitaria, se diseña conjuntamente algunas estrategias para mejorar la coordinación socio sanitaria a nivel comunitario, "Especialmente con las PDID con necesidades más complejas". En estas sesiones, se acuerda la puesta en marcha de espacios de coordinación específicos y continuados, así como el seguimiento de la estrategia con carácter semestral.

Del mismo modo desde el Equipo de Salud Mental de Don Benito, se programan acciones formativas, una sesión clínica regional como espacios de aprendizaje abierto a todas las áreas de salud y equipos de salud mental de Extremadura

Antes de la estrategia del Proyecto con Buenos Apoyos se realizaron:

- 13 jornadas de sensibilización y capacitación a profesionales socio sanitarios de las áreas de salud de Extremadura.
- Participación de Plena inclusión Extremadura en la redacción del I Plan de Acción para la Atención de las personas con discapacidad intelectual con trastornos de la salud mental.
- Impartición de Formación en la unidad de hospitalización para PDID-SM. (UHDAC): 4 Jornadas 3 de ellas organizadas y financiadas por Plena Inclusión Extremadura y 1 organizada conjuntamente entre Plena inclusión Extremadura y la escuela de administración pública de Extremadura a través del SEPAD.
- Sesiones clínicas socio sanitarias en alianza entre plena inclusión Extremadura y el área de salud mental de Don Benito -Villanueva de la Serena.. Se pusieron en marcha en el año: 2007. Se han realizado: 13 sesiones clínicas de coordinación.
- Soporte a profesionales de la red de salud mental de Plena inclusión Extremadura para la capacitación y seguimiento de los procesos de evaluación e intervención multimodal con las PDID-SM, mediante espacios de formación y realización de sesiones clínicas para la revisión de Planes de intervención y apoyo con profesionales de las entidades que guían los Planes. Inicio en el año 2003. En los últimos 15 años, se han desarrollado en torno a 30 sesiones de revisión de casos.

¿Qué áreas están implicadas?

Área de Salud de Don Benito-Villanueva de la Serena; Área de Salud de Mérida; Área de Salud de Badajoz..

Próximas acciones

A NIVEL REGIONAL: En estos momentos se está finalizando la redacción de un Protocolo de coordinación sociosanitaria para abordar la salud mental de las PDID con necesidades más complejas, materializando el Plan de Acción Regional de DID y Salud Mental. Se está elaborando a través de un grupo de trabajo mixto en el que participan profesionales de ambas redes. A NIVEL COMUNITARIO: En los 3 Territorios del Proyecto "Mi Casa", ambas redes (Plena inclusión y los Equipos de Salud Mental comunitarios), en diciembre del 2023 acuerdan para el 2024:

1. Sistematizar 1/2 veces al mes sesiones clínicas de coordinación entre ambas redes para abordar las historias de vida más complejas. Algunas de ellas estarán abiertas a otros ESM para generar aprendizaje.
2. Diseñar una formación específica a enfermería en salud mental y DID, para pilotar y desarrollar la figura del referente del caso asegurando la continuidad de atención de la persona.
3. Implicar a las gerencias de las áreas de salud y a las Direcciones Generales de Atención Sanitaria en las estrategias de coordinación socio sanitarias.

Resultados cuantitativos (diciembre 2024)

Extremadura

► **Centros** que se coordinan (nº y procedencia: salud mental, servicios sociales, educación, entidades...)
Equipo de Salud Mental de Don Benito (Área de salud de Don Benito/Villanueva de la Serena).
Equipo de Salud Mental de Almendralejo (Área de salud de Mérida).
Equipo de Salud Mental e Montijo (Área de salud de Badajoz).
Plena inclusión Extremadura: la Federación de Plena inclusión y las entidades de Montijo, Villafranca de los Barros y Don Benito.
Unidad de hospitalización para personas con did y trastornos de conducta (UHDAC).
Subdirección de Salud Mental y Programas Asistenciales del Servicio Extremeño de Salud.
Servicio Extremeño de Promoción para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

► **Personas** con DID incluidas en el programa:
20 PDID-SM participantes del Proyecto "Mi casa: una vida en comunidad"

▶ Número de **profesionales** de salud mental implicados en el programa / nº total de profesionales salud mental en el área donde se implementa:

A nivel regional: 4

A nivel comunitario/territorial: 11 profesionales (4 del ESM de Almendralejo que cubre la zona de Villafranca de los Barros; 3 del ESM de Montijo; 4 ESM de Don Benito).

▶ Número de **sesiones clínicas** con equipos de salud mental / nº total de sesiones clínicas del equipo de salud mental en el área donde se implementa:

18

▶ Número de **formaciones** y personas que han recibido formación:

Desde el inicio del proyecto con buenos apoyos.

6 profesionales de la administración regional han participado en los seminarios on line del proyecto organizados por Plena inclusión España.

En los últimos 3 años.

- 5 formaciones regionales: dos de psicofarmacología, dos de Apoyo Conductual Positivo, y una de Epilepsia y Salud Mental en Personas con DID, todas abiertas a la red de Salud Mental y a la red de Atención Primaria de Extremadura.

- Una sesión clínica formativa regional organizada por el Área de Don Benito.

- Una Jornada Regional en Salud Mental para dar a conocer nuevas formas de apoyar a las PDID, abierta a profesionales de los ESM, EAP, profesionales de atención a la dependencia y profesionales de la red especializada en discapacidad intelectual.

- Una formación en Trastorno del Espectro del Autismo dirigida a la red especializada de discapacidad intelectual.

- Dos formaciones dirigidas a familias en el Modelo del Apoyo Conductual Positivo para el abordaje de las conductas que preocupan.

▶ Evolución de la **activación protocolos** de urgencia (112) desde el inicio:

66 activaciones del 112, de las 9 viviendas y de las 35 PDID del proyecto Mi casa: una vida en comunidad con conductas que nos preocupan.

De 21 PDID-SM, el 66,7% ha reducido el uso de los servicios de emergencia (llamadas al 112) como resultado de las estrategias de prevención adoptadas en el proyecto. Este dato nos devuelve una mayor capacidad de los equipos y entornos de las personas para gestionar situaciones de crisis sin recurrir a servicios de emergencia.

► Evolución de la utilización de **prácticas restrictivas** (contención física, mecánica, farmacológica, aislamiento...) desde el inicio

Con la aplicación de los Planes de Apoyo Conductual Positivo, y el seguimiento más continuado de salud mental comunitaria, se ha puesto el foco en reducir progresivamente las restricciones farmacológicas. No obstante, cuando la persona requiere un internamiento breve en las unidades de agudo o en la UHDAC (Unidad de hospitalización media de Personas con discapacidad intelectual en Extremadura), en estos dispositivos si se siguen aplicando prácticas restrictivas.

En el 71,4 % se ha reducido el uso de restricciones. Mejorando su control y libertad en el día a día. Los y las profesionales señalan que los planes personales, y el acompañamiento individualizado en procesos de ACP y los planes ACP como causa de ir revisando y reduciendo este tipo de medidas de forma grupal e individual. Este es un dato relevante e importante porque sabemos que va íntimamente ligado a la calidad de vida. Y también porque el uso de medidas restrictivas sin regulación sabemos que es uno de los indicadores de servicios que son propensos a malas prácticas y abusos.

Se hace necesario hacer un planteamiento de trabajo compartido con las unidades hospitalarias

► Evolución de las **prescripciones psicofarmacológicas** desde el inicio:

Un 57,1 % de las personas (14 de las 21 de la muestra) han reducido su medicación psiquiátrica en los últimos 3 años tras la entrada en el proyecto mi casa.

El 66,7% de las personas participantes del proyecto han reducido el uso de Medicación de rescate "si precisa".

Evolución en seguimiento psiquiátrico en salud mental:

El modelo del proyecto "Mi casa" en Extremadura mejora los datos de frecuencia del seguimiento psiquiátrico. De las 20 personas,

El 4,8 % tienen seguimiento en salud mental 1 vez al mes

El 19 % cada 2 meses.

El 52,4 % tienen un seguimiento en salud mental cada 3 meses

El 9,5 % seguimiento en salud mental 2 veces al año

► Número de **ingresos hospitalarios** (salud mental) desde el inicio:

2023: 20 ingresos

U.H.B (unidad de hospitalización breve): 18 ingresos. 1 de las personas 13 ingresos.

UHDAC (Unidad de media estancia de PDID-SM): 2.

2024: 7 Ingresos

UHB (unidad de hospitalización breve): 5

UHDAC (Unidad de media estancia de PDID-SM): 2

Supone una reducción del 72 % de los ingresos a fecha de diciembre del 2024

▶ Grado de satisfacción de las PCDID implicadas

La colaboración entre unidades de salud mental, dispositivos de origen de la persona y equipos del proyecto ha sido crucial para ajustar los apoyos en las personas de las viviendas.

Las personas implicadas en los procesos de coordinación socio sanitaria, manifiestan apreciar una mayor cercanía y calidad en la atención por parte de su psiquiatra de referencia y una comprensión y empatía mayor acerca de sus problemas de salud mental.

Se establece un vínculo con la persona que favorece el seguimiento de su proceso de salud mental.

La coordinación interinstitucional optimiza el uso de los recursos disponibles y mejora la experiencia de las PDID-SM al reducir barreras burocráticas y facilitar el acceso a servicios esenciales.

▶ Grado de satisfacción de las familias implicadas

Las familias de las PDID-SM de las viviendas, valoran positivamente la participación en las acciones formativas al adquirir estrategias para la gestión de las conductas de su familiar.

Las familias expresan un alto grado de satisfacción con el proyecto, destacando una transformación positiva en la vida de sus seres queridos y un alivio significativo en su bienestar emocional. Valoran especialmente la confianza en los equipos profesionales, la mejora en la autonomía de sus hijos e hijas y la sensación de ser escuchadas y respetadas. Sin embargo, proponen reforzar la coordinación con servicios como psiquiatría y ampliar los recursos para que más familias puedan acceder al modelo sin necesidad de cambios forzados de vivienda. En general, la satisfacción es elevada, aunque acompañada de propuestas para perfeccionar el modelo y hacerlo más accesible.

▶ Grado de satisfacción de profesionales de red de salud mental implicado/as

Los equipos profesionales de la red de salud mental implicados valoran positivamente la coordinación establecida en el proyecto, especialmente la coordinación con las entidades y la "humanización" de la atención. Destacan como fortalezas las reuniones de seguimiento y las acciones previas al tránsito de las personas a las viviendas, aunque consideran que hay margen de mejora en la formación específica, en especial sobre farmacología y apoyos centrados en la persona (ACP). Asimismo, consideran clave sensibilizar a toda la red y disponer de referentes específicos en los equipos de salud mental para los casos más complejos. También subrayan la necesidad de ajustar los recursos y evitar la sobremedicación, señalando que, aunque ha habido avances, sigue existiendo un "gap" en el enfoque preventivo, ya que los casos suelen llegar cuando la situación es crítica.

En conclusión, los/as profesionales valoran la coordinación y los espacios de trabajo conjunto, pero identifican áreas de mejora, como el fortalecimiento de la formación, el ajuste de recursos y un enfoque más preventivo.

▶ Grado de satisfacción de profesionales de Plena inclusión implicados/as

Las profesionales implicadas valoran positivamente su participación en el proyecto, destacando aspectos como el seguimiento personalizado, la implantación de planes de apoyo conductual positivo (ACP) y el trabajo coordinado con los Equipos de Salud Mental. Este marco de colaboración está teniendo un impacto muy directo en la vida de las personas y en la calidad del trabajo que se realiza. Expresan que la coordinación socio sanitaria no solo mejora la atención a estas personas, sino que genera una visión compartida y un abordaje integral que favorece una mejora del estado de salud de la persona.

Además, resaltan la relevancia de las acciones formativas y consideran que han sido clave para ampliar su conocimiento y aplicarlo en la práctica diaria. Mencionan que se requiere un esfuerzo continuo para evitar intervenciones reactivas y fomentar estrategias proactivas.

En conclusión, el nivel de satisfacción es alto, con un reconocimiento claro a los avances en la autonomía de las personas y la mejora de sus apoyos. No obstante, proponen fortalecer la coordinación interprofesional y trabajar más en la involucración de las familias

"El proyecto "Mi casa", es un testimonio de la necesaria coordinación entre la red de salud mental y la red de discapacidad. En la intersección de ambas redes encontramos una oportunidad. para redefinir el apoyo, la inclusión y autonomía de aquellas personas que presentan alteración de la salud mental. El Proyecto "mi casa," busca trazar un nuevo camino hacia la inclusión. El objetivo es intentar ofrecer un espacio seguro, de apoyo, y con recursos adaptados para fomentar una vida independiente. En este hogar comunitario se están derribando barreras y promoviendo la aceptación. La colaboración entre la red de discapacidad y la red de salud mental es crucial debido a que las PDID presentan una variedad de necesidades complejas y multidimensionales y distintas comorbilidades que la colaboración de las distintas redes puede ayudar a identificar y tratar de manera efectiva. Es esencial para proporcionar una atención integral y de calidad la implementación de protocolos y procedimientos adecuados así como el acceso a los servicios, la integración de cuidados y la formación interdisciplinar"

Constancia Machio: Psiquiatra que apoya a personas del Proyecto "Mi casa: una vida en comunidad" y coordinadora de salud mental del Área de Llénera.

"Nosotros hemos dado muchos palos de ciego, y lo hemos pasado muy mal. Cuando llegó este proyecto, a mí se me abrió el cielo... ha sido un cambio. Yo no dormía y, desde que mi hijo está allí, tengo una tranquilidad que no tenía desde que nació. Esto para nosotros es muchísimo. La coordinación sociosanitaria ha sido clave para este cambio: contar con profesionales accesibles, especialmente en momentos críticos, ha generado confianza y ha reducido la incertidumbre de las familias. Además, el estilo de apoyos centrado en la persona ha permitido que nuestros hijos sean protagonistas de sus propias vidas, con decisiones basadas en sus deseos y necesidades. Este enfoque no solo ha mejorado la calidad de vida de las personas atendidas, sino que también ha empoderado a las familias, quienes ahora sienten que su papel es acompañar sin imponer. Sin embargo, sigue siendo importante ampliar los recursos para que más familias puedan acceder a estos apoyos sin tener que recurrir al cambio de domicilio de manera forzada." **Testimonio de familiares**

"En el acompañamiento a las personas del proyecto que presentan alteraciones de la conducta, podemos decir que somos afortunados, y los que mejor pueden corroborarlo son los participantes del proyecto. Tanto para ellos y ellas como para nosotros, la enfermera de salud mental (Cándela), el psiquiatra del ESM (Pino) y la Trabajadora Social; (Eulalia), son parte del equipo en el apoyo y atención a estas personas y todo un referente en cuanto a su salud y bienestar. Esta relación de colaboración lleva años consolidándose gracias al esfuerzo y rigor profesional, y gracias a que detrás de cada rol profesional encuentras a grandes personas, empáticas, implicadas y muy humanas. Esta oportunidad, de la cual estamos muy agradecidos, es la que ensambla todo, para que esta coordinación socio sanitaria funcione, llegando a impactar en los participantes del proyecto."

Yolanda, psicóloga Proyecto "Mi casa: una vida en comunidad", en Plena inclusión Montijo.

"La coordinación socio sanitaria es fundamental. El hecho de que puedan colaborar los servicios sanitarios, la familia, los servicios sociales, la persona y las redes de apoyos para que la personas puedan mejorar su calidad de vida. Es fundamental también que a nivel institucional las administraciones hagan una apuesta firme para favorecer esta coordinación y tiene que ser un elemento clave para que la atención no esté desorganizada y poco coordinada".

Alberto Gallego Cuevas: Psiquiatra que apoya a personas del Proyecto "Mi Casa: Una vida en comunidad" y Coordinador de salud mental del Área de Don Benito/Villanueva de la Serena.

"Los profesionales y la psiquiatra que me apoyan, están muy cercanos a mi día a día. Para mí es muy importante ver a mi psiquiatra Constanza, me ayuda, y me da consejos. Cuando el TOC que tengo se me dispara, intenta facilitarme consulta o hablamos por teléfono, y ello me hace sentir muy aliviado y feliz".

Experto por experiencia

Islas Canarias

Coordinación sociosanitaria con Plena inclusión

Inicio del proceso de coordinación: **2019**

¿Cómo se gestó el proceso?

En los Grupos de Reflexión y Debate se analiza la situación de las PCDID y SM. En La Palma se considera la necesidad de "Crear mesas de trabajo sociosanitarias para compartir, en las que se aporte y se genere cambio:

- Lucha de derechos y reivindicaciones, formada por PCDID, familiares y profesionales, tanto del ámbito público como privado. - Trabajo transdisciplinar, integral y sistémico. Y en 2020 comienza el pilotaje desde Plena inclusión España de Con Buenos Apoyos y enlaza con el trabajo que se estaba realizando.

¿Qué áreas están implicadas?

Sección de Servicios Especializados y de Acceso y Seguimiento de plazas de Centros de Atención Social a la Dependencia y Tutelas. Área de salud mental del Hospital Universitario de La Palma. Y la Fundación Canaria Taburiente Especial - Funcataes

Próximas acciones

Se preveía en el 2024 programar reuniones de coordinación para establecer las líneas a seguir

Resultados cuantitativos (diciembre 2024)

Islas Canarias

▶ **Centros** que se coordinan (nº y procedencia: salud mental, servicios sociales, educación, entidades...) 2 profesionales de la Sección de Servicios Especializados y de Acceso y Seguimiento de plazas de Centros de Atención Social a la Dependencia y Tutelas. 1 profesional del Área de salud mental del Hospital Universitario de La Palma. Y 1 profesional y 1 PCDID de la Fundación Canaria Taburiente Especial - Funcataes

▶ **Personas** con DID incluidas en el programa:

1

▶ Número de **profesionales** de salud mental implicados en el programa / nº total de profesionales salud mental en el área donde se implementa:

1

▶ Número de **sesiones clínicas** con equipos de salud mental / nº total de sesiones clínicas del equipo de salud mental en el área donde se implementa:

1

▶ Número de **formaciones** y personas que han recibido formación:

1

▶ Evolución de la **activación protocolos** de urgencia (112) desde el inicio:

0

▶ Evolución de la utilización de **prácticas restrictivas** (contención física, mecánica, farmacológica, aislamiento...) desde el inicio

Sin plan específico ni evaluación de prácticas restrictivas.

▶ Evolución de las **prescripciones psicofarmacológicas** desde el inicio:

No se dispone de datos.

▶ Número de **ingresos hospitalarios** (salud mental) desde el inicio:

0

Resultados cualitativos (diciembre 2024)

Islas Canarias

- ▶ Grado de satisfacción de las **PCDID** implicadas
65% están satisferechas.
- ▶ Grado de satisfacción de las **familias** implicadas
No se dispone de datos.
- ▶ Grado de satisfacción de **profesionales de red de salud mental** implicado/as
90% están satisferechas.
- ▶ Grado de satisfacción de **profesionales de Plena inclusión** implicados/as
60% están satisferechas.

Comentarios de personas protagonistas

Islas Canarias

"El Pilotaje Con Buenos Apoyos impulsado por Plena Inclusión en nuestra isla, está facilitando el que a nivel Insular se estén llevando a cabo acciones encaminadas a mejorar significativamente la Coordinación Sociosanitaria en favor de las personas con Discapacidad y sus familias. Seguimos en el Proceso, pero sin duda, sin este Pilotaje no hubiera sido posible los logros que se están consiguiendo"

Tania Viñoly y Begoña Pedrianes.
Técnicas del Equipo Discapacidad del Cabildo Insular de La Palma



La Rioja Programa PPISAM-LR



Coordinación sociosanitaria con Plena inclusión
Inicio del proceso de coordinación: **2012**

¿Cómo se gestó el proceso?

La Rioja no contaba con servicios especializados para personas con DID con problemas de SM y conducta. Había muchos problemas en la evaluación, el diagnóstico y una sobremedicación sin un análisis integral. Se acuerda con las USM realizar las evaluaciones desde las entidades (para los usuarios de estas) y desde Plena inclusión (para los que no están en las mismas) y entregar los informes en sus consultas. Poco a poco, se va ampliando a otros servicios y especialidades de salud (neurología, AP...) y otros ámbitos (educación, servicios sociales...) Hasta que finalmente se pone en marcha el servicio PPISAM-LR a través de la modalidad de convenio con el Gobierno de La Rioja desde el año 2023 y continúa en la actualidad.

¿Qué áreas están implicadas?

Unidades de Salud Mental, entidades movimiento asociativo Plena inclusión La Rioja, Consejería de salud (Dirección Estrategia Salud Mental), Unidad de Neurología, educación y servicios sociales comunitarios, Red de Atención Primaria, Servicios Sociales de Salud.

Próximas acciones

Incluir nuevos agentes o campos (Unidades de Pediatría)
Lograr nuevas redes de colaboración y alianzas (Convenio colaboración con Unidad Investigación Molecular y genética, CIBIR)

Resultados cuantitativos (diciembre 2023)

La Rioja

Centros que se coordinan (nº y procedencia: salud mental, servicios sociales, educación, entidades...)

Instituciones Penitenciarias: 2
Servicios Sociales Comunitarios (SS.SS Base): 2
Empleo: 1
Servicios Sociales Salud: 1
Salud: 7
Educación: 6
Entidades miembro Plena inclusión La Rioja: 3
Otras entidades del tercer sector: 3
Otros (Gabinete privado de Psicología): 1
En total: 26

Personas con DID incluidas en el programa:

129

Número de profesionales de salud mental implicados en el programa / nº total de profesionales salud mental en el área donde se implementa:

6 psiquiatras correspondientes a 4 unidades diferentes de un total de 7 unidades de salud mental hay en La Rioja.

Número de sesiones clínicas con equipos de salud mental / nº total de sesiones clínicas del equipo de salud mental en el área donde se implementa:

Sesiones clínicas con psiquiatras de la USM: 9 sesiones.

Sesiones del Equipo Autónomo de Salud Mental coordinado desde Plena Inclusión: 49 sesiones (136 casos tratados).

Resultados cuantitativos (diciembre 2024)

La Rioja

- ▶ Número de de **formaciones** y personas que han recibido formación:
26 acciones - 550 profesionales.
- ▶ Evolución de la **activación protocolos** de urgencia (112) desde el inicio:
No se dispone de datos.
- ▶ Evolución de la utilización de **prácticas restrictivas** (contención física, mecánica, farmacológica, aislamiento...) desde el inicio
No se dispone de datos.
- ▶ Evolución de las **prescripciones psicofarmacológicas** desde el inicio:
No se dispone de datos.
- ▶ Número de **ingresos hospitalarios** (salud mental) desde el inicio:
No se dispone de datos.

Resultados cualitativos (diciembre 2024)

La Rioja

- ▶ Grado de satisfacción de las **PCDID** implicadas
No se dispone de datos.
- ▶ Grado de satisfacción de las **familias** implicadas
4,75/5.
- ▶ Grado de satisfacción de **profesionales de red de salud mental** implicado/as
5/5..
- ▶ Grado de satisfacción de **profesionales de Plena inclusión** implicados/as
5/5.

Resultados cuantitativos (año 2024)

La Rioja

- ▶ **Centros** que se coordinan (nº y procedencia: salud mental, servicios sociales, educación, entidades...)
En el protocolo establecido, todos los casos vienen derivadas desde el ámbito de salud. Si contactan con el servicio de otro ámbito se solicita que se tramite la derivación desde salud. Estos datos son las derivaciones de 2024:
USM ESPARTERO: 22%
USM GUINDALERA: 13%
USM SIETE INFANTES: 5%
USMIJ: 4%
USM NÁJERA: 8%
USM HARO: 11%
USM SANTO DOMINGO: 1%
USM CALAHORRA: 4%
USM ARNEDO: 2%
NEUROLOGÍA: 4%
HOSPITAL PROVINCIAL: 4%
HOSPITAL SAN PEDRO: 1%
ATENCIÓN PRIMARIA: 21%
- ▶ **Personas** con DID incluidas en el programa:
92

Resultados cuantitativos (año 2024)

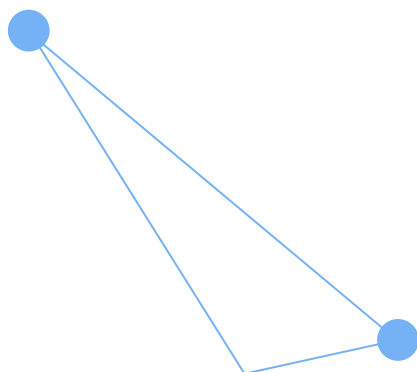
La Rioja

- ▶ Número de **profesionales** de salud mental implicados en el programa / nº total de profesionales salud mental en el área donde se implementa:
21/21.
- ▶ Número de **sesiones clínicas** con equipos de salud mental / nº total de sesiones clínicas del equipo de salud mental en el área donde se implementa:
No se han realizado en 2024.
- ▶ Número de **formaciones** y personas que han recibido formación:
269
- ▶ Evolución de la **activación protocolos** de urgencia (112) desde el inicio:
No se dispone de datos.
- ▶ Evolución de la utilización de **prácticas restrictivas** (contención física, mecánica, farmacológica, aislamiento...) desde el inicio
No se dispone de datos.
- ▶ Evolución de las **prescripciones psicofarmacológicas** desde el inicio:
No se dispone de datos.
- ▶ Número de **ingresos hospitalarios** (salud mental) desde el inicio:
No se dispone de datos.

Resultados cualitativos (año 2024)

La Rioja

- ▶ Grado de satisfacción de las **PCDID** implicadas
 - ▶ Grado de satisfacción de las **familias** implicadas
 - ▶ Grado de satisfacción de **profesionales de red de salud mental** implicado/as
 - ▶ Grado de satisfacción de **profesionales de Plena inclusión** implicados/as
- Puntuacion general de grados de satisfacción:
67% ha puntuado 4 sobre 4
33% ha puntuado 3 sobre 4



"Desde que se ha puesto en marcha este programa de intervención de Plena Inclusión, la coordinación ha sido muy positiva y los resultados muy alentadores. El uso y el empleo de este método de evaluación ayuda tanto a familias como a pacientes, y sobre todo a nosotros, los profesionales. ¡Es un modelo para seguir sin lugar a dudas!"

Dra. María Gómez. Psiquiatra en unidad de salud mental Espartero en Logroño

"Me he sentido muy bien con la psicóloga de Plena Inclusión, ha sido fácil. Y el psiquiatra muy simpático. No me ha costado hablar y pensar en mí con ellos. Muchas gracias."

Sayan. Experta por experiencia

"No me canso de repetir la suerte que hemos tenido al contar con el servicio de Salud Mental de Plena Inclusión. En un momento difícil en el que se me cayó el mundo encima hemos contado con un equipo de profesionales increíbles que han trabajado coordinadamente con los profesionales de salud mental y que además cuentan con la confianza de nuestra neuróloga. Capaces, exhaustivos, con gran experiencia en salud mental, discapacidad y epilepsia y, sobre todo, con una humanidad enorme"

Teresa Sabando, madre de una mujer con DI

"Desde que trabajamos con Plena Inclusión, las personas con discapacidad intelectual han podido verse mejor atendidas. Podemos dar salida tanto a ellas como a sus familias"

Dra. María Campos. Neuróloga.

Servicio Neurología Hospital de Logroño.

"Desde el punto de vista profesional esta metodología de trabajo (ACP) ha supuesto un cambio en la mirada de las conductas desajustadas que protagonizan las personas con discapacidad a las que prestamos apoyo. La sistematicidad que requiere el proceso de evaluación de la conducta ayuda a profesionales y familia a ampliar el foco de la conducta. Valoramos un mayor acercamiento entre la familia y el centro, puesto que "hablamos de lo mismo: conducta que nos preocupa" y valoramos entre todos (Profesionales y familia) cómo poder realizar cambios y facilitar herramientas a la persona para que la conducta disminuya en frecuencia e intensidad o incluso sea eliminada del repertorio conductual"

Cristina Zapata y Laura Redondo. Psicólogas de una entidad

Inicio del proceso de coordinación:

en la práctica: **2016**oficialmente: **2021**

¿Cómo se gestó el proceso?

Desde hace más de 10 años en los acompañamientos a personas en sus citas en salud mental fuimos detectando necesidades de las personas, las familias y profesionales de salud mental. En esas visitas continuas fuimos conversando sobre posibles cambios que serían positivos (unificar visitas a salud mental, aumentar el protagonismo de las personas, mejorar accesibilidad y comunicación, unificar profesionales de salud mental para mejorar la coordinación (reducir dispersión), reducir tiempos de espera en la atención tanto en sala, como las primeras citas (la información previa e historial), hacer accesible la información para todos los protagonistas (familias y personas) y los objetivos terapéuticos, efectos primarios y secundarios...etc. En 2021 con el cambio de coordinación se formaliza esta coordinación y se incluye el desplazamiento del/los equipos profesionales a el centro de día de INTEDIS.

APCOM

Experiencia que surge después de la pandemia COVID19. Las PDID son atendidas en CSMA en igualdad de condiciones. Diferencias: las primeras citas, a través de primaria, son derivadas a CSMA (espera 1-2 meses). Previamente duración muy corta (min). Ahora preparamos las visitas previamente de forma conjunta tanto profesionales como personas a las que se apoya.

Coordinación con 3 psiquiatra. Esperan la información que le ofrece la persona. Mejora la perspectiva bio-psico-social.

Acompañamientos los hace enfermera o psicóloga de asociación. Actualmente la enfermera de referencia es quien facilita la coordinación y continuidad asistencial

ASTUS

De forma voluntaria, contamos en el centro de día con la presencia de un psiquiatra (que actualmente esta realizando su residencia de psiquiatría en el CSM de Cartagena y el H. G. U. Santa Lucía). Este profesional acude a la entidad una vez a la semana y realiza seguimiento de algunos casos, realizando entrevistas con las familias y las PDID. En caso de necesitarlo, incluso modifica medicación a estas personas. Cualquier cambio o intervención realizada el respecto la traslada posteriormente al profesional de referencia de salud mental de esa persona. Por otro lado, cuando tienen algún problema de urgencia, desde la entidad avisan a este profesional y les facilita el acceso a urgencias, así como el seguimiento posterior.

INTEDIS

Todos las PDID son atendidas en el mismo centro de salud mental (CSM de Mula). En la coordinación, este fue el primer paso, unificar a todas las personas en el mismo centro de salud mental. En segundo lugar, se unificaron los casos en la misma psiquiatra, quien conoce la situación de estas personas, se desplaza al contexto, conoce como se desenvuelven fuera de la consulta, etc. La coordinación entre el psicólogo de Intedis y la psiquiatra del CSM de Mula, es directa, a través de correos y llamadas telefónicas frecuentes. La coordinación se ha simplificado y se ha hecho más directa y rápida.

¿Qué áreas están implicadas?

Área 1 - Murcia Oeste: Intedis

Área 2 - Cartagena: Astus

Área 4 - Noroeste: Apcom

Próximas acciones

Desde Plena inclusión: continuar la coordinación iniciada en 2021.

En 2024 se realizaron 3 reuniones con la Dirección General, 1 reunión con los coordinadores de las Áreas de Salud para exponer el proyecto y establecer alianzas y vías de colaboración.

Se realiza una formación de Plena inclusión a profesionales sanitarios del Área 3 (Lorca).

Profesionales de psiquiatría de atención a personas adultas e infanto-juvenil van a participar en el proyecto AVICENA para poder replicar esa formación tanto al sector social como al sector sanitario.

Resultados cuantitativos (diciembre 2024)

Región de Murcia

▶ **Centros** que se coordinan (nº y procedencia: salud mental, servicios sociales, educación, entidades...)

Área Sanitaria 1 Centro de Salud Mental de Mula - INTEDIS

Área Sanitaria 2 (Cartagena)

Área Sanitaria 4 – APCOM y ASTUS

▶ **Personas** con DID incluidas en el programa:

28

▶ Número de **profesionales** de salud mental implicados en el programa / nº total de profesionales salud mental en el área donde se implementa:

7

▶ Número de **sesiones clínicas** con equipos de salud mental / nº total de sesiones clínicas del equipo de salud mental en el área donde se implementa:

12

▶ Número de **formaciones** y personas que han recibido formación:

En el Área 3 (Lorca) se hizo en noviembre de 2024 una formación a la que acudieron alrededor de 25 profesionales sanitarios.

▶ Evolución de la **activación protocolos** de urgencia (112) desde el inicio:

Ninguna de las personas fue atendida por el 112

▶ Evolución de la utilización de **prácticas restrictivas** (contención física, mecánica, farmacológica, aislamiento...) desde el inicio

En los servicios de INTEDIS no se han practicado contenciones físicas, mecánicas ni aislamientos. El uso de medicación de rescate es muy poco habitual y siempre está pautada.

▶ Evolución de las **prescripciones psicofarmacológicas** desde el inicio:

Reducción evidente de la cantidad y número de psicofármacos (o al menos estabilización). Diferencia significativa con personas que no está en este programa o que son nuevos.

▶ Número de **ingresos hospitalarios** (salud mental) desde el inicio:

0

Resultados cualitativos (diciembre 2024)

Región de Murcia

- ▶ Grado de satisfacción de las **PCDID** implicadas
Muy alto de manera unánime.
- ▶ Grado de satisfacción de las **familias** implicadas
Muy alto. Las personas que quieren seguir trabajando sin este programa lo hacen, pero actualmente no hay casos.
- ▶ Grado de satisfacción de **profesionales de red de salud mental** implicado/as
Alto. Problema con los recursos informáticos portátiles.
- ▶ Grado de satisfacción de **profesionales de Plena inclusión** implicados/as
Muy alto

Comentarios de personas protagonistas

Región de Murcia

*¡He visto un cambio impresionante! Muy gratificante.
¡He podido reducir la medicación!*
Psiquiatra red pública SM

Se constata

- ▶ En 10 CC. AA. se han implantado estrategias microsistema de colaboración entre la red pública de salud mental y los equipos de salud mental del movimiento asociativo Plena Inclusión.
- ▶ El grado de desarrollo ha sido desigual y a velocidad diferente.
Los buenos resultados obtenidos en las áreas donde se inició han permitido su extensión progresiva a otras áreas en la CC. AA.
- ▶ En general, el programa de colaboración ha permitido reducir los ingresos hospitalarios, las deslocalizaciones, la activación de servicios de emergencias 112 y la sobremedicación.
- ▶ El grado de satisfacción de los y las profesionales y equipos implicados ha sido muy elevado.
- ▶ El grado de satisfacción de las personas con discapacidad intelectual, familias y entidades proveedoras ha sido muy elevado.
- ▶ Donde se ha llevado a cabo, la colaboración entre los equipos de salud mental genéricos y los equipos de salud mental del movimiento asociativo Plena Inclusión, ha demostrado ser una alternativa eficaz, beneficiosa y económicamente rendible para la mejora de la salud mental de las PDIDSM, de su calidad de vida y la de sus familias y entorno.
- ▶ Se demuestra que es posible dar respuesta a las complejas necesidades de las PDIDSM sin la necesidad exclusiva de equipos altamente especializados de la red pública y genérica de salud mental.

Se propone

- ▶ Para dar cumplimiento a la Estrategia 3.03. de la **Estrategia Española sobre Discapacidad 2021-2030**, los responsables públicos de las diferentes consejerías de las CC. AA. priorizarán la firma de convenio de colaboración con el movimiento asociativo Plena Inclusión para la atención de las necesidades de salud mental de las PDID.
- ▶ Los responsables públicos de las redes de salud mental de las CC.AA. facilitarán y dotarán de **recursos económicos para el desarrollo de protocolos de coordinación** entre la red de salud mental genérica y los equipos de salud mental de las entidades del movimiento asociativo Plena Inclusión.
- ▶ Estos "equipos de salud mental mixtos" desarrollarán **programas proactivos de atención comunitaria** con dotación multidisciplinar, que incluyan atención ambulatoria, domiciliaria, teleasistencia, intervención en crisis y atención no programada, especialmente en zonas rurales.
- ▶ En cada área se pondrá en marcha la **Comisión de Estudio y Derivación** (CED) (ver apartado "Los servicios que necesitamos").

La CED de cada área establecerá **mecanismos para el análisis** de necesidades y expectativas de la PDIDSM y su familia y se implementarán las medidas para satisfacerlas.

6.7 Acceso a servicios. Comunicación. Accesibilidad cognitiva

Importante

CDPD. Artículo 21: la libertad de expresión y de opinión, y el acceso a la información

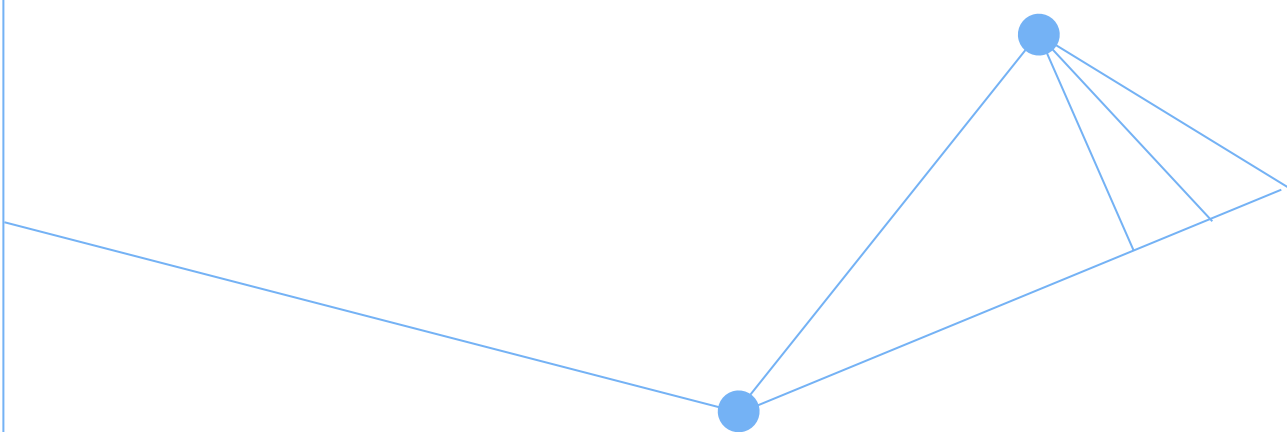
Las personas con discapacidad tienen derecho a expresarse, incluyendo la libertad de dar y recibir información e ideas a través de todas las formas de comunicación entre ellos, por formatos y tecnologías accesibles, el lenguaje de signos, Braille, a través de comunicación aumentativa y alternativa, los medios de comunicación y todos los demás formatos de este tipo.

► **Sobre la accesibilidad cognitiva en el sistema de salud**

La reforma de la legislación civil y procesal a través de La Ley 8/21, impone el cambio de un sistema en el que predomina la sustitución en la toma de las decisiones que afectan a las personas con discapacidad, basándose en el respeto a la voluntad y las preferencias de la persona que, como regla general, será la encargada de tomar sus propias decisiones. Se hace pues necesario facilitar los apoyos de accesibilidad cognitiva (lectura fácil u otros) necesarios para que las PDIDSM puedan decidir con autonomía o al menos sin barreras de comprensión sobre un ámbito tan trascendente para las libertades individuales como es la salud. Para ello es fundamental adaptar los centros sanitarios y dotar a los diferentes profesionales de las herramientas que puedan generar una sanidad accesible de manera universal, sin olvidarse de la accesibilidad cognitiva.

► **Sobre la priorización en la atención**

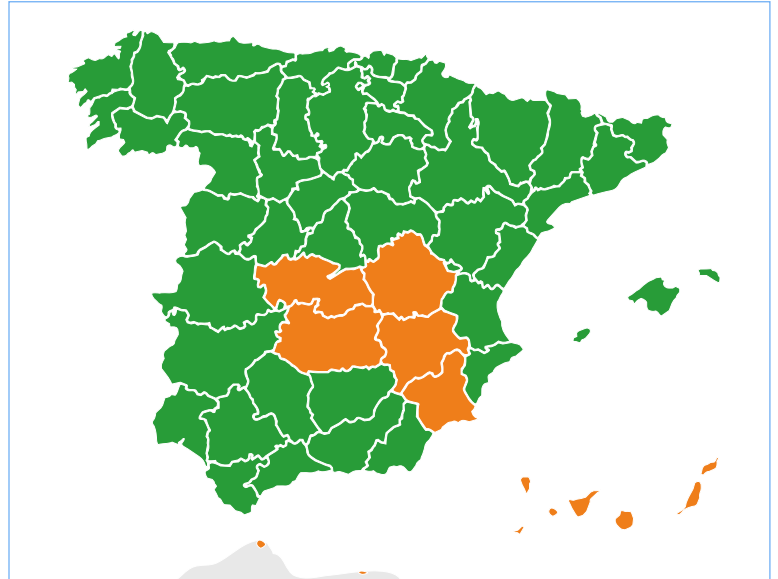
En España, la tarjeta doble A (o tarjeta doble A de salud) u otras denominaciones en diferentes CC. AA., es una herramienta que permite el acceso a determinados beneficios en el ámbito de la salud para personas con discapacidad, incluyendo la discapacidad intelectual, y otras situaciones vulnerables, como la demencia. Es una iniciativa que proporciona un enfoque de discriminación positiva, en el sentido de que otorga un tratamiento preferente o especializado a ciertos colectivos, garantizando que sus necesidades de salud sean atendidas de manera más adecuada. Su funcionamiento y los beneficios que otorga pueden variar según la CC. AA.



● ¿Existe algún sistema de mejora de la comunicación (aumentativo / alternativo) entre médico-paciente para personas con DID en los Servicios de Salud Generales?

● **Accesibilidad cognitiva**

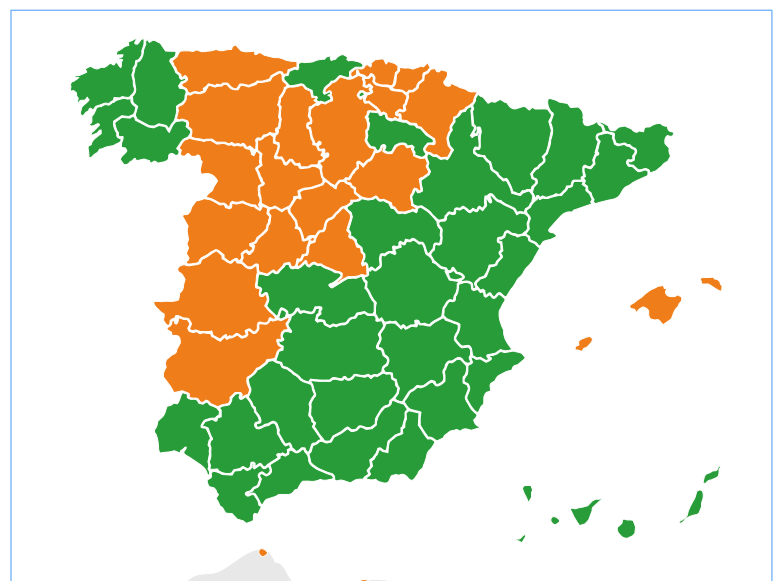
- Se han identificado
- No se han identificado



● ¿Existe algún sistema de cribado (priorización) para personas con DID en los Servicios de Salud Generales (atención primaria y especializada)?

● **Procesos de priorización**

- Se han identificado
- No se han identificado



● Ámbito estatal

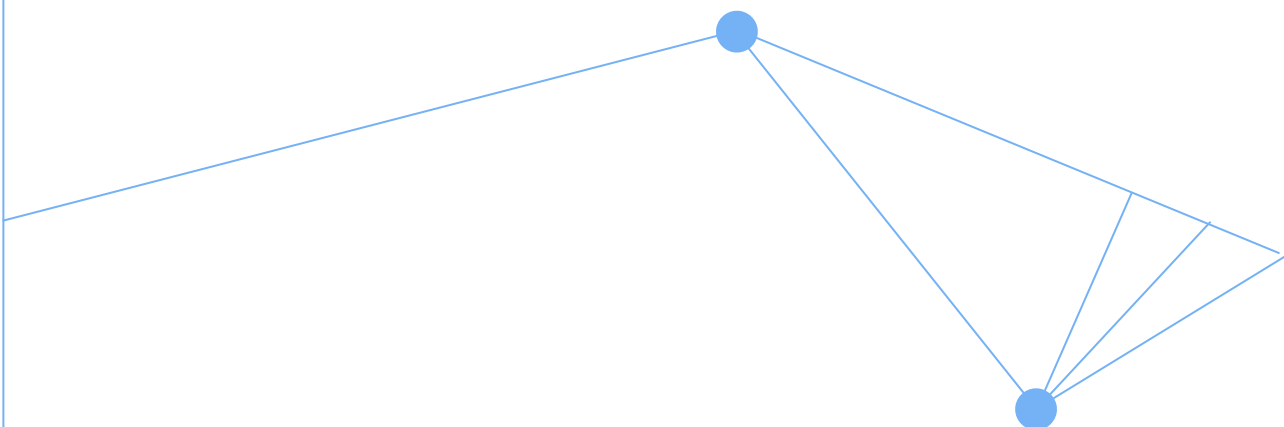
- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Real Decreto 670/2022, de 1 de agosto</u>	
<p>▶ Por el que se regula la concesión directa de subvenciones a diversas entidades para la realización de proyectos de innovación tecnológica, investigación y divulgación científica en materia de accesibilidad universal, así como para la creación de un centro español de accesibilidad cognitiva y un centro piloto sobre trastorno del espectro del autismo, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.</p> <p>Este plan tiene como objetivo que todas las administraciones públicas, dentro de sus competencias, transformen de manera ordenada los entornos, servicios y productos para que sean plenamente accesibles para todas las personas. Plena inclusión Gestiona el Centro Español de Accesibilidad Cognitiva.</p>	●
<u>Estrategia española sobre discapacidad 2022-2030</u>	
<p>31. Acometer la regulación normativa y la extensión de condiciones de diseño y accesibilidad universal, incluida la accesibilidad cognitiva, en los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos, instrumentos, herramientas y dispositivos, para que sean comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas con discapacidad con dificultades de comunicación y/o comprensión, prestando especial atención a la accesibilidad digital.</p>	●
<u>Catálogo de Servicios de Accesibilidad Cognitiva – Plena Inclusión</u>	
<p>El movimiento asociativo Plena inclusión ha creado servicios de accesibilidad cognitiva, es decir, servicios que ayudan al mundo a hacer las cosas más fáciles de entender. Con este documento, desde la confederación, se facilita el contacto y la visibilidad de los servicios de nuestras federaciones en todo el país.</p>	●

Andalucía

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Plan estratégico Salud Mental Andalucía 2023 – 2025</u>	
No se identifican acciones relacionadas con la mejora de la accesibilidad cognitiva	●
<u>Protocolo para que las personas con autismo puedan usar mejor el sistema sanitario público de Andalucía</u>	
Elaborado por la federación Autismo Andalucía en colaboración con el servicio de salud de la Junta de Andalucía. Objetivos: Mejorar la accesibilidad de las personas con Trastorno del Espectro Autista y de sus familias al Sistema Sanitario Público de Andalucía. Mejorar la sensibilización y formación en profesionales sanitarios para la atención a las personas con TEA. Establecer mecanismos para la incorporación en la gestión de los centros a las personas con TEA de forma individual y/o con los movimientos asociativos. Incorporar las medidas de mejora de accesibilidad en los instrumentos de gestión del SSPA.	●
<u>II Plan de acción integral para las personas con discapacidad en Andalucía (2011-2013)</u>	
Estrategia de actuación: Accesibilidad en la comunicación. Objetivo nº 1. Promover un sistema normativo que regule la accesibilidad en la comunicación de las personas con discapacidad.	●



Ley 5/2019, de 21 de marzo, de derechos y garantías de las personas con discapacidad en Aragón

Art 13. Acciones

Garantizar que la información y el consentimiento en el ámbito sanitario resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, de acuerdo con el principio del diseño universal, incluida la adaptación a la lectura fácil y comprensible y a la lengua de signos española. En caso necesario, se ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes a las personas con discapacidad que así lo requieran, pudiendo incluir, si es necesario, el uso de sistemas de comunicación táctiles y hápticos.

Incluir la accesibilidad cognitiva y el diseño universal entre los estándares o criterios a tener en cuenta en la evaluación de calidad de los centros, actividades y servicios sanitarios públicos de Aragón.

Mejorar el acceso y la participación de las personas con discapacidad con grandes necesidades de apoyo con materiales adaptados, dadas las dificultades de comunicación que presenta este colectivo y el limitado acceso a ayudas técnicas.

Especialmente en aquellos vinculados a las PDISM:

- Fomentar la participación de la persona en todo el proceso: diagnóstico, intervención (psicológica, farmacéutica, etc.)

Usar accesibles cognitivamente los espacios de los USM, UGE, UME, ULE



Plan de salud mental de Aragón 2022-2025

Actuación 3.5. Generar un espacio de colaboración entre las administraciones con competencia en atención temprana y educación dirigido a la atención de usuarios/as con trastornos del espectro autista (TEA).

Incorporar herramientas a la práctica clínica que faciliten la comunicación, superando barreras en la accesibilidad cognitiva a la hora de valorar clínicamente usuarios con limitaciones en este ámbito. Se ofertará su disponibilidad en todos los ámbitos de la Salud Mental, así como la formación para su utilización. Desde el ámbito de intervención de la Unidad de Coordinación de Salud Mental, se generará una figura facilitadora y de interlocución que funcione como enlace en la gestión de casos complejos identificados, facilitando intervenciones e itinerarios terapéuticos.



Actuación 9.5 Fomento de la arquitectura humanizada en espacios sanitarios, residenciales y de apoyo al alojamiento, con recursos suficientes que permitan un trato y acompañamiento dignos y respetuosos. En este sentido la Dirección General de Cuidados y Humanización está en contacto con el departamento de accesibilidad de Plena Inclusión Aragón para la adaptación de espacios y documentos sanitarios.



Aragón

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

I Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad de Aragón

Accesibilidad universal, igualdad de oportunidades y no discriminación. Es esencial el impulso de la accesibilidad cognitiva que va a permitir el acceso a la información a todos los ciudadanos en general.



Objetivo específico 2.1.2. Actuaciones: Elaboración de estudios de accesibilidad cognitiva y sensorial de espacios de la Administración de Justicia susceptibles de ser utilizados por personas con discapacidad.

Objetivo específico 2.2.2. Actuaciones: Continuidad del proyecto del Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa (ARASAAC) de señalética en entornos físicos dependientes de la Administración de la C.A. de Aragón, con el fin de proporcionar unas adecuadas condiciones de accesibilidad. Adaptación a lectura accesible de la Guía de Recursos para Personas con Discapacidad en Aragón. Impulso de la elaboración de información para pacientes en sistema de lectura fácil comenzando por los materiales divulgativos de la Escuela de Salud de Aragón. Adaptación a lectura fácil de la Carta de Derechos y Deberes de las personas usuarias del sistema de salud de la Comunidad Autónoma de Aragón. Adaptación a lectura fácil de la Carta de Derechos y Deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Aragón. Edición de un folleto sobre derechos de los consumidores y usuarios en formato de lectura fácil. Adaptación de textos jurídicos a lectura fácil en colaboración con entidades especializadas del sector. Creación de un documento informativo, en lectura fácil, sobre los derechos y recursos de personas víctimas de delitos, inmersas en procesos judiciales, en base al Estatuto de la Víctima en Aragón. Adaptación de los materiales y guías del IAM a lectura accesibles para todas las personas

Cantabria

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan de Salud Mental de Cantabria

No se identifican acciones relacionadas con la mejora de la accesibilidad cognitiva



Boletín Oficial de Cantabria (BOC)

Mediante la Orden ISO/12/2024, de 8 de agosto, se establecieron las bases reguladoras y se aprobó la convocatoria para la concesión de subvenciones destinadas a entidades locales para la realización de proyectos de mejora de la accesibilidad en los centros de servicios sociales de atención primaria, en el marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia - Financiado por la Unión Europea - NextGenerationEU (Boletín Oficial de Cantabria nº 158, de 16 de agosto).



Castilla la Mancha

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Plan de salud mental de Castilla-La Mancha</u>	
No se identifican acciones relacionadas con la mejora de la accesibilidad cognitiva	●
<u>Ley 1/1.994, de 24 de mayo de Accesibilidad y Eliminación de Barreras de Castilla-La Mancha (D.O.C.M. nº 32, de 24 de Junio de 1.994)</u>	
No se identifican acciones dirigidas a la mejora de la accesibilidad cognitiva en PDID	●
<u>Libro de la Salud (AFANIAS / FUDEN)</u>	
Una publicación realizada en colaboración con Afanias y CODEM, dirigida a personas con discapacidad y a personal sanitario, que tiene como objetivo mejorar la comunicación entre ambos grupos. Se compone de pictogramas y fotografías de diferentes temáticas que responden a numerosas preguntas clave en la salud de las personas como ¿qué me pasa? ¿cuáles son las pruebas médicas que me van a realizar? Si me ingresan ¿a quién puedo llamar?	●
<u>Entorno Fácil – Plena Inclusión Castilla La Mancha</u>	
Entorno Fácil es el Servicio de Accesibilidad Cognitiva de Plena inclusión Castilla-La Mancha.	●
<u>TEAaccesible / Federación Autismo Castilla-La Mancha</u>	
TEAaccesible es un servicio de información y asesoramiento en materia de accesibilidad cognitiva.	●

Castilla y León

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Estrategia de salud mental en Castilla y León</u>	
No se identifican acciones relacionadas con la mejora de la accesibilidad cognitiva	●
<u>Guía de atención a personas con TEA (Trastornos del Espectro Autista) en Urgencias</u>	
Esta guía pretende ofrecer recomendaciones para mejorar la interrelación profesional sanitario-paciente y facilitar el acceso de las personas con TEA a los SUH de Castilla y León.	●

Ley 8/2010, de 30 de agosto de Ordenación Sanitaria de Castilla y León

Artículo 2, relativo a los principios vectores del sistema de salud establece la humanización de la asistencia sanitaria y la atención personalizada al paciente (letra c) y el principio de accesibilidad o de igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias de colectivos especialmente vulnerables (letra e).
No se identifican acciones dirigidas a la mejora de la accesibilidad cognitiva



Programa A.S.I. (Asistencia Sanitaria Integral) es un plan de mejora de la atención sanitaria para personas con DI, y/o TEA que permite a los servicios y profesionales sanitarios identificar y adecuar la atención a las necesidades de los/las pacientes.
Objetivos:
Poner en marcha un sistema de identificación/codificación a nivel administrativo.
Contribuir al conocimiento y sensibilización de profesionales sanitarios de las características de las personas con DI, y/o TEA.
Implementar medidas específicas de intervención que faciliten la atención de las personas con DI, y/o TEA en los diferentes Servicios y/o especialidades.
En abril de 2016 se creó una comisión mixta de trabajo integrada por personal del Hospital Universitario Río Hortega (HURH) de Valladolid, la Gerencia de Servicios Sociales y miembros de las entidades de Fundación Personas y Autismo Valladolid, con el objetivo de poner en marcha este proyecto piloto en el Área de Salud Oeste de Valladolid. A partir de ahí se consideró que en este proyecto era de suma importancia la formación de profesionales del ámbito sanitario sobre las personas con DI y/o TEA, y las necesidades de éstas en el contexto sanitario, por ello, se pusieron en marcha una serie de acciones formativas. En marzo de 2017 se incorporó al programa la figura de la enfermera/o "Gestora/o de Casos" con una doble misión: por un lado, ser la profesional de referencia para ofrecer acompañamiento y apoyo a los/las pacientes y sus familiares en relación con las diversas especialidades del hospital; y por otro, informar y anticipar a profesionales sanitarios sobre las necesidades del/la paciente. En cuanto a la difusión del programa, se entregaron cartelería y material informativo que se colocó en todas las dependencias del HURH. los resultados del pilotaje fueron evaluados a través de una encuesta de satisfacción cumplimentada por las familias de los/las participantes en el proyecto, así como por la valoración de la comisión de seguimiento del proyecto, compuesta por profesionales de servicios sanitarios y sociales. Ambas valoraciones resultaron positivas, destacando las puntuaciones de las familias en relación con la variable satisfacción con la atención prestada (puntuaciones entre 90 y el 100% en la mayor parte de los ítems).



<u>Pla director de Salut Mental i Adiccions de Catalunya</u>	
No se identifican acciones relacionadas con la mejora de la accesibilidad cognitiva	●
<u>Código Accesibilidad de Catalunya. DOC Decreto 209/2023</u>	
Se trata de un reglamento exhaustivo, que va más allá de las barreras arquitectónicas, y tiene en cuenta también la accesibilidad comunicativa y cognitiva de los productos y servicios o actividades culturales, deportivas y de ocio. Tiene como objetivo: a) El establecimiento de las condiciones de accesibilidad universal (física, sensorial y cognitiva) necesarias para que los espacios de uso público, los edificios, los medios de transporte, los productos, los servicios y los procesos de comunicación garanticen la autonomía, la igualdad de oportunidades y la no discriminación de las personas con discapacidad o con otras dificultades de interacción con el entorno. b) La integración en el marco normativo de Catalunya de las condiciones básicas de accesibilidad universal (física, sensorial y cognitiva) que establece el Real decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, de conformidad con las normas que lo despliegan, y de las directrices internacionales para el cumplimiento de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad. c) La promoción del uso de productos de soporte a la accesibilidad que mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidad o con otras dificultades de interacción con el entorno.	●
<u>Programa de abordaje integral de los casos de salud mental y adicciones de elevada complejidad (PAICSAMAEC)</u>	
1. Accesibilidad y proximidad: La atención debe estar disponible en el momento en que la persona atendida lo necesite, minimizando los obstáculos de tipo burocrático y/o asistencial. Es esencial que los/las profesionales tengan capacidad de movilidad y desplazamiento y que sus agendas aseguren horas de dedicación diaria. Para poder incrementar la accesibilidad también deben promoverse el uso de plataformas digitales como una herramienta de seguimiento y de facilitación para la persona. Pensando en colectivo de personas con discapacidades psíquicas, personas mayores, personas con diferencias culturales, etc., deberían añadirse elementos para promover la accesibilidad cognitiva.	●
<u>FACIL-IAS Servicio Especializad en Salud Mental en Personas con Discapacidad Intelectual. IAS-Girona. Servicio Catalán de la Salud</u>	
El objetivo es mejorar las competencias y desarrollar herramientas innovadoras para apoyar el trabajo, las actividades y las prácticas de profesionales de las redes de salud, haciendo más accesible la transmisión de la información relevante a todo acto médico entre profesionales y personas usuarias. Se trata de mejorar las condiciones y competencias para garantizar la calidad de vida de la población.	●
<u>M'adapTU</u>	
M'adapTU prevé convertir el hospital en un espacio más amable para personas con necesidades de apoyo cognitivo de cualquier edad a través de la creación de soportes y guías físicas. Facilitar el uso y formación sobre Comunicación Aumentativa y Alternativa (proyecto Comunícate). La revisión y adaptación de protocolos y logística del hospital. La formación para profesionales. La colaboración y puesta en contacto entre los servicios del entorno hospitalario y la red de asociacionismo para facilitar el seguimiento del colectivo autista y/o con necesidades de apoyo cognitivo una vez se obtiene el alta de el hospital.	●

Comunidad de Madrid

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2022-2024

OBJETIVO 6.4 Mejorar la atención a la salud física y la seguridad de las personas con TEA
6.4.2. Valoración de la creación de una tarjeta de atención preferente en urgencias y otros dispositivos asistenciales para personas con discapacidad, incluyendo TEA.
6.4.3. Implantación de métodos de mejora de la accesibilidad cognitiva en los dispositivos asistenciales



La página web www.doctorteas.org, propuesta por el equipo de AMITEA, incluye materiales para preparar a los pacientes antes de ir al hospital, para las visitas o procedimientos diagnósticos a los que se enfrentarán. Esta página contiene además materiales educativos para las familias y los profesionales, para mejorar su conocimiento sobre el autismo, sus comorbilidades y comportamientos asociados, con el objetivo de mejorar la atención y trato a los pacientes.



Guía de Atención Primaria para Personas con Síndrome de Down

El objetivo principal de la guía es la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en personas con el síndrome de Down. Este documento que es para uso en Atención Primaria, y en especial para el personal médico de pediatría, quiere ser un instrumento que facilite el trabajo y la continuidad asistencia



TEAyudamos. Hospital de Fuenlabrada

TEAyudamos es un programa del Hospital Universitario de Fuenlabrada (H.U.F) destinado, principalmente, a la población infantil susceptible de beneficiarse del uso de comunicación aumentativa en concreto del uso de pictogramas, así como de la atención profesional consecuencia de una formación específica para el correcto abordaje de pacientes con alteraciones en la comunicación e interacción social. El objetivo es disminuir las barreras de comunicación, los temores y aumentar el confort y la seguridad en el ámbito sanitario.



Comunidad Foral de Navarra

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan Operativo de Accesibilidad Universal 2024

Recoge los objetivos y restos definidos en la Ley Foral 31/2022, de 28 de noviembre, de atención a las personas con discapacidad en Navarra y garantía de sus derechos. Esta ley foral tiene por objeto establecer las condiciones de accesibilidad universal necesarias para garantizar la igualdad de oportunidades, la promoción de la autonomía personal, la inclusión en la comunidad y la vida independiente de todas las personas y, en particular, de las personas con discapacidad. Mejoras en la accesibilidad cognitiva en los centros de salud: la elaboración y colocación de pictogramas está en ejecución



Comunitat Valenciana

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027

No se identifican acciones dirigidas a las PDIDSM



Ley de Accesibilidad Universal de la Comunitat Valenciana

Accesibilidad Cognitiva y Comunicación: Se garantiza la fácil lectura en textos legales para personas con discapacidad, con un plazo máximo de seis meses, junto con materiales en audio y vídeos subtitrados para asegurar la accesibilidad cognitiva.



Euskadi

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Estrategia de Accesibilidad Universal de Euskadi

En muchos casos, se sigue entendiendo el concepto de accesibilidad como accesibilidad física, no contemplándose la visual, auditiva o cognitiva. Por este motivo se ha avanzado más en la mejora de la accesibilidad física que en el resto. Se plantea la posibilidad de ofrecer apoyo económico a la investigación en proyectos de mejora de la accesibilidad física, visual, auditiva y cognitiva e impulsar la I+D en este ámbito.



Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023-2028

Promover en los equipos profesionales de salud y entre profesionales de otros ámbitos actitudes para la incorporación de un lenguaje inclusivo evitando el uso de terminologías estigmatizantes.



Extremadura

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

La OACEX es la Oficina de Accesibilidad Cognitiva y Lectura Fácil de Extremadura. Depende de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura y está gestionada por Plena inclusión Extremadura. Cuenta con profesionales con y sin discapacidad intelectual, específicamente formados, encargados de evaluar y verificar la comprensión de textos, entornos, servicios y productos en Extremadura.



Protocolo de Comunicación Inclusiva en los ámbitos institucionales y de la comunicación

Impulsado por la Dirección General de Accesibilidad y Centros en colaboración con la Dirección General de Innovación e Inclusión Educativa y el IMEX, bajo la coordinación de la Presidencia de la Junta de Extremadura, es una iniciativa que aborda la comunicación desde el paradigma de la accesibilidad universal, yendo más allá del desarrollo sectorial que componen las experiencias previas desarrolladas hasta ahora a nivel nacional.



III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020

Se identifican acciones NO CUMPLIDAS
Objetivo sobre accesibilidad y comunicación: Asegurar la accesibilidad cognitiva y la información en formatos adaptados a las capacidades del usuario, como "lectura fácil" y materiales visuales.
No se identifican a fecha del informe acciones dirigidas a la mejora de la accesibilidad cognitiva



<u>Plan de Saúde Mental de Galicia post-Covid 19</u>	
No se identifican acciones dirigidas a la mejora de la accesibilidad cognitiva	●
<u>Estrategia Galega sobre Discapacidad 2015-2020</u>	
<p>Objetivo operativo 1.6 Mejorar las condiciones de uso de los entornos naturales protegidos y patrimoniales, así como de los recursos turísticos y culturales para todas las personas con discapacidad, de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre patrimonio.</p> <p>1.6.6 Promover la adaptación de contenidos para personas con discapacidad intelectual en el acceso a los espacios culturales.</p> <p>Objetivo operativo 1.11 Incorporar a mujeres y hombres con discapacidad en los procesos de diseño, validación y ensayo de bienes, productos y servicios a disposición del público para facilitar su uso y accesibilidad.</p> <p>1.11.2 Desarrollo de actuaciones de prueba de las versiones elaboradas en lectura fácil por las entidades sociales en el ámbito de la discapacidad intelectual/TEA/enfermedad mental... así como por las propias personas con discapacidad.</p> <p>Objetivo operativo 2.4 Desarrollar servicios accesibles que favorezcan la autonomía personal de las personas con discapacidad en el proceso de envejecimiento.</p> <p>Objetivo operativo 2.5 Promover la educación emocional-sexual entre las personas con discapacidad, sus familias y profesionales.</p> <p>2.5.2 Elaboración de materiales sobre educación afectivo-sexual adaptados para jóvenes con discapacidad intelectual, familias y profesionales que trabajan con estas personas.</p> <p>2.5.3 Desarrollo de acciones de sensibilización y normalización sobre la afectividad y sexualidad de las personas con discapacidad intelectual dirigidas al conjunto de la sociedad y, en particular, a la población joven a través de los centros educativos.</p> <p>Objetivo operativo 5.6 Mejorar la accesibilidad de las instalaciones, su entorno y el equipamiento sanitario, teniendo en cuenta el principio de diseño para todas las personas, que incluye los servicios de apoyo necesarios a la comunicación y la adaptación de la información sobre recursos y servicios sanitarios a las personas con discapacidad visual, auditiva e intelectual., así como servicios accesibles de telefonía e informática.</p>	●
<u>Autismo Galicia</u>	
Página web que recoge medidas implantadas en Galicia para facilitar el acceso a las personas con TEA al entorno sanitario	●

Islas Baleares

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022</u>	
No se identifican acciones dirigidas a la mejora de la accesibilidad cognitiva	●
<u>Ley 8/2017 de accesibilidad universal de las Illes Balears</u>	
<p>Esta ley pretende conseguir una sociedad inclusiva y accesible que permita avanzar hacia la plena autonomía de las personas, propicie la igualdad de oportunidades para todos, especialmente las personas con discapacidades, y evite la discriminación, y también pretende actualizar y facilitar un marco normativo propio más ágil en materia de accesibilidad, adecuado a las directrices internacionales, europeas y estatales, en ejercicio de las competencias del Gobierno de las Illes Balears</p> <p>1. Las administraciones públicas o, en su caso, los prestadores de servicios públicos facilitarán a las personas con discapacidad el acceso y la utilización de la información a disposición del público, mediante el uso adecuado de sistemas y medios que combinen la comunicación auditiva, táctil y visual. Asimismo, promoverán que los textos de interés público relevantes y los formularios de utilización frecuente se ofrezcan en formato de lectura fácil y vídeos en lengua de signos.</p>	●
<u>Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud 2022-2027</u>	
Línea 6. Proporcionar información efectiva y crear cultura de la humanización en la ciudadanía. Mejorar la calidad y la utilidad de la información ofrecida a pacientes y personas usuarias para aumentar su satisfacción por la atención recibida y facilitarles el contacto con el sistema sanitario. Adaptar la información a las necesidades de pacientes y usuarios. Utilizar, al menos, el catalán como lengua de difusión de la información escrita y digital dirigida a pacientes y usuarios y procurar usar un lenguaje inclusivo.	●

Islas Canarias

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023</u>	
No se identifican acciones dirigidas a la mejora de la accesibilidad cognitiva	●
<u>Ley 8/1995, de 6 de abril, de Accesibilidad y Supresión de Barreras Físicas y de la Comunicación.</u>	
<p>Artículo 19. Accesibilidad en los sistemas de comunicación y señalización. 1. El Gobierno de Canarias, en colaboración con las distintas administraciones públicas, promoverá la total supresión de barreras en la comunicación y el establecimiento de mecanismos y alternativas técnicas que hagan accesibles los sistemas de comunicación y señalización a toda la población, garantizando el derecho de la población a la igualdad en la información, la comunicación, la enseñanza, la cultura, el ocio y las condiciones de trabajo. 2. La Comunidad Autónoma impulsará la formación de profesores de lenguaje de signos, de intérpretes de lenguaje de signos y guías de personas sordo ciegas, a fin de facilitar cualquier tipo de comunicación directa a las personas en situación de limitación que lo precisen, instando a las distintas administraciones públicas canarias a dotarse de este personal especializado. 3. Los medios audiovisuales de titularidad de las administraciones públicas canarias elaborarán un plan de medidas técnicas que, de forma gradual, permita, mediante el uso del lenguaje de signos o subtítular, garantizar el derecho a la información.</p>	●

<u>IV Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja 2021-2025</u>	
Contemplar acciones de humanización de la asistencia (aplicación y actualización tarjeta AA "Acompañamiento y Accesibilidad", protocolo de atención en urgencias, protocolos específicos discapacidad intelectual y trastorno mental, plan de reducción progresiva de intervenciones que van en contra de la voluntad).	●
LÍNEA 1. Promoción de la Salud Mental Acciones prioritarias 1. Desarrollar documentos accesibles cognitivamente para todo tipo de familias y pacientes (discapacidad, desconocimiento de idiomas, etc.). Se ha hecho de otros aspectos de salud, pero no de salud mental	●
<u>Ley de accesibilidad universal de la Rioja</u>	
Artículo 23. Accesibilidad en centros de salud e instalaciones sanitarias. Se garantizará la accesibilidad al sistema sociosanitario riojano. El Gobierno de La Rioja desarrollará las actuaciones necesarias para garantizar la accesibilidad a las personas con discapacidad física y sensorial en todos los centros, instalaciones, recursos y servicios del sistema riojano de salud, así como de servicios sociales. Cada centro sanitario deberá contar con un plan de accesibilidad, que deberá contemplar las diferentes medidas a implantar para garantizar la accesibilidad a corto, medio y largo plazo. Las máquinas y elementos manipulables que dispongan de medios de interacción con el público deberán contar con braille, macrocaracteres, conversión de texto a voz, subtítulo, audiodescripción, ampliación de caracteres, videocomunicación, lengua de signos, videointerpretación, lectura fácil u otras adaptaciones que permitan acceder a la información, comunicarse y usarlos por todas las personas.	●
Plena inclusión La Rioja cuenta con un Servicio de Accesibilidad Cognitiva que trabaja, desde el año 2016, para facilitar a las personas con discapacidad intelectual los apoyos cognitivos necesarios que les faciliten su autonomía, su inclusión y poder participar en la sociedad en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía.	●

Principado de Asturias

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Plan de Salud Mental de Asturias 2022-2030</u>	
<p>ACCIÓN 3.1.3.1. Desarrollando actuaciones encaminadas a ofrecer información adecuada y accesible a las personas con discapacidad psicosocial, su entorno cercano y profesionales sobre los derechos humanos y derechos de las personas con discapacidad.</p>	●
<u>Ley 5/1995, de 6 de abril, de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras.</u>	
<p>Artículo 1. Objeto. La presente Ley tiene por objeto el establecimiento de normas y criterios básicos para la promoción de la accesibilidad y la supresión de barreras y obstáculos, en el diseño y ejecución de las vías y espacios libres públicos, en el mobiliario urbano, en la construcción y reestructuración de edificios y en los medios de transporte y de comunicación sensorial, tanto de titularidad pública como privada.</p> <p>No se identifican acciones dirigidas a la mejora de la accesibilidad cognitiva.</p>	●



Juntas siempre es mejor
 Autora: MONICA TRILLO RIVERA
 XXI Edición concurso de fotografía del INICO

Región de Murcia

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Consejería de Educación y Formación Profesional</u>	
<p>Por Resolución de 23 de septiembre de 2024 de la Dirección General de Atención a la Diversidad se crea el programa INCLU-YO para la promoción de la educación inclusiva en centros educativos sostenidos con fondos públicos de la Región de Murcia.</p> <p>Plena inclusión Región de Murcia y la Consejería de Educación se han aliado para aplicar soluciones de accesibilidad cognitiva a los Colegios Públicos de Educación Infantil y Primaria Este programa de la Consejería de Educación, Formación Profesional y Empleo y Plena Inclusión tiene el objetivo de eliminar las barreras que limitan la presencia y aprendizaje del alumnado con necesidades educativas especiales, especialmente para aquellos que padecen trastornos del espectro autista.</p>	●
<u>Ley Accesibilidad Universal Región de Murcia</u>	
<p>Artículo 25. Señalización y comunicación. 1. Todo sistema de señalización y comunicación que contenga elementos visuales, sonoros o táctiles en zonas de uso público deberá incorporar criterios de diseño para todas las personas a fin de garantizar el acceso a la información y comunicación básica y esencial evitando la sobrecarga sensorial. 2. Los itinerarios accesibles situados en las zonas de uso público dispondrán de la información necesaria para orientarse de manera eficaz y poder localizar las instalaciones, actividades y servicios a disposición del público. La información deberá ser comunicada a través de un sistema de señales, rótulos e indicadores, distribuidos de forma sistematizada por el edificio, instalados y diseñados para garantizar una fácil comprensión en todo momento. 3. Las señales, rótulos e indicadores cumplirán los siguientes requisitos: a) La información seguirá pautas de lectura fácil, siendo concisa y sencilla, y acompañando, cuando sea necesario, los textos con pictogramas u otros recursos gráficos.</p>	●
<p>Artículo 73. Información a los usuarios de instalaciones de la Administración Pública. La información a los usuarios de las diversas instalaciones de la Administración Pública deberá ser accesible para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, con sistema de lectura fácil.</p>	●
<u>Estrategia de Mejora de Salud Mental 2023-2026</u>	
<p>Línea estratégica 4.3 DERECHOS HUMANOS EN SALUD MENTAL. Adaptación de la señalización e información dirigida al público en formatos de fácil lectura y comprensión.</p>	●

Se constata

- ▶ No todas las CC. AA. tienen establecido un sistema de priorización de la atención al sistema de salud. No se dispone de tarjeta doble AA en Asturias, Castilla y León, Extremadura, Euskadi, Islas Baleares y Navarra.
- ▶ A pesar de disponer de ella, el grado de implementación y la satisfacción manifestada por las personas con discapacidad intelectual y sus familiares es bajo.
- ▶ No todos los planes de salud mental o estrategias relacionadas con la dependencia / cronicidad / discapacidad establecen mecanismos de accesibilidad cognitiva.
- ▶ Se observa un mayor desarrollo en el ámbito del autismo, fundamentalmente en menores en los entornos educativos.
- ▶ En algunas CC. AA. las estrategias de accesibilidad cognitiva se regulan por ley cumpliendo con la Estrategia Española de Discapacidad 2022-2030.
- ▶ El grado de implementación de las acciones descritas es muy bajo e insuficiente.
- ▶ La mayoría de las acciones provienen del movimiento asociativo Plena Inclusión, ya sea desde el Centro Español de Accesibilidad Cognitiva, o desde iniciativas locales, igual que también en determinados Hospitales o servicios sanitarios concretos.

Se propone

- ▶ Facilitar una prestación de atención en salud mental integrada y centrada en la PDIDSM que sea **cercana al lugar donde viven** las personas.
- ▶ Utilizar las **nuevas tecnologías** en las relaciones entre ciudadanía y profesionales, fomentando la teleasistencia adaptada cognitivamente en personas con dificultad de accesibilidad a los centros de salud, especialmente en los entornos rurales.
- ▶ **Mejorar la accesibilidad universal** (incorporando la cognitiva) a la información de las PDIDSM y sus familias por parte del Sistema Sanitario Público en cada CC.AA, que contemple o inste a adaptar la prestación de la atención a las preferencias de la persona, garantizando la interoperabilidad de los sistemas de información.
- ▶ **Realizar un análisis de la situación** actual en cada centro sanitario donde se recojan las necesidades existentes para establecer prioridades, presupuestos y plazos.
- ▶ **Capacitar** a todo el personal no médico que trabaja en el sector de la salud mental en cuestiones relacionadas con la accesibilidad universal y la comunicación respetuosa
- ▶ **Designar y formar a una persona referente** (preferentemente profesional de enfermería) en cada servicio que realice labores de facilitador/a para garantizar la accesibilidad de las PDIDSM dentro del centro de salud: consultas médicas, enfermería, pruebas complementarias, derivaciones, etc.

6.8 Políticas/estrategias dirigidas al empoderamiento y atención centrada en la persona con discapacidad intelectual y/o del desarrollo

Importante

CDPD. Artículo 4: obligaciones generales

Los estados deben adoptar una serie de medidas, con la participación activa de las personas con discapacidad, a fin de garantizar y promover la plena realización de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas con discapacidad sin discriminación de ningún tipo.

A nivel individual, el encuentro entre las personas que experimentan dificultades en la regulación de las emociones/conducta y los servicios de salud mental, se basa casi exclusivamente en la **narrativa** (lo que explica la PDIDSM) y la interpretación subjetiva de ello por parte del/la psiquiatra. A menudo se hacen suposiciones a priori de irracionalidad y de déficits cognitivos sin ser evaluados, lo que hace que las conclusiones a las que llegan los equipos profesionales de la salud mental sean propensas a graves errores.

En el centro de esta crítica se encuentran las preguntas epistémicas sobre qué conocimiento cuenta y de quién es el conocimiento que importa.

En términos de Fricker (2007), la injusticia epistémica ocurre cuando una persona es **"agraviada específicamente en su capacidad de saber"**, cuando se le niega la oportunidad de participar en la toma de decisiones que le afectan como agentes con "experiencia vivida", porque se la trata como si fueran "ignorantes" (Hookway, 2010). El silenciamiento, o "violencia epistémica", se basa en la comunicación como intercambios recíprocos y ocurre cuando el oyente (profesional de la medicina) no reconoce las vulnerabilidades del hablante (PDID) (Dotson, 2011). Esta falla está profundamente influenciada por la asunción de determinados roles y estatus y las normas sociales que impiden la participación o la ignorancia que impide la aceptación del conocimiento del "otro" (PDID).

El principio del empoderamiento y la participación de las personas con discapacidad se basa en el lema del movimiento en favor de las personas con

discapacidad: **"Nada sobre nosotros y nosotras sin nosotros"**. Este principio implica posibilitar que las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan participen en la adopción de decisiones estratégicas; por ejemplo, en el diseño, la planificación, el desarrollo y la prestación de servicios de salud y las intervenciones de salud pública. Las familias y personas cuidadoras pueden ser aliados importantes y deben colaborar efectivamente para que las personas con discapacidad puedan participar en todas las decisiones que afectan sus vidas.

Precisamente por la relevancia que tiene la participación del paciente en la toma de decisiones debería apostarse por un modelo deliberativo, adoptándose decisiones compartidas, ya que la PDIDSM debe ser aceptada en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio, debiendo basarse la relación terapeuta paciente en la confianza y el respeto mutuo.

► **La ONU (2017) identifica tres razones** que impiden avanzar hacia ese objetivo:

- 1)** el predominio del modelo biomédico y la "suposición arbitraria de que las intervenciones médicas son más efectivas que los enfoques psicosociales",
- 2)** las asimetrías de poder entre profesionales de la salud mental (en particular los psiquiatras) y las PDIDSM usuarias de los servicios, lo que refuerza el paternalismo y el patriarcado; y
- 3)** un sesgo biomédico en el uso de la evidencia en salud mental que refleja las asimetrías de poder.

La aprobación de la CDPD en 2006 ha permitido establecer que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás, y obliga a los Estados Parte a adoptar las medidas pertinentes para proporcionar a las personas con discapacidad acceso al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.

La CDPD ratificado por España en 2008, y lo expresado en la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente, requiere del establecimiento

de estrategias que posibiliten la autodeterminación en el ámbito de la salud mental con el objetivo de garantizar el derecho a ejercer la capacidad (artículo 12 CDPD) a través de la instauración de herramientas como son, los documentos de Voluntades Anticipadas, como instrumento legal y los de Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental, como instrumento clínico, que garanticen la toma de decisiones en el ámbito clínico ante situaciones relacionadas con un problema de salud mental.

¿Se han definido políticas / estrategias dirigidas al empoderamiento y atención centrada en la persona con discapacidad intelectual y/o del desarrollo en las CC. AA?

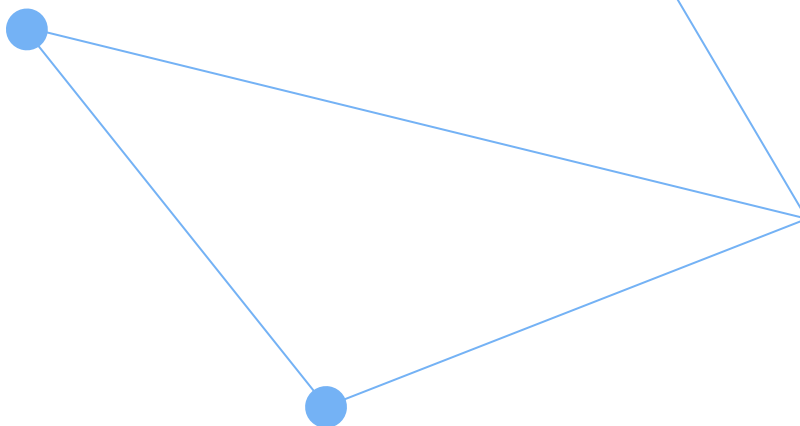
- Se han identificado
- No se han identificado



Andalucía

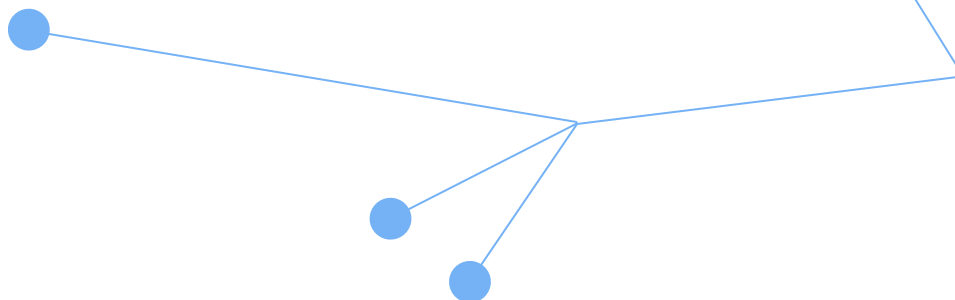
- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>II Plan de acción integral para las personas con discapacidad en Andalucía (2011-2013)</u>	
<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS (OG 6)</p> <p>4. Incrementar el conocimiento de las y los profesionales de los ámbitos sanitario y social sobre los derechos de las personas con discapacidad a recibir una atención basada en la toma de decisiones compartidas y en el fomento de su autonomía.</p> <p>Indicador: Porcentaje de UGC de SM y delegaciones provinciales de FAISEM que han elaborado una estrategia informativa y que proporcionan herramientas para que las personas atendidas puedan ejercer sus derechos (acceso a vivienda digna, a participar en la vida comunitaria y laboral, a percibir una prestación por discapacidad y/o dependencia...).</p> <p>5.3. Línea estratégica 3: DERECHOS HUMANOS Y PARTICIPACIÓN</p> <p>OBJETIVO GENERAL 6: Promover la igualdad y el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental.</p>	●
<u>Estrategia andaluza para la coordinación sociosanitaria, Junta de Andalucía 2022</u>	
<p>Es necesario priorizar el impulso de una atención integral a las personas con necesidades de apoyo asistencial intenso y complejo, coordinando de modo continuo y sistemático los servicios sanitarios y los sociales, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinarios e intersectoriales, que garantice la continuidad de los cuidados, con la máxima participación de la persona y de su entorno, mediante la elaboración y aprobación, desde el consenso, de la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria que optimice los recursos existentes en aras a mejorar la salud y el bienestar social de la población, dando así cumplimiento al Acuerdo de 23 de marzo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia, publicado en el BOJA núm. 58, de 26 de marzo de 2021.</p>	●



<u>Ley 5/2019, de 21 de marzo, de derechos y garantías de las personas con discapacidad en Aragón</u>	
<p>Art 13 Acciones: Desarrollar actuaciones informativas y educativas específicas dirigidas a las personas con discapacidad y sus familias, con el fin de mejorar sus competencias en la toma de decisiones sobre los aspectos de su vida relacionados con la salud. Desde el movimiento asociativo de Plena inclusión en Aragón, bien a través de nuestros profesionales sanitarios o en coordinación con el SALUD, realizamos de forma habitual y programada este tipo de acciones. En cualquier caso, consideramos necesario avanzar en el empoderamiento y autorregulación de estas en todo lo vinculado al autocuidado.</p>	●
<u>Ley 8/2015, de 25 de marzo, de Transparencia de la Actividad Pública y Participación Ciudadana de Aragón</u>	
<p>Gobierno Fácil: Se creó dentro de lo que conocemos como Gobierno abierto (desarrollado a través de la ley de participación y transparencia autonómica). Es un proyecto de co-creación de políticas públicas que incorpora nuevas sensibilidades en los procesos de participación ciudadana, haciendo protagonistas a las personas con diversidad funcional, apoyado en la metodología de la lectura fácil, y cuyo objetivo es generar mejores servicios y políticas públicas que sean accesibles universalmente.</p>	●
<p>Programa DOBLE EXCLUSION SOCIAL de Plena Inclusión Aragón El programa corresponde al eje de actuación 7 "Programas de atención integral dirigidos a la promoción de la autonomía personal de las personas con discapacidad". Con los puntos 7.1, especialmente cuando habla de "facilitar la autonomía personal, el ejercicio de su capacidad jurídica (toma de decisiones) y al hacer referencia a personas con otros factores de vulnerabilidad (salud mental, personas sin hogar, adicciones, cuidado de otros miembros de la unidad familiar), siendo éstas últimas las destinatarias de esta iniciativa que presentamos. Y al 7.9, programa de creación de sistemas de información y estadísticos que permitan la evaluación de la situación de las personas con discapacidad para poder mejorar su calidad de vida al llevar a cabo unas escalas de evaluación con la población atendida, que indican en qué áreas de sus vidas necesitarían un mayor apoyo y con ello, realizar una planificación centrada en la persona. Perfil que se atiende: personas con discapacidad intelectual que, además, presentan situaciones de vulnerabilidad económica, trastornos mentales y/o problemas de conducta, adicciones, abuso psicológico o sexual o bien, viven solas o que están al cuidado de otros familiares dependientes. Son personas que, por presentar un grado de discapacidad leve - media, desconocimiento, o por decisión propia, se encuentran fuera del catálogo de prestaciones y servicios específicos prestados por entidades del tercer sector. Se da una atención individualizada a través de una planificación centrada en la persona, pero también se realiza trabajo en grupos y salidas terapéuticas.</p>	●

<u>Plan de salud mental de Aragón 2022-2025</u>	
<p>Actuación 9.3. Activación del plan anticipado sobre decisiones en salud mental, garantizando su difusión entre usuarios/as y profesionales, así como su inclusión en historia clínica electrónica y el seguimiento de sus resultados.</p> <p>Puesta en marcha del Plan Anticipado sobre Decisiones en Salud Mental (PAD-SM) con el objetivo de permitir conocer de forma anticipada cuales son las necesidades y preferencias respecto a una determinada asistencia que pudiera recibir por parte de los servicios de Salud Mental ante determinadas situaciones en las que una persona pueda tener limitada su capacidad de forma transitoria para tomar decisiones.</p> <p>El PAD-SM posibilita una mayor participación y empoderamiento, la mejora de la relación entre usuarios/as y profesionales y familias constituyéndose en una herramienta clínica muy útil para salvaguardar el derecho de autonomía de la persona.</p>	●
<u>I Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad de Aragón</u>	
<p>El Gobierno de Aragón esta impulsando actualmente el II Plan Integral para las Personas con Discapacidad en Aragón (2025-2028). Se han constituido mesas de trabajo, agrupadas por temáticas: Accesibilidad universal, Contratación y función pública, Educación, Empleo y formación, Mujer, Salud y coordinación sociosanitaria y Sostenibilidad y mantenimiento de la red de apoyos y recursos de los servicios sociales.</p> <p>Se pone en relieve la necesidad de la participación y el empoderamiento de las personas con discapacidad impulsando mecanismos de diálogo tanto de las personas con discapacidad como de sus familias, así como de las organizaciones que las representan para garantizar el ejercicio de sus derechos, la información y la toma de decisiones.</p>	●



Cantabria

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026

1.b Participación:

La participación de la ciudadanía en la toma de decisiones sanitarias es un derecho fundamental de la persona con problemas de salud mental y sus familias. Para su aplicación en el PSM lo podemos dividir en tres niveles:

- Nivel individual o micro: contemplar dentro del desarrollo de las líneas de acción que los y las pacientes y familiares dispongan de información relativa a su proceso asistencial adaptada a su capacidad de comprensión. Esta información mínima tendrá que contener objetivos, metodología, profesionales intervinientes y "hoja de ruta" con el fin de facilitar la participación en la toma de decisiones compartida sobre su propia salud con profesionales de la sanidad y en la autogestión de la misma.
- Nivel organizacional o meso: la ciudadanía participará en los grupos y subgrupos de desarrollo de las líneas de acción de forma directa o a través del tejido asociativo.
- Nivel social o macro: la ciudadanía está presente desde el inicio y a lo largo del desarrollo del Plan de Salud Mental que será también divulgado a nivel poblacional.



Plan Sociosanitario de Cantabria 2019-2022

El Plan de cronicidad para Cantabria contempla entre las acciones a desarrollar programas tanto de prevención y promoción de la salud como de autocuidado y autogestión de la enfermedad. Estos últimos se dirigen a pacientes crónicos/as o personas cuidadoras informales. Dentro del proyecto de Escuela cántabra de salud, la Escuela de pacientes promueve la colaboración entre profesionales sanitarios/as, pacientes expertos/as y pacientes crónicos/as desde la metodología de el/la "paciente activo", estableciendo objetivos consensuados entre profesional y paciente y resolviendo problemas del día a día con la enfermedad crónica. Se pretende así aumentar no solo los conocimientos y habilidades, sino también la motivación.

7.1.8. Innovación. La innovación socio sanitaria aportará propuestas y programas creativos, eficientes y de calidad. Entre ellos, proyectos de innovación en lo relacionado con empoderamiento y la participación de las personas usuarias y cuidadoras, sus familias y comunidades en la atención socio sanitaria, con especial atención a modelos de creación de servicios, planificación cooperativa de futuros personales y modelos de autogestión o cogestión.



Castilla la Mancha

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan de Salud Mental de Castilla- La Mancha

Actualmente el movimiento asociativo de salud mental en Castilla-La Mancha trabaja con el modelo de intervención comunitaria, centrado en la recuperación, basado en el empoderamiento de las personas con trastorno mental, y en el reconocimiento de sus derechos, apoyándose en el nuevo paradigma en la protección de los mismos que ha supuesto la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Red de Expertos y Profesionales de Salud Mental (REX-Sm-CLM) La red de Expertos y Profesionales de Salud Mental (REX-Sm-CLM) surge en el marco de la línea de humanización de la asistencia de la Consejería de Sanidad de la JCCM, como un sistema de participación de los profesionales, personas usuarias expertas por experiencia, familiares, sociedades científicas y sociedad civil en general, para mejorar el conocimiento y análisis de situación así como para impulsar actuaciones orientadas a la mejora de la calidad de atención a la Salud Mental. Tiene carácter interdisciplinar y consultivo.



Castilla y León


- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Estrategia de salud mental de Castilla y León 2024-2030</u>	
No se identifican acciones relacionadas con el empoderamiento de PDIDSM	●
<u>Proceso de Atención al Paciente Crónico Complejo de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria Gerencia Regional de Salud, 2020</u>	
Objetivo – Informar al paciente y la familia de su inclusión en el Proceso de Atención al Trastorno Crónico Complejo y obtener la aceptación y compromiso del paciente y la familia. Cómo: participación activa del paciente y de la familia en el proceso.	●

Catalunya

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Programa QUALITY RIGHTS – OMS</u>	
El Gobierno de Catalunya ha aprobado el Acuerdo para suscribir un Convenio de colaboración entre la Generalitat, mediante el Departamento de Presidencia, y la Organización Mundial de la Salud, para la implementación de la iniciativa Quality Rights en Catalunya. El convenio, que se enmarca dentro del Pacto Nacional de Salud Mental, tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud mental y la promoción de los derechos humanos de las personas con condiciones de salud mental y discapacidad psicosocial, cognitiva o intelectual. Los principales ejes del programa Quality Rights son la sensibilización y suministro de información a toda la población; la información y formación para personas con experiencia vivida en condiciones de salud mental o discapacidad; la información y la formación para profesionales y personal clave en la atención y apoyo a las personas y la promoción de derechos humanos en Cataluña y el establecimiento de estándares y la evaluación de todos los programas, servicios y centros.	●
<u>Programa de Abordaje Integral de los casos de Salud Mental y Adicciones de elevada Complejidad (PAICSAMAEC)</u>	
Favorecer la participación y reconocimiento de los afectados/as en primera persona y de las familias como agentes de apoyo para las personas usuarias y profesionales (asistencial, formativo, investigación, planificación de recursos, etc.) Aportar herramientas y formación a profesionales por el fomento de la participación de las personas afectadas en los procesos de toma de decisiones, independientemente de la edad que tenga.	●

Plan director de Salud Mental y Adicciones 2017	
<p>Empoderamiento y participación de los movimientos en primera persona, las familias y sus organizaciones en el desarrollo y adaptación de los servicios a la atención centrada en las necesidades de las personas.</p> <p>Objetivo estratégico 2.2. Garantizar el respeto a los derechos de la persona. Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyar el movimiento "en primera persona" y los proyectos de empoderamiento de las personas afectadas y familias (proyecto "Activa't"). - Diseñar e implementar experiencias piloto de apoyo entre iguales (de igual a igual, ayuda mutua) junto con los servicios asistenciales. Incorporar las experiencias que se están desarrollando con personas con adicciones. - Impulsar el rol de paciente experto en el campo de la salud mental y adicciones, con la colaboración de la atención primaria y salud comunitaria. - Impulsar acciones en los servicios sanitarios a fin de que las personas afectadas y las familias reciban la información adecuada y en un formato accesible, sobre los derechos, las normas de atención y las opciones de tratamiento. <p>Objetivo estratégico 2.3. Incorporar la experiencia de los movimientos en primera persona y sus familias con los servicios como valor fundamental de la atención y de la calidad asistencial. Acciones:</p> <p>Fomentar el enfoque de la atención centrada en la persona en los servicios a través de la elaboración del modelo de planificación de decisiones compartidas y del documento de voluntades anticipadas en el ámbito de la salud mental, para garantizar la participación de las personas en las decisiones sobre sus propios planes terapéuticos.</p> <p>Objetivo estratégico 2.4. Garantizar la participación de las personas afectadas y las organizaciones que les representan. Acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la participación de las personas afectadas y las familias en los distintos órganos y servicios del Departamento de Salud: Consejo Consultivo, consejos asesores. - Incorporar activamente a personas expertas en primera persona dentro de los equipos asistenciales. - Fomentar la participación de los movimientos en primera persona en las tablas de salud mental y de drogas en todo el territorio. 	

Comunidad de Madrid

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid

Línea estratégica L9: participación de usuarios/as y familiares, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de personas con enfermedad mental.

Acciones:

Avance en la aplicación de la Planificación compartida de la atención de las personas con Trastorno mental grave. Elaboración y unificación de formularios de información para consentimiento en los dispositivos y programas de intervención. Promover la figura del paciente experto a nivel de la organización y acompañamiento (peer to peer o agente de apoyo entre iguales). Actuaciones para promover el apoyo mutuo entre personas que han sufrido problemas de salud mental utilizando su experiencia en situaciones similares (capacitación, grupos de iguales...). Participación de las asociaciones/agrupaciones de usuarios y de familiares en la definición de objetivos y actuaciones para la mejor atención de las personas con problemas mentales asociaciones/agrupaciones de usuarios y de familiares.



Comunidad Foral de Navarra

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan de Salud Mental de Navarra

Principios y valores: Autonomía. Profesionales y servicios deben respetar y promover la autonomía y la capacidad de las personas usuarias, así como fomentar su responsabilización y empoderamiento en las cuestiones que afecten a su salud mental y al proceso asistencial, así como al uso adecuado de los recursos. Atención centrada en la persona. Basado en el concepto de recuperación personal. Promover la participación de las personas usuarias y sus familias en el proceso asistencial.

Objetivo 1. Promover la participación de las personas usuarias y sus familias en el proceso asistencial y en la gestión de la Red de Salud Mental de Navarra. Líneas de acción: Aumentar el número de personas usuarias en los grupos de participación (Junta Técnico Asistencial, comisiones, grupos de trabajo, seguimiento Plan Salud Mental).



Comunitat Valenciana

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027</u>	
No se identifican acciones dirigidas a las PDIDSM	●
<u>Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020</u>	
<p>Línea estratégica 1: promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales. En esta primera línea la estrategia desarrolla las intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y su carácter intersectorial, considerando el empoderamiento y el autocuidado personal como los ejes para que el ciudadano gestione su salud mental.</p> <p>Línea estratégica 4: las personas usuarias, familiares y profesionales La cuarta línea de la estrategia se ocupa del reconocimiento del ejercicio de los derechos, empoderamiento y emancipación de los usuarios/as, del papel y apoyo a las familias y de la participación de los profesionales, asociaciones y sociedad en general para la mejora de la salud mental</p> <p>Acciones: 6.1.1. Consensuar el PAI con la persona usuaria y la firma del consentimiento informado. 6.1.2. Consensuar el CT con la persona usuaria y firma del consentimiento informado. 6.1.3. Elaborar un protocolo de acogida que incluya información sobre los aspectos funcionales de los SSM, la Carta de Derechos y Deberes de las personas usuarias, el procedimiento de quejas y reclamaciones, así como los procedimientos de acogida específicos de centros y programas en los que vayan a ser atendidas. 6.2.1. Disponer en cada departamento de una estructura participativa. 6.2.2. Incluir las personas usuarias en los grupos y comisiones de trabajo, tanto de los departamentos como de los servicios centrales.</p>	●

Euskadi

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023- 2028</u>	
<p>Línea 1: Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona. Garantizar a la persona con problemas de salud mental, o persona que esta designe, la participación activa en todo lo concerniente a sí misma, desde el primer momento que entra en contacto con los servicios de atención de modo que se garantice un proceso terapéutico fundamentado en las decisiones y planes de cuidados compartidos (consentimiento informado y su accesibilidad) Establecer, con la persona atendida, una planificación de decisiones compartidas durante su proceso asistencial y de recuperación ante situaciones o momentos que puedan plantear problemas éticos en situaciones de crisis.</p> <p>Sustentar la práctica de la atención en la voluntad de la persona. Establecer vías de participación entre los diferentes departamentos de la Administración General del País vasco y las organizaciones del ámbito asociativo para el diseño de las distintas políticas públicas en salud mental.</p> <p>Línea 6: Atención e intervención familiar. Facilitar la accesibilidad y modelos de atención y apoyo a las familias para el establecimiento de una alianza efectiva entre profesionales y personas con trastornos mentales, basados en su autonomía y empoderamiento.</p>	●

Extremadura

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020</u>	
OBJETIVO 24: Promover la aplicación de los principios bioéticos y la participación de la persona con enfermedad mental en su proceso y en la toma de decisiones terapéuticas. Acción 24.1: Elaboración, aprobación e implantación de una Guía de Apoyo que permita una toma de decisiones adecuadamente informada y participada, y acorde a las pruebas disponibles. Acción 24.3: Fomento de iniciativas de "paciente experto" que han demostrado evidencia clínica.	●
OBJETIVO 25: Impulsar la participación de las personas usuarias, familias y cuidadores en la planificación de los dispositivos y servicios de atención de la Red de Salud Mental de Extremadura. Acción 25.1: Actualización de la composición del Consejo Regional de Salud Mental de Extremadura en la participación de usuarios, familias y cuidadores.	

Galicia

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Estrategia Galega sobre Discapacidad 2015-2020</u>	
<p>Líneas estratégicas</p> <p>1. Accesibilidad Objetivo operativo 1.11: Incorporar a las mujeres y a los hombres con discapacidad en los procesos de diseño, validación y testeo de bienes, productos y servicios a disposición del público para facilitar su uso y accesibilidad.</p> <p>2. Autonomía personal Objetivo operativo 2.7: Promover la participación de las personas con discapacidad en todos los procesos de toma de decisiones que les afecten y en todos los ámbitos, lo que incluye la creación y el funcionamiento de los recursos dispuestos para su atención.</p> <p>4. Formación y empleo Objetivo operativo 4.13: Impulsar la participación de las personas con discapacidad en todos los procesos de toma de decisiones que les afecten con relación al empleo y empleabilidad.</p> <p>5. Salud Objetivo operativo 5.11: Impulsar la participación de las personas con discapacidad en los procesos de toma de decisión sobre su salud, así como en el diseño y desarrollo de programas de asistencia sanitaria que les afecten.</p> <p>6. Servicios sociales Objetivo operativo 6.1: Potenciar los recursos y promover los modelos de intervención integrales y coordinados centrados en la persona y en su entorno de forma que le den respuesta a las necesidades específicas de los hombres y mujeres con discapacidad. Objetivo operativo 6.11: Impulsar y apoyar la participación de las personas con discapacidad Y de la red social de apoyo en el diseño y en el desarrollo de las políticas sociales que les afectan.</p>	●

Islas Baleares

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022

Línea estratégica 3. Autonomía y humanización de la Salud Mental. Objetivo específico

37. Incluir la voz de los usuarios en este Plan Estratégico y en los sucesivos, y garantizar su participación en la toma de decisiones a través de un sistema de participación informada.

Línea estratégica 12. Participación de familias y de asociaciones de usuarios de Salud Mental

En las últimas décadas, se ha incorporado, progresivamente, la visión de los usuarios/as y de sus familiares en los procesos de enfermedad, al tiempo que se ha fomentado la participación social y la promoción de los movimientos asociativos.

Objetivo específico 46: Potenciar programas de participación con familias y asociaciones de usuarios. Establecer, a nivel organizacional y asistencial, sinergias y líneas específicas de colaboración estable con las familias, con los usuarios y con las asociaciones de personas con trastorno mental mediante un convenio marco de coparticipación entre el Servicio de Salud y el movimiento asociativo.

Objetivo específico 151. Desarrollar la figura del usuario experto en el marco del programa del Paciente Activo de las Islas Baleares, primero debe hacerse un pilotaje en una UCR del Servicio de Salud.



Plan de Humanización en el Ámbito de la Salud 2022-2027

Línea 4. Asegurar el trato amable y la autonomía del paciente Tal como se entiende la humanización de la asistencia en nuestro entorno, es imprescindible caminar hacia la autonomía y el empoderamiento de pacientes y proporcionarles un trato amable por medio de una relación profesional-paciente que siga el modelo centrado en la persona.

Potenciar la toma de decisiones compartidas: En un modelo de atención centrado en la persona es fundamental que en el estilo de relación entre el personal sanitario y pacientes se siga el modelo de toma de decisiones compartidas, que permite a estos ejercer su autonomía.



Islas Canarias

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023

Objetivo específico 2.1. Mejorar la satisfacción de las persona con enfermedad mental y sus familias, mediante el uso de buenas prácticas, el respeto de su autonomía, derechos, dignidad, y la promoción del empoderamiento.

Objetivo específico 6. Garantizar una práctica profesional que promueva la participación y el empoderamiento de las personas con trastornos mentales en su proceso de tratamiento y de recuperación, que respete los derechos humanos y su desarrollo personal individual. 6.3. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de la Red de Salud Mental para que incluyan como eje de la atención en salud mental la toma de decisiones compartidas, el uso del consentimiento y la planificación anticipada de decisiones, con el objetivo de favorecer la autonomía, el empoderamiento, la participación y la protección de los derechos de las personas usuarias, evitando medidas de sobreprotección y coerción.



La Rioja

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

IV Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja 2021-2025

Objetivos generales: Orientar la atención a la salud mental desde un enfoque centrado en la persona, donde el protagonista del proceso de prevención, mantenimiento y recuperación de la salud mental es el individuo. La persona es concebida como un agente activo en el mantenimiento y la recuperación de su salud mental, y no como un agente pasivo que recibe tratamientos en salud mental.

Acciones a medio plazo: Establecer foros de participación de familiares, pacientes de Salud Mental y profesionales.

Establecer e implantar vías de participación efectiva de las personas con trastornos mentales y sus familias, en el diseño, planificación y evaluación de las políticas de salud mental que les afectan. Potenciar la atención sociosanitaria a las enfermedades mentales, especialmente a las más graves, y fomentar la participación de los afectados y sus familiares en el desarrollo y mantenimiento de esta atención.



Principado de Asturias

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan de Salud Mental de Asturias 2022-2030

Objetivo General 1.2. Potenciar los espacios de gobernanza y participación ciudadana en materia de salud mental, incorporándola como un elemento clave de la salud de la comunidad.

1.2.2. Creando el Foro de Salud Mental como espacio de participación, concienciación debate y discusión. Estará constituido por el movimiento asociativo y otros colectivos con interés en la salud mental. Tendrá entre sus objetivos sensibilizar a los agentes sociales sobre las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial, promover acciones en favor de la eliminación de las barreras para su participación plena y efectiva, la concienciación del cuerdismo y la prevención del estigma, y otros que sean de interés para los integrantes de este Foro.

Objetivo General 3.1. Promover el modelo de asistencia basado en la atención centrada en la persona y el respeto a sus derechos, la atención e intervención familiar y la recuperación el ámbito comunitario.

3.1.2.1. Potenciando los Planes terapéuticos Individualizados (PTI), acordados entre la persona, su familia y el equipo multidisciplinar, que recojan el conjunto de intervenciones necesarias para avanzar en el proceso de recuperación. Deben revisarse con la periodicidad establecida en cada programa, adaptando sus objetivos y actua

3.1.2.4. Fomentando el apoyo entre iguales y el papel activo de las personas con discapacidad psicosocial y sus familiares, potenciando las figuras del "paciente experto/a" y "familiar experto/a" en salud mental. Deberá incluirse la Salud Mental en el Programa de Paciente Activo de Asturias (PACAS) e impulsar otras iniciativas que contribuyan a esta misma finalidad.

3.1.2.5. Promoviendo la participación de personas con discapacidad psicosocial en el proceso de recuperación, como elemento de ayuda, aprendizaje compartido y apoyo a otras personas, promoviendo el asociacionismo y los Grupos de Apoyo Mutuo (GAM) en ámbitos asistenciales y comunitarios.

3.1.2.6. Facilitando la participación de personas allegadas en situaciones de crisis cuando puedan resultar de ayuda para disminuir la tensión y el sufrimiento.

3.1.2.7. Garantizando la participación del movimiento asociativo en la elaboración y evaluación de los programas asistenciales que se desarrollen en la red de Salud Mental.

3.1.2.8. Habilitando mecanismos para que las personas con discapacidad psicosocial y las familias participen en los procesos de evaluación de los de los Servicios de Salud Mental, adoptando para ello instrumentos adecuados, tales como el "Quality Rights: instrumento de calidad y derechos de la OMS". Los resultados han de publicitarse de modo que sean accesibles a la ciudadanía.



Región de Murcia

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Estrategia de Mejora de Salud Mental 2023-2026

10. Facilitar la participación ciudadana estableciendo espacios de interlocución entre la sociedad civil y la **Gerencia de Salud Mental**.

Acciones: Organización de espacios formativos "peer to peer" reglados, proporcionando formación en apoyo mutuo para que personas con problemas de salud mental se conviertan en expertas en el proceso de recuperación. Colaboración con organizaciones y asociaciones de usuarios/as y familiares de personas con problemas de salud mental estableciendo calendarios de reuniones periódicas de sus representantes y la Gerencia de Salud Mental. Implantación del uso del Plan de Decisiones Anticipadas en todos los Centros de Salud Mental, Unidades de Rehabilitación de Adultos y Unidades Hospitalarias de media estancia de la Región de Murcia.



Sonriendo a la vida con emoción
Autora: Coral Sande
XXII edición del Concurso de fotografía del INICO

Se constata

- ▶ Todos los planes de salud mental o estrategias relacionadas con la dependencia / cronicidad / discapacidad establecen mecanismos de empoderamiento de las PDID y sus familias.
- ▶ En algunas CC. AA. las estrategias de accesibilidad cognitiva se regulan por ley cumpliendo con la Estrategia Española de Discapacidad 2022-2030.
- ▶ El grado de implementación de las acciones descritas es muy bajo e insuficiente.

Se propone

- ▶ **Las políticas autonómicas deben estar en consonancia** con un modelo de discapacidad basado en los derechos humanos y que no refuercen percepciones negativas de las personas con discapacidad intelectual o barreras en el ejercicio de sus derechos.
- ▶ **Poner a la PDIDSM en el centro** de su proceso y acompañarla en la toma de decisiones consensuada de una forma realista.
- ▶ **Fomentar** iniciativas comunitarias y actividades centradas en la participación de la PDIDSM, familia y agentes/profesionales de referencia de la persona en el **co-diseño, co-creación, co-producción** y evaluación conjunta de los servicios e iniciativas.
- ▶ **Garantizar la participación** de la PDIDSM, su familia y entorno de apoyo en las reuniones de coordinación en cada área sociosanitaria. (Comisión de Estudio y Derivación – CED) (ver apartado 7 “el modelo que necesitamos”)
- ▶ Garantizar que la PDIDSM pueda ejercer su **derecho a la toma de decisiones** con el adecuado apoyo y las adaptaciones cognitivas necesarias en función de su situación.
- ▶ **Incluir acciones con perspectiva** de género dirigidas a las PDIDSM en las estrategias para empoderar a las personas en sus comunidades.

Andalucía

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Discapacidad intelectual y salud mental: trabajo en red. 2016</u>	
<p><u>Objetivos:</u> favorecer la formación y actualización de conocimientos de las y los profesionales implicados. Se propone la formación a tres niveles de actuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención Primaria: la formación en el nivel asistencial de atención primaria es esencial ya que este nivel es la puerta de entrada al sistema sanitario. En este sentido las líneas de formación irían orientadas a mejorar la detección precoz de síntomas, identificar de forma adecuada factores de riesgo y conocer y manejar criterios de sospecha de aparición de patología mental, atendiendo a la patoplastia (modo de expresión sintomática de una enfermedad individual) en este grupo de población y a los posibles fenotipos conductuales (patrones de conducta propios de cada enfermedad). - Atención Especializada en Salud Mental: en el nivel de atención especializada de salud mental la formación debe ser extensiva a todo el equipo de profesionales, con el objetivo de garantizar la adecuada detección e identificación de patología y abordar de forma adecuada el trastorno mental en este grupo de población dando respuesta a sus necesidades. - Atención en Servicios Sociales Especializados: las líneas de formación para profesionales de los servicios sociales especializados de atención a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento, irán orientadas a mejorar las estrategias, herramientas de evaluación y técnicas para la identificación de posible trastorno mental. 	●
<u>Escuela Andaluza de Salud Pública</u>	
Atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental. Dirigido a profesionales en activo pertenecientes al SAS.	●

Aragón

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>I Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad de Aragón</u>	
<ul style="list-style-type: none"> - Integración en la formación continuada de trabajadores del Sistema de Salud de Aragón la perspectiva de atención a personas con discapacidad. - Inclusión en los planes de formación del IAAP de materias que promuevan los derechos y garantías de las personas con discapacidad en las diferentes áreas. - Inclusión en los planes del IAAP de formación integral para las empleadas y empleados públicos que trabajan con personas con discapacidad para atender los servicios que requieren 	●
<u>Plan de salud mental de Aragón 2022-2025</u>	
<p>Constante y permanente formación de los/as profesionales, la transversalidad y colaboración de los equipos multidisciplinares, y la participación de asociaciones y familias.</p> <p>No se detectan acciones dirigidas a la formación de profesionales en la atención a PDIDSM</p>	●

Cantabria



- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026</u>	
No se identifican acciones dirigidas a la formación de profesionales de la red de salud mental/ social sobre la salud mental de PDID	●
<u>Plan Sociosanitario de Cantabria 2019-2022</u>	
Formación y sensibilización de los/las profesionales ante las necesidades de atención de personas con autonomía limitada. Impartir formación a profesionales, estudiantes, personas cuidadoras y personas usuarias en materia de autonomía personal.	●

Castilla la Mancha

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

EVATRA – PLENA INCLUSIÓN CLM	
Se ha desarrollado una formación sobre EVATRA a profesionales del área de salud de Valdepeñas (psiquiatras, psicólogos y enfermeros de la unidad de salud mental y profesionales de AFAD, ADIN y ARA). Ha sido impartida por profesionales de AFAS. Así mismo se ha formado a profesionales de la Consejería de bienestar social en el modelo multimodal, también por parte de profesionales de AFAS y la USM de Tomelloso. Como continuación a la formación, se va a desarrollar un curso práctico de análisis de casos, donde habrá una participación del 50% de profesionales del SESCAM y el 50% de profesionales de Plena inclusión, a través del equipo de salud mental y DI de la Federación	●
<u>Plan de Salud Mental de Castilla- La Mancha</u>	
Formación y sensibilización de los/las profesionales ante las necesidades de atención de personas con autonomía limitada. Impartir formación a profesionales, estudiantes, personas cuidadoras y personas usuarias en materia de autonomía personal.	●

Estrategia de salud mental de Castilla y León 2024-2030	
<p>6.1.5. Gestión del conocimiento</p> <p>Objetivo general: Capacitar a profesionales del sistema sanitario y no sanitarios que trabajan directamente con las personas con discapacidad intelectual sobre el trastorno mental que pueda asociarse a ellas. Objetivos específicos:</p> <p>Objetivo 5. Actualizar y reciclar los conocimientos específicos sobre la Discapacidad Intelectual y la Patología Dual a profesionales sanitarios, especialmente de AP, Pediatría y Salud Mental.</p> <p>5.1: Promoción de las rotaciones en la Unidad de Patología Dual de Referencia Autonómica como rotación hospitalaria a residentes de medicina, psicología clínica y enfermería especialista en salud mental. 5.2: Formación periódica, continuada y específica para profesionales de los dispositivos de salud mental sobre discapacidad intelectual y trastorno mental y asesoramiento a profesionales de AP. 5.3: Formación a futuros profesionales susceptibles de trabajar en este campo: TO, TS, y educación social. 5.4: Estandarización en la recogida de datos que permita realizar un análisis para detectar carencias en la atención a la discapacidad intelectual con enfermedad mental, datos sociodemográficos, registro de población atendida, datos clínicos y de seguimiento.</p> <p>Objetivo 6. Apoyar a profesionales de otras administraciones, organizaciones, entidades prestadoras de Servicios, entidades tutelares, familias y personas cuidadoras en la actualización y reciclaje de conocimientos en todo lo referente a la Discapacidad Intelectual y Patología Dual, incluida prevención y la promoción de la Salud. 6.1: Colaboración de profesionales de los servicios de salud mental de las áreas en acciones formativas de otras entidades, incluyendo educación, servicios sociales, tercer sector y familiares y personas cuidadoras sobre trastorno mental y discapacidad.</p>	
<p>Programa A.S.I. (Asistencia Sanitaria Integral) es un plan de mejora de la atención sanitaria para personas con DI, y/o TEA que permite a los servicios y profesionales sanitarios identificar y adecuar la atención a las necesidades de los/las pacientes.</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Poner en marcha un sistema de identificación/codificación a nivel administrativo. - Contribuir al conocimiento y sensibilización de profesionales sanitarios de las características de las personas con DI, y/o TEA. - Implementar medidas específicas de intervención que faciliten la atención de las personas con DI, y/o TEA en los diferentes Servicios y/o especialidades. <p>En abril de 2016 se creó una comisión mixta de trabajo integrada por personal del Hospital Universitario Río Hortega (HURH) de Valladolid, la Gerencia de Servicios Sociales y miembros de las entidades de Fundación Personas y Autismo Valladolid, con el objetivo de poner en marcha este proyecto piloto en el Área de Salud Oeste de Valladolid. A partir de ahí se consideró que en este proyecto era de suma importancia la formación de profesionales del ámbito sanitario sobre las personas con DI y/o TEA, y las necesidades de éstas en el contexto sanitario, por ello, se pusieron en marcha una serie de acciones formativas. En marzo de 2017 se incorporó al programa la figura de la enfermera/o "Gestora/o de Casos" con una doble misión: por un lado, ser la profesional de referencia para ofrecer acompañamiento y apoyo a los/las pacientes y sus familiares en relación con las diversas especialidades del hospital; y por otro, informar y anticipar a profesionales sanitarios sobre las necesidades del/la paciente. En cuanto a la difusión del programa, se entregaron cartelería y material informativo que se colocó en todas las dependencias del HURH. los resultados del pilotaje fueron evaluados a través de una encuesta de satisfacción cumplimentada por las familias de los/las participantes en el proyecto, así como por la valoración de la comisión de seguimiento del proyecto, compuesta por profesionales de servicios sanitarios y sociales. Ambas valoraciones resultaron positivas, destacando las puntuaciones de las familias en relación con la variable satisfacción con la atención prestada (puntuaciones entre 90 y el 100% en la mayor parte de los ítems).</p>	

Castilla y León

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Master de Formación Permanente en Integración de Personas con Discapacidad. Calidad de vida. INICO, Universidad de Salamanca.</u>	
El Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO), dentro de sus ofertas de formación, imparte el Título Propio Máster de Formación Permanente en Integración de Personas con Discapacidad. Calidad de Vida coorganizado con Plena inclusión.	●

Catalunya

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Departamento ed Salud. Generalitat de Catalunya y Sociedad Catalana de Psiquiatria y Salud Mental</u>	
Plan de Formación Red Salud Mental. Dep. Salut. Gen Cat. Sociedad Catalana Psiquiatria i Salut Mental Acciones Formación Departamento de Bienestar Social desde 2006 Diplomado Universitario Salud Mental en PDID, Universidad Central de Catalunya.	●

Comunidad de Madrid

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid</u>	
<p>9.3.2.3. Desarrollo de actuaciones para la mejora de la atención a los pacientes con discapacidad intelectual en Urgencias o ingreso hospitalario en UHB (formación específica, protocolos de coordinación...)</p> <p><u>Introducción en el programa del grado de enfermería de la UAM, una sesión sobre DI.</u> Desarrollo de actividades de colaboración y formativas con las Consejerías competentes en materia de Educación y Política Social: Acciones formativas en diagnóstico de TEA para clínicos de la Red de Salud Mental. Acciones formativas a pediatras de atención primaria y hospitalaria sobre signos de alarma de TEA con al menos un curso anual. Acciones formativas de las necesidades de personas con TEA a lo largo de la vida incluyendo las frecuentes comorbilidades con otros trastornos del neurodesarrollo, trastornos psiquiátricos y dimensiones (cognitivas, sociales, psicológicas, etc.). Acciones formativas dirigidas a profundizar y avanzar en la presencia de referentes personas expertas en diagnóstico complejo en los hospitales. Realizar acciones formativas sobre el desarrollo evolutivo y la salud física de las personas con TEA desde el nacimiento hasta la vejez (incluyendo aspectos del desarrollo y transiciones entre etapas evolutivas). Formación en intervenciones psicoterapéuticas efectivas en TEA. Acciones de formación de diagnóstico e intervención en TEA en la vida adulta.</p>	●

Comunidad Foral de Navarra



- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Plan de Salud Mental de Navarra</u>	
No se identifican acciones dirigidas a la formación de profesionales de la red de salud mental/ social sobre la salud mental de PDID	●

Comunitat Valenciana

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

<u>Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027</u>	
No se identifican acciones dirigidas a la formación de profesionales de la red de salud mental/ social sobre la salud mental de PDID	●
<u>Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020</u>	
237.PROPUUESTA: Creación de una Especialidad Médica sobre Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (DID), Salud Mental y/o Alteraciones de la Conducta. Entidad que Propone: Plena Inclusión CV. Como: Implementando la nueva especialidad / intensificación en los planes de estudio de la titulación de medicina. Cuando: 2023	●
238.PROPUUESTA: Formación de Posgrado sobre Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (DID), Salud Mental y/o Alteraciones de la Conducta. Entidad que Propone: Plena Inclusión CV. Como: Implementando cursos con programas formativos específicos. Cuando: 2023	
239.PROPUUESTA: Formación de un curso en el EVES sobre Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (DID), Salud Mental y/o Alteraciones de la Conducta. Entidad que Propone: Plena Inclusión CV. Como: Implementando curso en el paquete formativo del EVES .En coordinación con la federación Plena inclusión CV, que dispone de una red federativa de Salud Mental con profesionales de psicología expertos/as en salud mental y discapacidad intelectual. Curso de continuidad en las 3 provincias. Cuando: 2023	

<u>IVASS.Memoria 2021</u>	
<p>18. Gestión y puesta en marcha de formación específica en discapacidad intelectual y alteración de conducta.</p> <p>Acción 2: Formación Profesionales en Metodologías de Atención especializada con personas usuarias de la Unidad Específica DI+AC en CEEM Alcoy. Edición 1</p> <p>* Contenido del proyecto: Desarrollo de una primera edición de un curso de formación de 20 horas de duración, dirigido al equipo técnico inicial del CEEM Mossen Cirilo.</p> <p>El proyecto surge como una acción innovadora para proporcionar herramientas de trabajo y conocimientos especializados a profesionales del servicio, pues en el diseño de este servicio de atención, se pretende integrar una unidad específica de personas que presentan DI y alteración conductual grave y/o enfermedad mental.</p> <p>Para ello, se contó como docentes con las profesionales que pusieron en marcha el proyecto para la Red de Viviendas (una Psiquiatra y una Psicóloga Clínica), ambas especializadas en la temática.</p> <p>* Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se ha impartido un 75% del total de horas planificadas, en concreto 3 módulos de un total de 5, dejando en suspenso la finalización del 100% ya que fue produciéndose una renovación importante de la plantilla de profesionales inicial durante el desarrollo de la formación que ha provocado un aplazamiento temporal de la misma, hasta consolidar de nuevo el equipo. - La formación se dirigió a los siguientes perfiles profesionales: Dirección- Psicólogas-Enfermería-Trabajadora Social- Terapeuta Ocupacional. 	
<u>EVES- Escola Valenciana d'Estudis de Salut</u>	
<p>En la Comunidad Valenciana desde la EVES anualmente se lanza un plan formativo y este 2022 se han realizado las siguientes formaciones relacionadas con la DI.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>El estigma de la patología dual:</u> Enfermedad mental y discapacidad intelectual (formación online de 20h). Dirigido a población en general. 2. <u>III Jornada sobre trato adecuado a personas con discapacidad en el ámbito sanitario,</u> 7h. Ponentes, entidades de CERMI CV (Plena inclusión CV también participa). Dirigido a personal sanitario atención primaria y especializada y servicios territoriales y centrales de ámbito sanitario y personal de centros sociosanitarios. 3. <u>IV Jornadas de Salud y Discapacidad,</u> 5h. Dirigido a personal sanitario y estatutario en general de atención primaria y especializada y de servicios territoriales y centrales de ámbito sanitario. <p><u>Diversidad funcional:</u> Apoyo Conductual Positivo, 8h. Dirigido a población general. Han realizado varios cursos durante el 2022.</p> <p><u>Máster Universitario en Atención Integral a Personas con Discapacidad Intelectual.</u> UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALENCIA.</p>	

Euskadi

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023- 2028

No se identifican acciones dirigidas a la formación de profesionales de la red de salud mental/ social sobre la salud mental de PDID



Extremadura

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan de Acción Extremeño para la atención a las personas con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental

Acción 37.2: Aumento de la oferta de formación continuada para profesionales de la Red de Salud Mental de Extremadura en el abordaje específico de las personas con discapacidad intelectual y problemas de Salud Mental. Indicadores:

- Número de actividades de formación continuada llevadas a cabo, dirigidas a profesionales de la RSMEEx, en el abordaje específico de las PDISM/año.
- Número de profesionales que han participado en actividades formativas en el abordaje específico de las PDISM/año.
- % de profesionales de la RSMEEx que han recibido formación continuada en el abordaje específico de las PDISM/año.



Acción 37.3: Divulgación de Guías de Práctica clínica y otros documentos existentes en el abordaje específico de las personas con discapacidad intelectual y problemas de Salud Mental entre profesionales de la RSMEEx Indicadores:

- Número de guías de práctica clínica disponibles y otros documentos, existentes en el abordaje específico de las PDISM entre profesionales de la RSMEEx para la utilización en su práctica diaria.
- Nº de acciones de divulgación de Guías de Práctica Clínica y otros documentos existentes en el abordaje específico de las PDISM entre los/as profesionales de la RSMEEx.



Acción 37.4: Difusión de las buenas prácticas en el abordaje específico de las personas con discapacidad intelectual y problemas de Salud Mental que se realizan en Extremadura. Indicadores:

- Existencia de un recopilatorio de buenas prácticas existentes en el abordaje específico de las PDISM en Extremadura.
- Actuaciones llevadas a cabo para la difusión del recopilatorio de buenas prácticas existentes en el abordaje específico de las PDISM.



Acción 37.5: Inclusión de herramientas para la detección, evaluación, diagnóstico e intervención adaptadas al abordaje específico de las personas con discapacidad intelectual y problemas de Salud Mental en el trabajo clínico diario de profesionales de atención a la Salud Mental en Extremadura. Indicadores:

- Nº de herramientas disponibles para la detección, evaluación, diagnóstico e intervención adaptadas al abordaje específico de las PDISM en el trabajo clínico diario de profesionales de atención a la Salud Mental en cualquier soporte documental.
- Nº de herramientas disponibles para la detección, evaluación, diagnóstico e intervención adaptadas al abordaje específico de las PDISM en el trabajo clínico diario de profesionales de atención a la Salud Mental disponibles en los Sistemas de Información de los Sistemas Sanitario y Social de Extremadura.



Extremadura

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan de acción para la atención de las personas con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental. SEPAD Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. 2018

Acciones:

Detección: Formación de profesionales del primer nivel (Atención Primaria de sanidad y social base) en la detección básica de la psicopatología en PDID y en los criterios de derivación.

Evaluación y diagnóstico: Formación especializada en la evaluación, diagnóstico e intervención con PDIDSM destinada a incrementar la capacidad de abordaje de los profesionales de los servicios sociales y sanitarios.

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



Universidad Extremadura - Plena Inclusión

Plena inclusión Extremadura organiza, junto al Departamento de Psicología y Antropología de la Facultad de Formación del Profesorado de la Universidad de Extremadura, el Máster de Trastornos de la Salud Mental y del Comportamiento en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo.



Galicia

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

ACIS- Agencia de conocimiento en salud.

Anualmente lanza un plan de formación continuada para los profesionales del Sistema Gallego de Salud (SERGAS) en el que se contempla la acción formativa "Como mellorar a comunicación en consulta con persoas con discapacidade"

Realización [1ª edición \(2024\) curso sobre salud mental en PDID](#). xornada de atención a saúde mental en persoas con discapacidade intelectual



Plan de Saúde Mental de Galicia post-Covid 19

Eje 2. Proyectos

Mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios en habilidades de comunicación con personas con discapacidad.

Recuperación como meta: Diseñar e impartir una formación para el personal de los centros que prestan servicios a personas con discapacidad intelectual para mejorar las habilidades de manejo e identificación de los trastornos mentales comunes.



Islas Baleares

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022

241. Formar a los cuidadores y familiares, a los profesionales de Atención Primaria y de los servicios especializados en la identificación, comunicación y atención de enfermedades en pacientes con trastornos del neurodesarrollo.



Islas Canarias

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023

Objetivo específico 2.1. Potenciar la formación continuada en Psicogeriatría.
2.1.4. Realizar formación dirigida a los profesionales de la Red de Salud Mental para la mejora del diagnóstico y tratamiento de los trastornos que acompañan al envejecimiento en personas con discapacidad intelectual, especialmente en el Síndrome de Down.

Objetivo específico 4. Mejorar la formación y fomentar la investigación en materia de salud mental y género.

4.3. Incluir en la formación continua del personal sanitario aspectos sobre prevención, detección precoz, tratamiento, recursos y actividades en materia de violencia de género.
 Nota: la formación incluirá también la relativa a colectivos especialmente vulnerables como es el caso de mujeres con discapacidad intelectual o del desarrollo, y otros que puedan estimarse.



La Rioja

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

IV Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja 2021-2025

3.1. Salud Mental en Atención Primaria Objetivo específico:
 Protocolizar los abordajes terapéuticos en salud mental y Atención Primaria con profesionales de ambos estamentos.

Acciones a medio plazo:

- Dotar de herramientas e instrumentos especializados en la detección de los trastornos mentales en personas con discapacidad intelectual o del desarrollo.
- Formación a los profesionales de la USMIJ sobre herramientas de detección, evaluación e intervención con personas jóvenes con discapacidad intelectual y trastornos mentales.
- Formar al personal e Incorporar a equipos multidisciplinares para atender perfiles TEA (Trastornos del Espectro Autista) y perfiles de jóvenes con discapacidad intelectual y trastornos mentales y mejorar su valoración y tratamiento desde Salud Mental.



Programa Plena Inclusión Salud Mental – Rioja Salud Mental (PPISAM-LR)

Ver información en experiencias microsistemas



Plan de Salud Mental de Asturias 2022-2030	
Es necesario garantizar formación en materia de salud mental para profesionales de todos los ámbitos implicados en la atención a las personas con discapacidad psicosocial: del sector sanitario y no sanitarios clave (Servicios Sociales, Educación, Justicia, Trabajo, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, Instituciones Penitenciarias, Tercer Sector, medios de comunicación, etc.), familias y cuidadores informales.	●
Programa Plena Inclusión Asturias	
<p>Plena Inclusion Asturias puso en marcha en 2013 un grupo de trabajo (seminarios) conformado por los trabajadores de las entidades que trabajaban directamente con las PDlyD con problemas de conducta asociados. Se constituyó un grupo de trabajo dirigido por 1 Piquiatra (Dr. Marcos Huerta) 1 Psicólogo (Angeles Alcedo) 1 Trabajador Social/Pedagogo (Plena Inclusión Asturias). Las entidades que desearan participar deberían de asumir el compromiso previamente de asistencia y participación así como todo el proceso de protección de datos necesario. Se eligió un modelo de intervención basado en la presentación (dos semanas antes de cada sesión) de un caso concreto que una entidad presentaría y sobre el cual trabajaría todo el grupo reflexionando en torno a opciones y soluciones más adecuadas bajo la tutela y dirección del equipo experto. Durante varios años este sistema de trabajo dió resultados muy importantes evolucionando según las necesidades emergentes que los profesionales trasladaban, abordando una amplia variedad de temáticas en salud mental. Los profesionales encontraron respuestas a muchas dudas y dificultades, alternativas de intervención y mejoras en la vida de algunos usuarios/as.</p> <p>2013: Visibilización de la Salud Mental en la Discapacidad Intelectual: Jornada "Por la salud mental de las personas con discapacidad intelectual": El primer compromiso arrancó con una Jornada autonómica que pusiera en valor la urgencia para abordar los problemas de salud mental en las PDID , con participación amplia de profesionales y familiares. De esta Jornada se conformó el servicio de apoyo, información y seguimiento a las familias de PDlyD con trastorno mental asociado. Se constituyó el GRUPO DE TRABAJO DE EXPERTOS.</p> <p>2014: Sesiones de trabajo de expertos con profesionales: Reuniones periódicas con profesionales de Plena inclusión Asturias y otras. Fueron un total de 7 asociaciones las que se incorporaron: ADEPAS, ADANSI, REY AURELIO, FRATERNIDAD, DON ORIONE, REY PELAYO, AGISDEM; Se abordaron esencialmente casos de comportamientos desajustados por el uso de antipsicóticos y escaso control de los centros de salud mental a estas personas.</p> <p>2015: Grupo Multidisciplinar de Trastorno Dual (definido así el grupo a partir de 2015): Reuniones periódicas (bimensuales en general) del grupo multidisciplinar centrado en el trastorno dual. Derivación de casos relevantes en el entorno familiar, la necesaria autorregulación y decisiones para la derivación de recursos residenciales para PDlyD exreclusas con trastorno mental (y que no son del movimiento asociativo).</p>	●

Programa Plena Inclusión Asturias

2016: Estudio de Valoración y Continuación de Reuniones Multidisciplinares. Se creó un estudio de valoración sobre la salud mental de las personas con discapacidad intelectual en las entidades de Plena inclusión Asturias. Del resultado derivaron acciones de formación intensas para profesionales de CO y residencias. Trabajamos sobre lecturas de apoyo conductual positivo, el enfoque centrado en la persona y la nutrición y la buena salud física.



2017: Seminario sobre Salud Mental y Discapacidad Intelectual: Seminario autonómico abierto a toda la CC. AA., y dirigida a la Salud mental y la Discapacidad intelectual, con abordajes claros sobre la epilepsia y discapacidad intelectual, los servicios sanitarios disponibles y las alteraciones de conducta, y una muy especial atención al trastorno del espectro autista.

2018: Enfoque Integral y Asesoramiento a Familias: El grupo multidisciplinar continuó con su labor en temas como el consumo de sustancias tóxicas, dislexia, epilepsia y las claves para redactar informes. Asesoramiento a familiares: Marcos Huerta (Psiquiatra) uno de los expertos del equipo realizó sesiones de apoyo a familias sobre salud mental y discapacidad intelectual. A este profesional han sido derivados muchos casos y familias que encontraron respuestas y soluciones especialmente las relacionadas con la medicación que venían recibiendo sus hijos e hijas.

2019: Jornada sobre Salud Mental y Exclusión Social: Jornada autonómica: "La salud mental y la exclusión social", con participación de expertos en salud mental, que enriquecieron la comprensión de los problemas de salud mental en el contexto de la exclusión social. Se mantuvieron las reuniones del grupo multidisciplinar, si bien se notó baja asistencia durante este año y los sucesivos. Centrados ahora en la gestión de emociones y conductas desafiantes.

2020: Formación y Reuniones del Grupo Multidisciplinar: Las reuniones del grupo multidisciplinar continuaron, centrándose en el tratamiento de temas como la depresión en personas con discapacidad intelectual. Se detecta falta de compromiso y escasa lectura de documentos de formación y reflexión que se aportaban previa o posteriormente a las reuniones. Formación en una entidad (ADEPAS) solicitada para tratar la reducción de restricciones en el contexto de la salud mental.

2021: Seminario sobre Salud Mental y Desarrollo de Guías: Organizamos un Seminario sobre salud mental, en el que se profundizó sobre en trastornos como el trastorno de la personalidad, el trastorno obsesivo- compulsivo y las conductas negativistas/desafiantes. Guía de Apoyo Conductual Positivo: Del equipo profesional resultó la elaboración de una guía práctica para trabajar en la intervención conductual positiva con personas con discapacidad intelectual.

Principado de Asturias

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Programa Plena Inclusión Asturias

2022 y 2023: Continuidad en la Formación y Coordinación : Las reuniones del equipo multidisciplinar continuaron con el enfoque en apoyo conductual positivo, psicofármacos en discapacidad intelectual y la formación en apoyo conductual positivo. Ya pusimos en marcha un acuerdo de coordinación con la Red de Salud Mental del SESPA: Se reforzó la colaboración con el Servicio de Salud del Principado de Asturias para optimizar el apoyo en salud mental a las personas con discapacidad intelectual. **2024:** Asesoramiento y Jornadas Especializadas: Se han desarrollado en este año (al carecer del compromiso real de trabajo en el equipo) un servicio de apoyo y individual y a entidades que lo solicitaron, incluyendo sesiones diagnósticas. Jornada sobre salud mental y discapacidad intelectual, con la participación de un psiquiatra experto.



Región de Murcia

- Se implementa totalmente
- Se implementa de manera irregular
- No se está implementando

Estrategia de Mejora de Salud Mental 2023-2026

No se identifican acciones dirigidas a la formación de profesionales de la red de salud mental/ social sobre la salud mental de PDID



Se constata

- ▶ Los planes de estudios de profesionales del ámbito social y de la salud no incorporan o lo han hecho de forma residual, formación sobre la discapacidad y, menos aún, sobre la discapacidad intelectual y sobre la salud mental y/ o conducta que preocupa.
- ▶ Nula posibilidad de formación de pregrado sobre salud mental en PDID en los planes de estudio de grado en las disciplinas de medicina, enfermería, psicología, trabajo social y educación.
- ▶ La especialización en salud mental y discapacidad intelectual se adquiere mediante formación adicional, como diplomados, cursos de posgrado y experiencia práctica en el campo.
- ▶ Se detectan escasos planes formativos de postgrado (Universidad de Extremadura, Universitat Central de Catalunya, IVAS - Valencia, INICO - Castilla y León)
- ▶ Los equipos profesionales de la red de salud mental no se sienten cómodos ni con herramientas suficientes para apoyar o acompañar las conductas que preocupan a las PDID. Consecuentemente optan por la farmacología como única manera de hacerle frente.
- ▶ Las familias y los y las profesionales de apoyo directo no reciben el apoyo y la formación para afrontar situaciones complejas, y reducir el estrés y el riesgo de claudicación que conducirá a la demanda de institucionalización inmediata
- ▶ Ausencia de abordaje en sesiones clínicas de los servicios e salud mental

Se propone

- ▶ **Promover la formación a profesionales de diversos ámbitos** (educación, justicia, sanidad, entre otros) y la sensibilización pública que contribuya a erradicar estereotipos negativos asociados a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo.
- ▶ Los diferentes dispositivos de la red de salud mental (especializada o de la red sociosanitaria mixta (microsistemas) deben **diseñar y llevar a cabo acciones formativas** para las familias y profesionales de apoyo de PDIDSM, de acuerdo y con la colaboración de las propias personas como expertas por experiencia vivida, de las entidades proveedoras y de las asociaciones de familias. Se recomienda que esté fundamentado en el modelo de ["liderazgo en la práctica"](#)
- ▶ **Implementar** en todas las CC. AA. el programa de formación, de la **OMS sobre "QualityRights"** - Instrumento de Calidad y Derechos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dirigido a profesionales de las entidades proveedoras de atención a las PDIDSM con necesidades de apoyo de elevada complejidad (actualmente Hogares-Residencias y Residencias para PDID con conductas que preocupan) y en la red de salud mental, tanto genérica como especializada y mixta pública-tercer sector. Se debe incorporar especialmente un módulo específico sobre Apoyo Conductual Positivo y sobre Reducción de Prácticas Restictivas.
- ▶ **Incluir** en los programas formativos de cada **área de salud mental** o cada área socio-sanitaria mixta sesiones clínicas coproducidas con las personas con experiencia vivida, las entidades proveedoras de apoyos, familiares y otras personas de apoyo.
- ▶ **Incorporar en los planes de estudios** formación sobre la salud mental en PDID en los siguientes **perfiles profesionales**: Trabajo social, Psicología, Medicina, Psiquiatría, Neuropsicología, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Farmacia y otros.

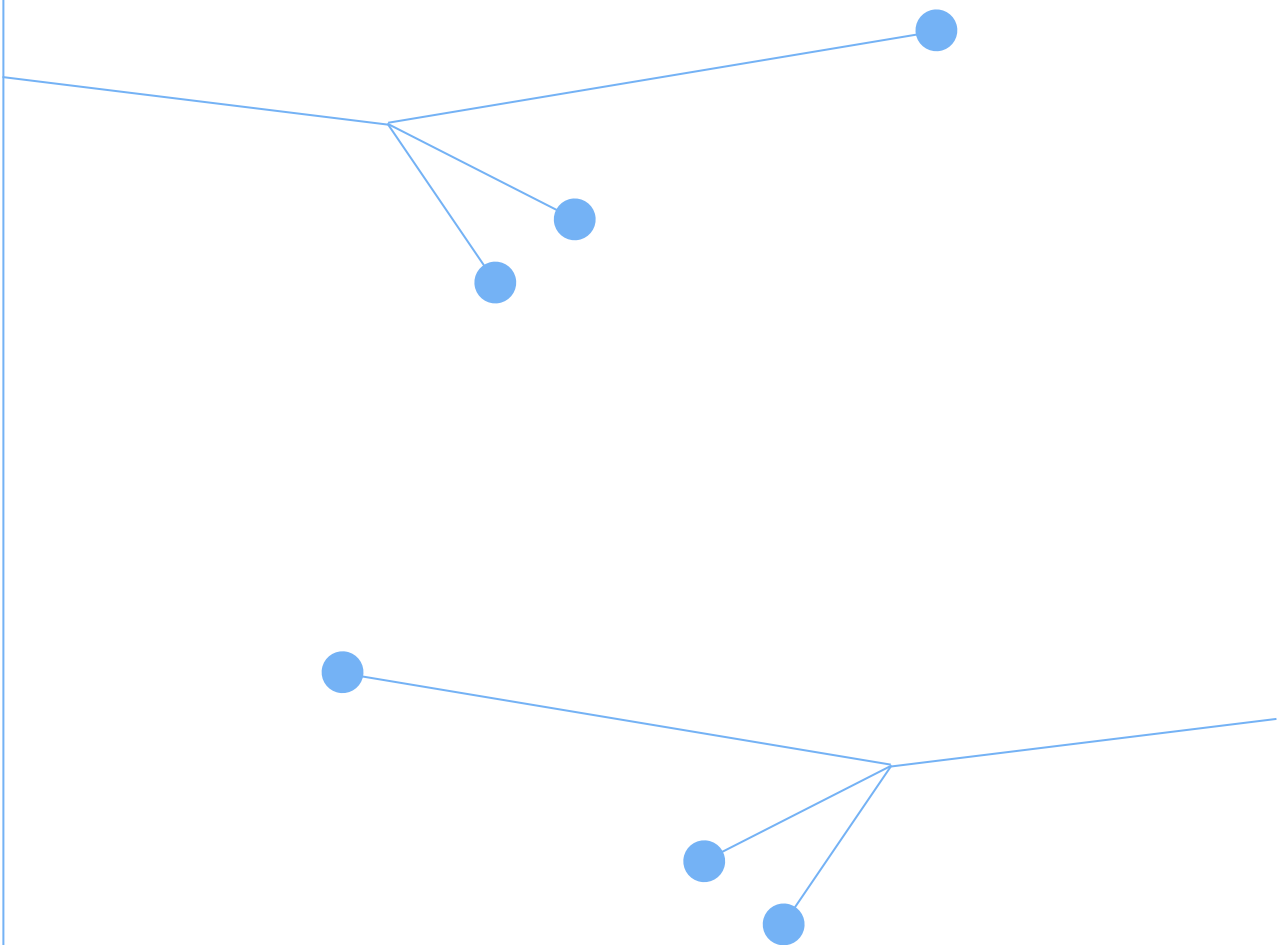
▶ **Asegurar** que, en los planes de formación de la especialidad, todos los equipos profesionales del área de la salud mental (MIR, PIR, EIR) pasen un período de **formación práctica** a los diferentes dispositivos de la red de salud mental especializada en las CCAA donde estén implementadas.

▶ Asegurar que los **colegios profesionales incluyan estrategias** de formación relacionadas con la Salud Mental de las Personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo.

▶ **Sensibilización** y formación de profesionales de todos los departamentos implicados (Salud, Educación, Social y Justicia), sobre los derechos

humanos y el respeto de las PDIDSM que deben adoptarse con los casos de elevada complejidad según los Quality Right de la OMS, la Convención de Nueva York y normativa recientemente aprobada en materia de fomento de la autonomía en el proceso de toma de decisiones (formación y acreditación de entidades y profesionales).

▶ **Implementar o avanzar en el desarrollo de planes de formación** dirigidos a los profesionales de la red de Salud Mental ya iniciados, **según un modelo coproducido** entre las Asociaciones Científicas, las Universidades, los colegios profesionales y los proveedores de apoyos (Plena Inclusión).



6.10 Programas de investigación sobre salud mental en PDID

Importante

CDPD - Artículo 25 - Igualdad en el Acceso a la Investigación Médica

Las personas con discapacidad tienen derecho a acceder a servicios de salud, incluidos los relacionados con la investigación médica y de salud mental, en igualdad de condiciones con los demás. Se enfatiza la eliminación de barreras en el acceso a tratamientos e investigaciones innovadoras.

La investigación en salud mental y discapacidad intelectual es fundamental para mejorar la comprensión, el diagnóstico, el tratamiento y apoyos para las personas que conviven con estas situaciones. Su importancia radica en múltiples aspectos:

Entendimiento de Condiciones Complejas

- ▶ Avances científicos: Investigar la intersección entre salud mental y discapacidad intelectual y del desarrollo permite identificar las causas subyacentes, incluidos factores biológicos, genéticos, ambientales y sociales.
- ▶ Diferenciación diagnóstica: Muchas veces, los síntomas de problemas de salud mental se confunden con características propias de la discapacidad intelectual y del desarrollo. La investigación ayuda a distinguir estos fenómenos para proporcionar un diagnóstico adecuado.

Desarrollo de Intervenciones personalizadas

- ▶ Tratamientos adaptados: La investigación permite diseñar terapias y enfoques específicos que tengan en cuenta las necesidades únicas de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y problemas de salud mental.
- ▶ Estrategias no farmacológicas: Favorece el desarrollo de intervenciones psicosociales, como terapias cognitivo-conductuales y de tercera generación, adaptadas al nivel de funcionamiento de la persona.

Mejora de la Calidad de Vida

- ▶ Prevención de problemas secundarios: Identificar y abordar trastornos de salud mental en personas con discapacidad intelectual reduce complicaciones como aislamiento social, conductas que preocupan y hospitalizaciones innecesarias.

- ▶ Empoderamiento: La investigación basada en derechos promueve estrategias que mejoren la autodeterminación, la inclusión social y el bienestar general.

Reducción del Estigma

- ▶ Educación y sensibilización: La generación de conocimiento científico contribuye a eliminar prejuicios y concepciones erróneas sobre la capacidad y las necesidades de estas personas.
- ▶ Promoción de la inclusión: Una mejor comprensión impulsa políticas públicas más inclusivas y accesibles.

Optimización de Recursos y Políticas Públicas

- ▶ Planificación efectiva: Datos basados en evidencia ayudan a diseñar servicios de salud mental más eficientes y equitativos, considerando a las personas con discapacidad intelectual.
- ▶ Formación profesional: Los hallazgos de la investigación proporcionan información a profesionales de la salud para la toma de decisiones, aumentando su capacidad para abordar necesidades específicas.

Ética y Derechos Humanos

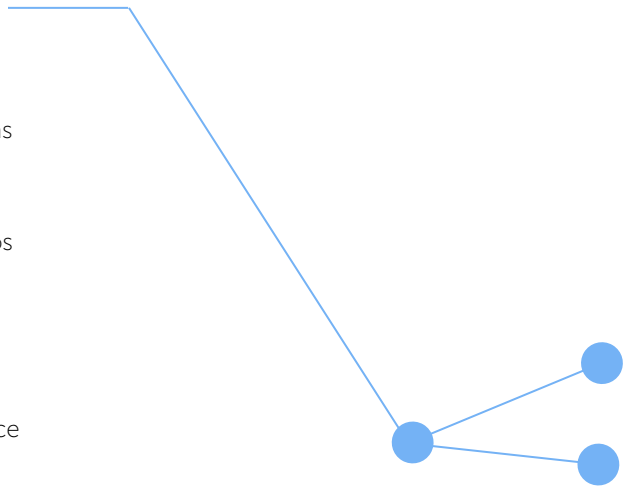
- ▶ Promoción de derechos: La investigación respalda prácticas basadas en la dignidad, la autonomía y la inclusión, alineándose con principios de CDPD.
- ▶ Eliminación de enfoques coercitivos: Fomenta intervenciones respetuosas, no invasivas y centradas en la persona

Innovación Tecnológica y Terapéutica

- ▶ **Herramientas diagnósticas avanzadas:** La investigación impulsa el desarrollo de herramientas, como escalas de evaluación adaptadas y tecnologías de cribado específicas.
- ▶ **Tratamientos de precisión:** Avances en genética e inteligencia artificial pueden contribuir a tratamientos personalizados para trastornos coexistentes.

Impacto en la Sociedad

- ▶ **Reducción de costos sociales:** Una atención temprana y adecuada basada en investigación reduce el impacto económico y social a largo plazo de los problemas de salud mental en esta población.
- ▶ **Mejora de redes de apoyo:** Facilita el diseño de programas comunitarios efectivos para familias y personas cuidadoras.



¿Hay algún Instituto o Centro de Investigación que realice investigación en el campo de la salud mental en PDID en las CC. AA?

- Sí
- No



Ámbito Nacional

Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER)

El Instituto de Investigación de Enfermedades Raras (IIER), forma parte de la estructura del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), dependiendo de la Subdirección General de Servicios Aplicados, Formación e Investigación. Colabora con el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) en el desarrollo del Registro Estatal de Enfermedades Raras y en la Estrategia Nacional para estas enfermedades.

Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental. CIBERSAM

Institución española dedicada a la investigación en salud mental, que integra a 26 grupos de investigación clínica y básica de diversas comunidades autónomas. Su objetivo principal es avanzar en el conocimiento y tratamiento de trastornos mentales como la depresión, la esquizofrenia y el trastorno bipolar, entre otros. En relación con la discapacidad intelectual, CIBERSAM ha participado en diversos estudios y proyectos para mejorar la comprensión y atención de esta condición. Uno de los más destacados es el [Proyecto POMONA-España](#), que investigó indicadores de salud en este colectivo. Los resultados revelaron una alta prevalencia de enfermedades mentales, sobremedicación y problemas bucales y de obesidad entre las personas con discapacidad intelectual. Este estudio, fue coordinado por la Fundación Villablanca con la participación del Parc Sanitari Sant Joan de Déu y Plena Inclusión.



Ilusiones
Autora: Paula Sanchez Recuenco
XXII edición de concurso de fotografía del inicio

Castilla y León

Universidad de Salamanca. Instituto Univesitario de Integración en la Comunidad. INICO

El Instituto Universitario de Integración en la Comunidad tiene como finalidad la realización de acciones de investigación, formación especializada y asesoramiento encaminadas a potenciar, facilitar y mejorar las condiciones de vida de las personas en situación de desventaja social en distintos contextos y a lo largo de todo su ciclo vital: personas con discapacidad física, psíquica y sensorial, así como en personas con enfermedades crónicas, enfermedad mental, minorías y población marginada. Líneas de investigación: Calidad de Vida, Apoyos y Autodeterminación; Inclusión Educativa; Inclusión Laboral, Empleo con Apoyo y Políticas Sociales; Transición a la Vida Adulta, Empleo y Calidad de Vida Laboral; Autismo y Discapacidades Severas; Salud, Salud Mental y Discapacidad; Tecnología y Discapacidad; Ambiente, Participación y Calidad de Vida; Demografía y Discapacidad

Universidad de Burgos

El Grupo de investigación DISCONDU (Discapacidad y Conducta) de la Universidad de Burgos está formado por diversos investigadores y profesionales que desarrollan su trabajo en la Universidad o en instituciones públicas y privadas de la Comunidad de Castilla y León. En la actualidad trabaja sobre estas líneas de investigación: Síndromes que cursan con discapacidad intelectual. Habilidades adaptativas en las personas con discapacidad intelectual. Adaptación de las Escalas ABS de la AAID. Diversidad y conducta. Adaptación, conductas violentas, xenofobia. Conducta y personas mayores. Envejecimiento saludable. Orientación familiar y tutorial. Formación y empleo. Adicciones y nuevas tecnologías. Técnicas de investigación social y análisis de datos. Salud mental social.

Catalunya

[Grupo de Investigación en Trastornos del Neurodesarrollo. Instituto de Investigación Biomédica de Girona \(IDIBGI\).](#)

El grupo Trastornos del Desarrollo se centra en los problemas que experimentan los niños y personas adultas que tienen discapacidad intelectual, funcionamiento intelectual límite, trastornos del espectro autista y síndromes genéticos relacionados con el retraso en el desarrollo. El equipo multidisciplinario, formado por profesionales de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajadores/as sociales y estudiantes de posgrado, realiza investigaciones de alta calidad sobre los trastornos mentales, cognitivos y conductuales en niños y adultos con trastornos del desarrollo neurológico. Trasladamos a la práctica clínica los resultados de la investigación tanto en los procesos clínicos de evaluación como de intervención. Ello permite ofrecer información, asesoramiento y apoyo a padres, cuidadores y profesionales. Principales líneas de investigación: Envejecimiento, deterioro cognitivo leve y demencia en personas con discapacidad intelectual. Genética en enfermedades mentales y comportamiento desafiante en personas con discapacidad intelectual. Fenotipos conductuales y neuropsicológicos de origen genético. Autismo y neuropsicología. Atención integral a personas con Funcionamiento Intelectual Límite.

[Unidad de Investigación en Discapacidad Intelectual y Trastornos del Desarrollo \(UNIVIDD\). Grupo Pere Mata, Reus.](#)

La Unidad de Investigación en Discapacidad Intelectual y Trastornos del Desarrollo -UNIVIDD- inició su funcionamiento el año 2009 como producto del interés y la labor investigadora que ya se venía realizando en el Sanatorio Villablanca y en el Centro Marinada desde años atrás. Esta Unidad de investigación está gestionada por la Fundación Villablanca (Grupo Pere Mata) y agrupa diferentes servicios que prestan atención sociosanitaria especializada para personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental. Líneas de investigación: Constructo y criterios diagnósticos de la discapacidad intelectual; Indicadores de salud en personas con discapacidad intelectual; Discapacidad intelectual y autismo, Funcionamiento Intelectual Límite.

[Sant Joan de Deu Instituto de Investigación](#)

[Corporación Sanitaria Parc Taulí. Centro de referencia enfermedades raras](#)

Hospital Mútual de Terrassa, Hospital Vall Hebrón, Hospital Clínico de Barcelona. Centros de referencia TEA

[Cátedra Autismo UdG](#)

[Unidad de Memoria Síndrome de Down. Hospital de Sant Pau, Barcelona](#)

La Unidad Alzheimer-Down desarrolla un programa de investigación, el proyecto "Down Alzheimer Barcelona Neuroimaging Initiative" (DABNI). Es un estudio intensivo de biomarcadores que incluye resonancias magnéticas, tomografía por emisión de positrones, punciones lumbares, analíticas sanguíneas y genéticas, así como estudios de sueño en polisomnografías. El objetivo del proyecto DABNI es desentrañar los mecanismos que conducen a la demencia tipo Alzheimer en el síndrome de Down.

Comunidad de Madrid

[AMITEA. Hospital Universitario Gregorio Marañón](#)

El programa se encarga de poner en funcionamiento protocolos específicos para facilitar la atención médico-sanitaria a la persona con TEA. Para ello, se tienen en cuenta las dificultades de cada persona en su relación con el sistema sanitario.

[Unidad de atención a personas con Síndrome de Down. Hospital Univesitario La Princesa](#)

La consulta de síndrome de Down del Adulto del Hospital Universitario de La Princesa se puso en marcha en el año 2005, adscrita al Servicio de Medicina Interna

Universidad autónoma de Madrid UAM

La Universidad Autónoma de Madrid (UAM) cuenta con varios grupos de investigación enfocados en la discapacidad, incluyendo aspectos relacionados con la salud mental. Entre ellos se encuentran el [Grupo de Investigación para la Mejora de la Calidad de Vida de las Personas con Discapacidad Intelectual \(GIPDI\)](#) y el [Grupo Multidisciplinar de Investigación en Trastornos Afectivos](#). Estos grupos trabajan en diversas líneas de investigación para mejorar la calidad de vida y la atención de las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales.

Comunitat Valenciana

[Universidad Politécnica de Valencia y Cooperativa Koynos](#)

Aplicaciones digitales dirigidas a tratar la encopresis (Encoprérika), la epilepsia (Epileptika) y las alteraciones de conducta (Conductika) en personas con DI y grandes necesidades de apoyo. Proyecto financiado por el Plan Nacional: Digital-based psychosocial intervention in families of children with autism spectrum disorders (ASD) and attention deficit hyperactivity (ADHD). En este Proyecto también está la Universidad de València.

Extremadura

[Robolab](#)

Grupo de investigación de la Escuela Politécnica de la UEx que desarrolla tecnologías para la inclusión social de PDIDSM

[Una casa inteligente](#)

Galicia

Grupo de Medicina Xenómica

Es una unidad de investigación conjunta formada principalmente por investigadores de la Universidad De de Santiago de Compostela, de la Fundación Pública Galega de Medicina Xenómica, del Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago y del Centro de Investigación en Red de Enfermedades Raras.

Tiene un área de investigación de TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO.

- ▶ Enfoque integral y traslacional del diagnóstico del TEA. Una aproximación genética y funcional
- ▶ TEALive aplicación android para el seguimiento del TEA
- ▶ Evaluación del uso de las tecnologías de secuenciación masiva en el diagnóstico genético del autismo
- ▶ Estudios de farmacogenómica en TEA, TOC y TDAH
- ▶ Búsqueda de neuromarcadores en TEA y TOC
- ▶ DISECMAS: Bases genéticas de la discapacidad intelectual. Aplicación de las nuevas tecnologías de secuenciación masiva a los análisis de variantes genéticas (proyecto en colaboración con el Autism Sequencing Consortium).
- ▶ Aplicación de técnicas de machine learning en TEA infantojuvenil.
- ▶ CAT-Q-Spanish: Traducción y adaptación cultural de una herramienta sensible al camuflaje sintomatológico en mujeres autistas.

Se constata

▶ Se identifican 6 CC. AA. en donde se desarrollan programas de investigación relacionados con la salud mental de las PDIDSM.

▶ Las áreas de investigación incluyen fundamentalmente la salud, la investigación básica genética, los servicios sociales y la calidad de vida.

Se propone

▶ **Impulsar la investigación** para transformar los procesos de atención a las personas, sus familias y entorno más cercano, permitiendo mejorar la accesibilidad, calidad y eficiencia de los procesos de atención.

▶ **Elaborar una agenda nacional de investigación** sobre políticas y sistemas de salud mental en relación con las PDIDSM

▶ **Desarrollar capacidad en evaluación** de los sistemas de atención a nivel territorial, en la investigación para identificar buenas prácticas nacionales e internacionales y en la implementación de nuevas propuestas de exitosos sistemas coordinados e interdepartamentales.

▶ Apostar por la **innovación en las prestaciones de servicios**, las TIC y el fomento de las iniciativas de mejora a nivel macro, meso y micro.

▶ **Priorizar las perspectivas de género** en cualquier proyecto de investigación relacionado con las PDIDSM.



El poder del roce
Autor: Ismael Ortiz Escribano
Edición de XXII del Concurso de fotografía del INICO

Andalucía

<u>Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía</u>	
<p><u>Programa de Respiro Familiar</u>: programa de atención residencial integral de personas en situación de dependencia o en riesgo de estarlo, con una duración de entre 24 horas y un mes (prorrogables) por motivos de descanso, enfermedad u hospitalización, emergencias y otras circunstancias similares, de la familia cuidadora.</p> <p><u>Programas de respiro familiar en Andalucía</u></p>	●
<u>Estrategia andaluza para la coordinación sociosanitaria.</u>	
<p>Estancias sociales en centros hospitalarios del SSPA : Con esta denominación nos referimos a personas a las que, una vez resuelto el problema clínico que ha motivado su ingreso, se mantiene su hospitalización por causas sociales: soledad y/o aislamiento, falta de apoyo familiar, claudicación familiar, sinhogarismo, exclusión social, que hace imposible su recuperación en el domicilio.</p>	●

Aragón

<u>I Plan de Acción Integral para las Personas con Discapacidad de Aragón</u>	
<p>Objetivo específico 3.3.1.: Desarrollo de proyectos que faciliten la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de las familias con miembros con discapacidad. Actuaciones que fomenten el apoyo a madres y padres, así como a otras personas de apoyo a la unidad familiar con hijas e hijos con discapacidad en el desarrollo de sus responsabilidades y funciones, especialmente en procesos de envejecimiento.</p>	●

Cantabria

<u>Plan de Salud Mental de Cantabria 2022-2026</u>	
No se identifican acciones dirigidas al apoyo de las familias de PDIDSM	●
<u>Plan Sociosanitario de Cantabria 2019-2022</u>	
No se identifican acciones dirigidas al apoyo de las familias de PDIDSM	●

● Castilla la Mancha

<u>Plan de Salud Mental de Castilla- La Mancha</u>	
Servicios de atención a la salud mental de la Fundación Sociosanitaria de Castilla-La Mancha: Atender las necesidades de familiares de personas con trastorno mental grave y mejorar su calidad de vida a través de programas específicos de intervención y asesoramiento.	●

● Castilla y León

<u>Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica</u>	
No se identifican acciones dirigidas al apoyo de las familias de PDIDSM	●

● Catalunya

<u>Programa de Abordaje Integral de los casos de Salud Mental y Adicciones de elevada Complejidad (PAICSAMAEC)</u>	
Familiares, unidad de convivencia y redes de apoyo como agentes claves en el proceso de recuperación de la persona afectada. Proponer alternativas para combatir el agotamiento familiar y del entorno cuidador: Incremento de las iniciativas como los programas de respiro y desahogos familiares para atender y prevenir el agotamiento familiar. Esto comporta el replanteamiento de los servicios como son las UHEDI.	●

● Comunidad de Madrid

<u>Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid</u>	
No se identifican acciones dirigidas al apoyo de las familias de PDIDSM	●

● Comunidad Foral de Navarra

Plan de Salud Mental de Navarra	
No se identifican acciones dirigidas al apoyo de las familias de PDIDSM	●

● Comunitat Valenciana

Plan Valenciano de Salud Mental y Adicciones 2024-2027	
No se identifican acciones dirigidas al apoyo de las familias de PDIDSM	●
Estrategia Autonómica de Salud Mental 2016-2020	
No se identifican acciones dirigidas al apoyo de las familias de PDIDSM	●

● Euskadi

Estrategia de Salud Mental de Euskadi 2023- 2028	
6.1.3. Sensibilizar e informar a las familias acerca del impacto en su salud física y mental de la sobrecarga relacionada con el cuidado de su familiar: Habilitación de recursos de respiro.	●

Extremadura

III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020	
No se identifican acciones dirigidas al apoyo de las familias de PDIDSM	●
Plan de acción para la atención de las personas con discapacidad intelectual y trastornos de salud mental. SEPAD Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. 2018	
Acciones: 6. 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 entorno a la persona con graves alteraciones de la salud mental y paliar la sobrecarga que implica su cuidado 7. Establecimiento de una línea de apoyo, a 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: Respiro mediante estancias temporales en servicios de vivienda. Respiros diurnos en períodos de vacaciones. Respiro puntual al domicilio de la PDI, para 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.	●

Galicia

Plan de Saúde Mental de Galicia post-Covid 19	
En todas las áreas sanitarias habrá una reserva de plazas en pisos protegidos y residencias del 25% para programas de respiro e descanso familiar en TMG. No se identifican acciones dirigidas al apoyo de las familias de PDIDSM	●

Islas Baleares

Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022	
Objetivo específico 87. Proveer información actualizada sobre los recursos existentes para pacientes con trastornos del neurodesarrollo. Acciones a realizar: 247. Elaborar una guía de recursos de trastornos del neurodesarrollo y ponerla a disposición de usuarios/as, familiares, cuidadores y profesionales.	●

Islas Canarias

[Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023](#)

No se identifican acciones dirigidas al apoyo de las familias de PDIDSM



La Rioja

[IV Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja 2021-2025](#)

No se identifican acciones dirigidas al apoyo de las familias de PDIDSM



Principado de Asturias

[Plan de Salud Mental de Asturias 2022-2030](#)



ACCIÓN 3.1.2.6. Facilitando la participación de personas allegadas en situaciones de crisis cuando puedan resultar de ayuda para disminuir la tensión y el sufrimiento.

Objetivo Específico 3.1.4:

Proporcionar apoyo a las personas cuidadoras, mediante la atención e intervención familiar.

ACCIÓN 3.1.4.1. Asegurando que durante la atención en Salud Mental se realiza una valoración integral de las situaciones y necesidades de las familias, con especial énfasis en las personas cuidadoras principales. Esta valoración es especialmente necesaria en familias de personas con trastorno mental grave en cualquier edad, adicciones y patología dual, y edad avanzada.

ACCIÓN 3.1.4.2. Impulsando los programas de intervención y apoyo a las familias y especialmente a las personas que ejercen como cuidadoras principales.

ACCIÓN 3.1.4.3. Favoreciendo el asociacionismo de familiares de personas con discapacidad psicosocial.

Región de Murcia

[Estrategia de Mejora de Salud Mental 2023-2026](#)

No se identifican acciones dirigidas al apoyo de las familias de PDIDSM



Se constata

- ▶ En las CC. AA. son muy pocos los proveedores que proporcionan servicios de descanso (respiro) a las familias y se ha prestado poca atención a la adaptación de estos servicios cuando las PDIDSM tienen necesidades relacionadas con conductas que preocupan de elevada complejidad, siendo excluidas en la mayoría de los casos.
- ▶ No disponer de programas de apoyo a la salud mental en la comunidad (equipos especializados o equipos mixtos) dificulta mantener a la PDIDSM en el entorno familiar.
- ▶ No disponer de programas de formación dirigidos a las familias sobre apoyo a las conductas de elevada complejidad y manejo del estrés dificulta mantener a la PDIDSM en el entorno familiar.

Opinión de las familias

Las opiniones de las familias sobre la atención en salud mental para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo suelen variar dependiendo de las experiencias personales, pero existen algunos temas recurrentes que reflejan sus inquietudes, necesidades y expectativas. Estas perspectivas son fundamentales para entender los desafíos y mejorar los servicios existentes. A continuación, se resumen las principales opiniones expresadas por las familias:

Necesidad de Servicios Accesibles y Especializados

- ▶ Falta de profesionales especializados: Muchas familias sienten que no hay suficientes especialistas que comprendan la interacción entre la discapacidad intelectual y del desarrollo y los problemas de salud mental.
- ▶ Dificultades de acceso: Denuncian largas listas de espera y barreras administrativas para acceder a servicios de salud mental.
- ▶ Carencia de servicios locales: Las familias destacan la necesidad de centros cercanos que ofrezcan atención integrada y adaptada.

Insuficiencia de Diagnósticos Adecuados

- ▶ Diagnósticos tardíos o incorrectos: Las familias a menudo experimentan frustración porque los

síntomas de problemas de salud mental son confundidos con características propias de la discapacidad intelectual y del desarrollo, retrasando el tratamiento adecuado.

- ▶ Desconocimiento de comorbilidades: Expresan que algunos profesionales no tienen formación suficiente para identificar trastornos duales (discapacidad intelectual y/o del desarrollo y problemas de salud mental).

Falta de Comunicación y Apoyo a las Familias

- ▶ Sentimiento de exclusión: Algunas familias sienten que no son involucradas en el diseño del plan de tratamiento o en la toma de decisiones.
- ▶ Escasa orientación: Piden más información sobre cómo manejar los problemas de salud mental en el hogar y estrategias prácticas para mejorar la calidad de vida de su familiar.

Insatisfacción con la Continuidad de los Servicios

- ▶ Fragmentación en la atención: Denuncian que los sistemas de salud mental, sociales y educativos no están bien coordinados, lo que genera confusión y dificulta un cuidado integral, especialmente en momentos de transición madurativa.
- ▶ Ausencia de seguimiento: Las familias consideran insuficiente el acompañamiento tras el diagnóstico o la intervención inicial, dejando a las personas desatendidas.

Inadecuación de Intervenciones Terapéuticas

- ▶ Dependencia excesiva de medicamentos: Algunas familias expresan preocupación por la sobremedicación y piden más opciones de tratamientos psicosociales y no farmacológicos.
- ▶ Poca personalización: Señalan que las terapias y programas no siempre están adaptados al nivel cognitivo o a las necesidades particulares de la persona con discapacidad intelectual y del desarrollo.

Importancia del Enfoque Comunitario

- ▶ Deseo de inclusión: Las familias valoran las iniciativas que promueven la inclusión en la comunidad, la educación inclusiva y el empleo protegido.
- ▶ Apoyo para cuidadores/as: Destacan la necesidad de servicios de respiro y grupos de apoyo que les permitan manejar mejor el estrés y la carga emocional.

Percepción de Estigmatización

- ▶ Discriminación en el sistema de salud: Algunas familias sienten que existe una falta de sensibilidad o estigma hacia las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en los servicios de salud mental.
- ▶ Falta de conciencia social: Perciben que tanto profesionales como la sociedad en general necesitan mayor formación y sensibilización sobre estos temas.

Reconocimiento de Esfuerzos Positivos

- ▶ Valoración de profesionales empáticos: Cuando encuentran equipos bien preparados y empáticos, las familias suelen expresar un alto grado de gratitud.
- ▶ Impacto positivo de programas específicos: Algunos mencionan mejoras significativas en calidad de vida cuando participan en programas terapéuticos adaptados y de calidad.
- ▶ Percepción positiva por el trabajo que se hace desde la Confederación y federaciones de Plena inclusión y entidades sociales que prestan servicios a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y a sus familias.



Se propone

- ▶ **Desarrollar los apoyos de Respiro familiar** (profesionales y módulos económicos) en los entornos domiciliarios y comunitarios siempre que sea posible. Estos profesionales de apoyo acudirán al domicilio familiar y acompañarán a la PDIDSM a las actividades dentro de la comunidad a la vez que **asesorará y formará** a la familia en el manejo y función de conductas que preocupan.
- ▶ Prever y reservar **plazas de vivienda para estancias breves** en momentos de claudicación familiar en las residencias para PDID y conductas que preocupan y en las Unidades Hospitalarias Especializadas (UHEDI, UMEDI, UHDAC y otras). Prestarán apoyo diurno y nocturno, desde un enfoque de derechos.
- ▶ Prever **estancias nocturnas entre 2 y 7 días** a la semana en viviendas en la comunidad con refuerzo nocturno para proporcionar descanso a las familias.
- ▶ **Mejorar los sistemas de transición** entre recursos y durante el traspaso de una etapa vital a otra incluyendo a las familias en los procesos de toma de decisiones.
- ▶ **Apoyar y cuidar a las familias y/o al entorno más cercano de la persona** por el mantenimiento del bienestar de las principales redes de apoyo de las personas con conductas de elevada complejidad.

6.12 Opinión de las entidades y federaciones de Plena inclusión

Importante

CDPD – Artículo 29 - Participación en la vida política y pública

Subraya la importancia de garantizar que las personas con discapacidad puedan participar plenamente en la vida pública y política, en colaboración con organizaciones que abogan por sus derechos.

Este artículo implica que las entidades del tercer sector son esenciales para educar, empoderar y apoyar a las personas con discapacidad para que ejerzan sus derechos.

► La CDPD posiciona al tercer sector como un socio estratégico indispensable en la implementación de los derechos de las PDIDSM reconociendo su papel en la promoción, la sensibilización y el monitoreo de estos derechos a nivel global y local.

CDPD - Artículo 8 – Toma de conciencia

Las organizaciones de la sociedad civil tienen un papel en promover actitudes positivas hacia las personas con discapacidad y luchar contra los estereotipos y prejuicios.

Se constata

► La red estatal de Entidades y Federaciones de Plena inclusión tiene una **visión crítica pero constructiva** sobre la atención a la salud mental de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Tanto la Confederación como sus federaciones desempeñan un papel clave en la defensa de los derechos de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y sus familias, y sus opiniones sobre la atención en salud mental reflejan una combinación de preocupaciones y propuestas para mejorar el sistema.

A continuación, se detallan las principales opiniones del tercer sector sobre este tema:

Necesidad de una Atención Integral y Coordinada

► Falta de coordinación: Muchas organizaciones del tercer sector destacan la falta de coordinación entre los servicios de salud mental y los servicios sociales para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. La fragmentación de los servicios provoca que muchas veces las personas no reciban una

atención integral que aborde tanto sus necesidades derivadas de la discapacidad intelectual y del desarrollo como sus necesidades de salud mental de manera conjunta.

► Servicios compartidos: Se aboga por un modelo de atención más coordinado y holístico, donde la salud mental y la discapacidad intelectual y del desarrollo sean atendidas simultáneamente y no como condiciones separadas.

Accesibilidad y Adaptación de los Servicios

► Desajuste de los servicios existentes: Las organizaciones critican que los servicios de salud mental no siempre están adaptados a las características específicas de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, como sus limitaciones cognitivas, emocionales o comunicativas. Esto puede llevar a un tratamiento inadecuado o incompleto.

▸ Barreras en el acceso: También subrayan las barreras geográficas, económicas y sociales que dificultan el acceso de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo a servicios de salud mental, especialmente en áreas rurales o en situaciones de vulnerabilidad.

▸ Dificultad para trasladar una visión global de la PDID a los servicios de salud mental. El tiempo en la consulta es escaso y en numerosas ocasiones las personas con discapacidad pueden tener otros problemas de salud que influyen en la salud mental e interfieren en la sintomatología observada en el momento de la consulta.

▸ Desde las asociaciones no disponen de un contacto rápido y directo con los y las profesionales de referencia de salud mental. Ante cualquier dificultad, la PDID debe seguir todos los cauces habituales, esperando la próxima cita con salud mental (que a veces puede demorarse muchos meses), suponiendo un empeoramiento significativo de su salud y calidad de vida durante todo este tiempo, teniendo a veces que recurrir a servicios de urgencia donde los equipos profesionales no conocen las necesidades específicas de la persona.

Sensibilización y Formación Profesional

▸ Falta de formación especializada: Las organizaciones señalan que muchos equipos profesionales de la salud mental no están suficientemente capacitados para tratar a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Defienden una mayor formación en la intersección de ambas áreas, para que estos equipos profesionales comprendan mejor las complejidades de tratar a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y problemas de salud mentales concomitantes.

▸ Necesidad de sensibilización: Además, existe una necesidad urgente de sensibilizar a la sociedad en general sobre las necesidades de salud mental de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo, combatiendo el estigma y la discriminación.

▸ Carencia de profesionales: Frecuencia muy alta de rotación de profesionales de salud mental que dificulta el poder conocer bien a las personas y que se pueda establecer una coordinación entre profesionales.

Sobremedicación y Falta de Alternativas Terapéuticas

▸ Excesiva dependencia de medicamentos: Las organizaciones a menudo expresan preocupación por la sobremedicación de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo que tienen problemas de salud mental. Consideran que muchas veces los tratamientos farmacológicos se utilizan como primera opción sin explorar otras alternativas como la terapia psicológica o los enfoques psicosociales.

▸ Enfoques terapéuticos no farmacológicos: Se demanda un mayor desarrollo y aplicación de terapias no farmacológicas que sean adecuadas a las capacidades cognitivas y emocionales de estas personas, como la terapia ocupacional, la terapia cognitivo-conductual adaptada y las terapias de tercera generación.

Derechos Humanos y Autodeterminación

▸ Empoderamiento y autonomía: se subraya la importancia de garantizar que las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo participen activamente en la toma de decisiones sobre su salud mental. Las organizaciones defienden el derecho a la autodeterminación y el respeto por la dignidad de las personas, promoviendo enfoques centrados en la persona que permitan a estas personas tener control sobre su tratamiento y su vida.

▸ Protección frente a abusos: También hay un énfasis en la necesidad de proteger a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo de posibles abusos, maltratos o prácticas coercitivas en el ámbito de la salud mental, algo que ocurre en ocasiones debido a la falta de sensibilización o formación.

Inclusión y Participación Social

▸ Eliminación del aislamiento: Las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo a menudo sufren aislamiento social, lo que agrava sus problemas de salud mental. Se señala que se promuevan políticas que fomenten la inclusión social de estas personas en la comunidad, permitiéndoles participar activamente en actividades cotidianas como el trabajo, la educación o la vida social.

▸ **Redes de apoyo familiar y comunitario:** Las organizaciones abogan por fortalecer las redes de apoyo, tanto a nivel familiar como comunitario, para que las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo reciban el apoyo necesario para su bienestar mental y social.

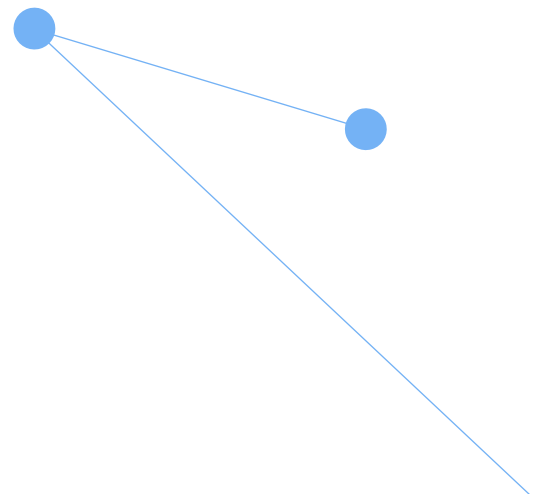
Defensa de Políticas Públicas

▸ **Demanda de políticas públicas adecuadas:** Las organizaciones hacen un llamado a los gobiernos y autoridades competentes para que implementen políticas públicas que garanticen una atención de salud mental accesible, efectiva e inclusiva para las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo. Esto incluye el cumplimiento de las acciones contempladas en los planes de salud mental de las diferentes CC. AA., la asignación de recursos y la creación de programas específicos, como han demostrado los pilotajes contemplados en el proyecto "Con Buenos Apoyos", para abordar estas necesidades.

▸ **Prioridad en la investigación:** También se reclama mayor inversión en la investigación sobre la salud mental en la discapacidad intelectual y del desarrollo, para mejorar los conocimientos y el tratamiento de esta parte de la población.

Enfoque Preventivo

▸ **Prevención de trastornos de salud mental:** Las organizaciones subrayan la importancia de prevención. Muchas de estas organizaciones proponen programas que ayuden a identificar problemas de salud mental en etapas tempranas, antes de que se conviertan en problemas de salud y situaciones graves.



Se propone

▸ Contar con **protocolos escritos de coordinación sociosanitaria**, con el fin de no tener que depender de la voluntad de los y las profesionales de ambas partes para que esa coordinación se dé o no.

▸ Tener un **contacto directo con el/la profesional de referencia de salud mental**, bien a través de correo electrónico, teléfono o plataforma online donde volcar la información.

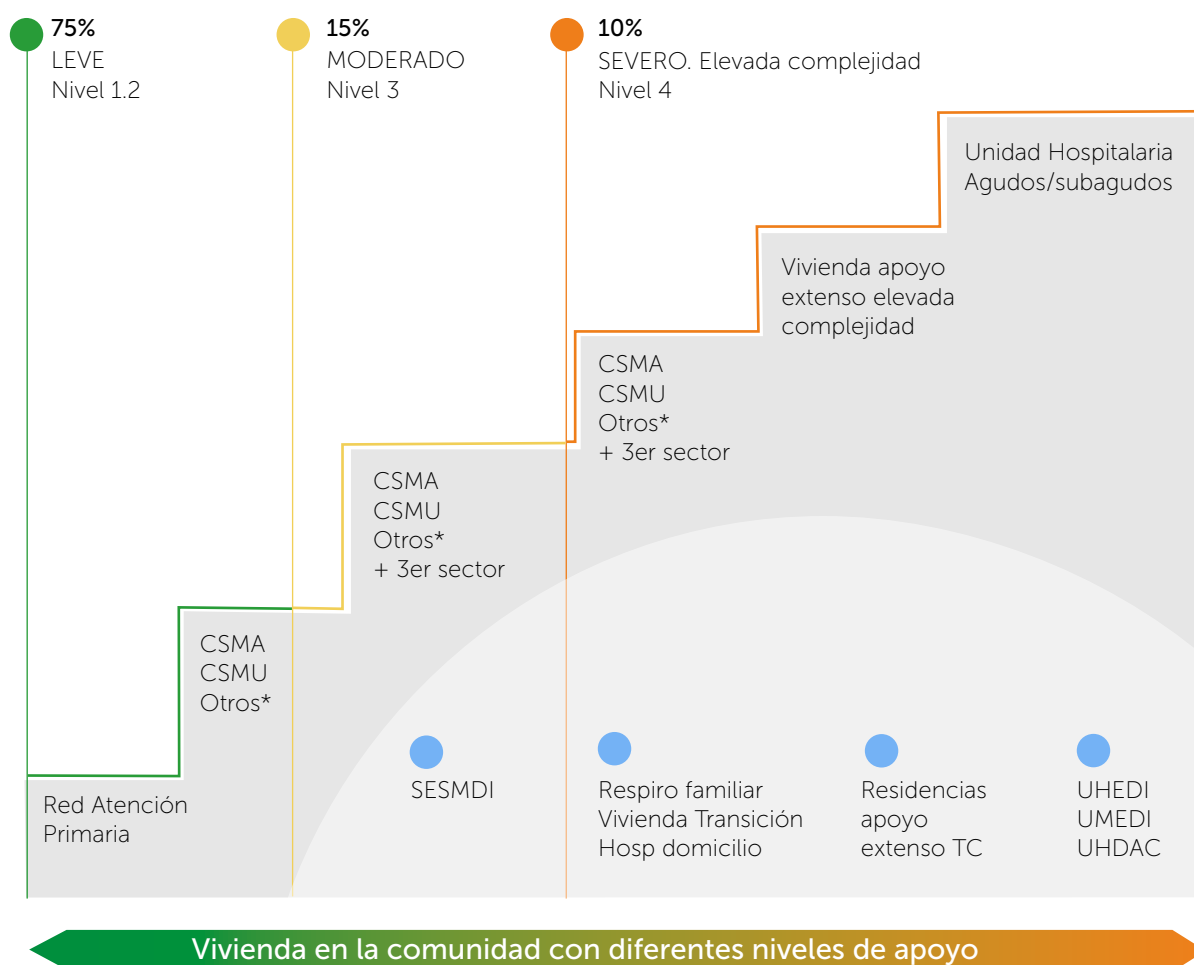
▸ Poder combinar asistencia en los servicios de salud mental, con **visitas de los/as profesionales a las entidades**, ya que en esas visitas se conoce mejor la realidad de la PDID, (que necesidades tienen quienes les apoyan en su día a día, etc. haciéndose esa coordinación más rica en todos los aspectos.

▸ **Contar con profesionales de psiquiatría más estables** en el tiempo y con un enfoque sobre la discapacidad y del desarrollo más amplio (no quedándose solo en el discurso verbal que la persona o la familia transmiten en el momento puntual de la consulta, que también es importante, pero a veces incompleto o limitado por la situación y las capacidades de expresión de la persona).

7. Los nuevos servicios que necesitamos

El **modelo de apoyos escalonado** que proponemos en este informe describe la prestación de atención sanitaria y social dirigida específicamente a apoyar a las PDID que presentan problemas de conducta mental y/o conductas que preocupan, a todas, pero especialmente las de mayor complejidad.

Modelo escalonado de atención a las PDID en salud mental y/o conductas que nos preocupan



* Adicciones, TCA, Ludopatía ...

CED Comisión de Estudio y Derivación

Entender y abordar la salud mental en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo requiere programas que consideren la complejidad de sus necesidades. Este tipo de programa requiere una estrecha colaboración entre profesionales de la salud mental, las propias personas con discapacidad y sus familiares, las entidades u organismos proveedores de servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y familias, que tiene como objetivo ofrecer un apoyo integral y personalizado.

Si ponemos el foco en cada uno de los cuatro niveles de atención:

► Nivel 1: **Servicios de primera línea**

(Red de atención primaria sanitaria y social)

Está formado por todos los dispositivos y servicios que son accesibles de manera directa a toda la ciudadanía. 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 y del desarrollo de manera directa, y realizarán las tareas de detección, evaluación, información, orientación e intervención, en aquellos casos de discapacidad intelectual que presenten problemas de salud mental leve y alteraciones de conducta de fácil manejo.

Objetivo:

Mejorar la capacidad resolutoria y la capacidad de atención de la atención primaria frente a los problemas de salud mental y salud en general de las PDID con necesidades de apoyo de baja complejidad en sus conductas, haciendo las adaptaciones razonables cuando sea necesario.

Cada CC. AA. debe:

► Desarrollar un **modelo colaborativo** entre las redes de Salud Mental y la de **atención primaria** que contribuya a evitar intervenciones innecesarias ante el sufrimiento emocional de las PDID.

► Debe apoyarse el **papel preventivo** de la atención primaria, **especialmente en el ámbito rural**, ante las demandas relacionadas con signos de malestar derivado de problemas vitales con mayor impacto en este colectivo, dotándola de instrumentos y habilidades para la contextualización y abordaje inicial buscando alternativas no iatrogénicas para evitar la sobremedicación.

► **Incluir en los programas de formación continuada** de los equipos profesionales de atención primaria aspectos relativos a la salud general (factores contribuyentes) y la salud mental de las PDID.

► Cuando las necesidades de salud mental y cuidado son particularmente complejas, puede ser necesario un mayor apoyo multidisciplinar especializado por parte de la red genérica de salud mental. Pasamos al segundo nivel.



Comprando en mi día a día
Concurso de fotografía del INICO

► Nivel 2: Red genérica de Salud Mental

(CSMA, CSMIJ, Hospitales de Día, otros programas).

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

En todas las CC. AA., la red de atención a las necesidades sanitarias y socio-sanitarias de las personas con problemas de salud mental está formada como mínimo por los Equipos de Salud Mental de personas Adultas, los Equipos de Salud Mental Infanto 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 como mínimo de una red de recursos de apoyo residencial, de integración social y laboral para personas con problemas de salud mental graves.

La red social de servicios de atención a la discapacidad está formada como mínimo por Centros de Atención Temprana, Centros de Día, Centros Ocupacionales, Habilitación Funcional, Residencias de Apoyo Extenso con y sin problemas de conducta, Residencias de Apoyo Limitado y Viviendas Tuteladas. (Consultar cartera de servicios de las diferentes CC. AA.)

Objetivo:

Mejorar la capacidad resolutoria y la capacidad de atención de la red de salud mental genérica frente a los problemas de salud mental de las PDID con necesidades de apoyo de baja complejidad en sus conductas:

Cada CC. AA. debe:

- Siguiendo el modelo escalonado de atención a las PDID se podría considerar que aproximadamente un 70% de las PDID que padecen algún problema de salud mental y/o conducta que preocupa podrían ser atendidos por la red genérica de salud mental.
- Deben garantizar el acceso y atención equitativa de la mayoría de PDIDSM con necesidades de apoyo en la conducta de baja complejidad a las redes de salud mental dirigidas a todos los ciudadanos y ciudadanas.

- Incluir en los programas de formación continuada de profesionales de la red mental genérica aspectos relativos a la salud mental de las PDID.

► Nivel 3: Servicios terciarios para PDID con necesidades de apoyo complejas relacionadas con la salud mental

El modelo escalonado de atención por el que se propone propugna el desarrollo de dispositivos especializados de tercer nivel para atender determinadas problemáticas de las PDIDSM que no puedan ser abordadas de manera directa por los recursos de las redes generales.

En la medida que la complejidad aumenta, las evidencias (Bouras N, Holt G, 2010) indican que:

- El diagnóstico de los problemas de salud mental en las PDID presenta una problemática especial y requiere habilidades especiales y experiencia, por la naturaleza atípica de su presentación, las dificultades de comunicación, y frecuentemente la ausencia de quejas subjetivas.
- Los equipos profesionales, al menos en nuestro medio (el sanitario), no tienen las habilidades y recursos para evaluar y atender a las PDIDSM.
- Si es necesario un ingreso, las PDIDSM no se "mezclan" bien con la población con problemas de salud mental sin DID.
- Las PDIDSM son vulnerables y generalmente están en desventaja en estos entornos.
- El ritmo de trabajo en los servicios de psiquiatría genéricos es demasiado rápido para ellas.
- Es difícil orientar intervenciones terapéuticas que den respuesta a sus especificidades (programas cognitivo-conductuales, sensoriales, cambios en los entornos...).
- Dado el escaso número de personas involucradas es imposible para los equipos profesionales conseguir la experiencia y la competencia necesaria.

Objetivo:

Proporcionar apoyo a las PDID con un problema mental y/o conductas que preocupan de mediana complejidad, y a aquellos que les apoyan.

Cada CC. AA. debe:

- ▶ El informe Mansell revisado (DOH, 2007) destacó que la primera línea de apoyo especializado para las personas con una discapacidad intelectual y del desarrollo es el **Equipo de Salud Mental Comunitario especializado en Discapacidad Intelectual (SESMDI)**, que forma parte de la red pública de salud mental. Estos equipos (11 en Cataluña y 1 en la Comunidad de Madrid) ofrecen atención especializada a las PDIDSM, desde una perspectiva multidisciplinar y comunitaria.
- ▶ Teniendo en cuenta la realidad sociodemográfica de la mayoría de CC. AA, se considera que tales equipos **no son absolutamente imprescindibles** ya que, como el informe también enfatiza, el componente esencial de estos servicios es el desarrollo de equipos de apoyo multidisciplinarios con **experiencia y formación** que puedan dar respuesta a las necesidades particulares de este colectivo. Estos equipos pueden formar parte de una red especializada integrada en la red genérica de SM (SESMDI) o el resultado de la **colaboración y coordinación entre los y las profesionales de la red genérica de salud mental local y profesionales especializados en el apoyo a la salud mental/ conductual de personas con discapacidad intelectual y del desarrollo del tercer sector** (Plena Inclusión) (equipos mixtos), que aportan una comprensión más cercana y profunda de los complejos factores psicológicos y sociales que contribuyen a los problemas de salud mental en personas en esta situación, tal como están demostrando los datos de las diferentes experiencias piloto del programa **“Con Buenos Apoyos”**.

▶ **Nivel 4:**

Programas para apoyar la elevada complejidad

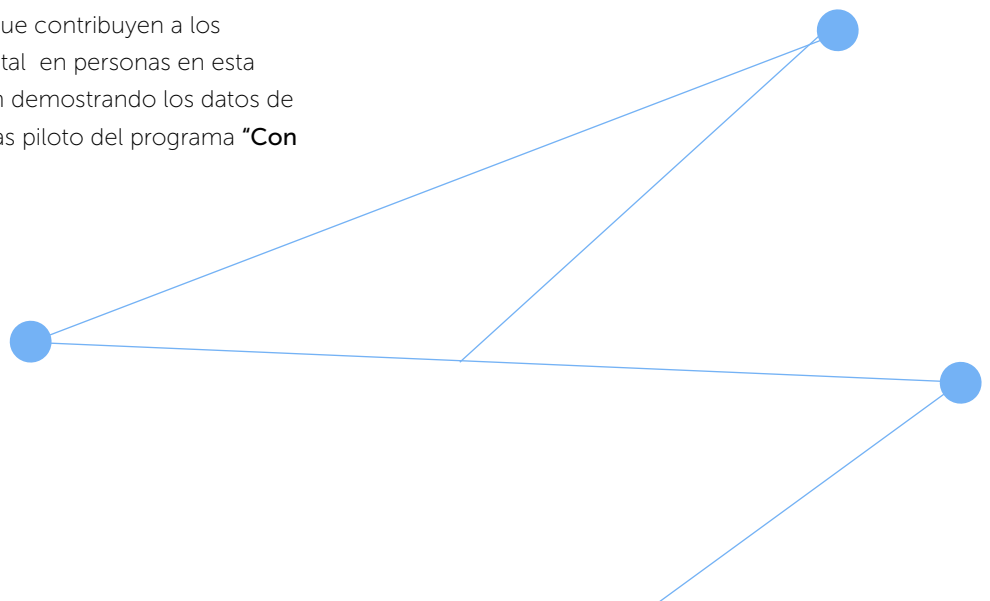
Se trata de servicios terciarios para personas con necesidades de apoyo de elevada complejidad relacionadas con conductas que preocupan o de salud mental que requieren un nivel de evaluación e intervención por encima de lo previsto en el nivel 2 y 3.

Objetivo:

Proporcionar apoyos a las PDID con problemas de salud mental y/o conductas que preocupan de elevada complejidad, y a aquellos que les apoyan. El papel del nivel 4 es el de **“trabajar con” y “añadir a”, más que sacar a la persona de los servicios de los niveles de menor intensidad.**

En este nivel se propone la puesta en marcha de programas específicos en las diferentes CC. AA.

- 4.1 Unidad Hospitalaria de Media Estancia Especializada para Personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo.
- 4.2 Vivienda de Transición a la Comunidad.
- 4.3 Hospitalización domiciliaria.
- 4.4 Respiro familiar.



4.1 Unidad Hospitalaria de Media Estancia Especializada para Personas con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo.

Cada CC. AA. debe:

► **Disponer de una Unidad Hospitalaria de Media Estancia para PDIDSM de elevada complejidad** (mínimo de 0,8 camas cada 100.000 habitantes). Actualmente están disponibles en Castilla y León (1 UMEDI – Santa Isabel en León – 20 camas); Catalunya (4 UHEDI – 65 camas); Extremadura (1 UHDAC – Plasencia – 20 camas).

► El modelo de apoyo descrito en este informe propone alejarse de una dependencia excesiva de la atención hospitalaria (y otros enfoques restrictivos) hacia intervenciones preventivas, sensibles, oportunas y adecuadas que ayuden a las personas a vivir vidas satisfactorias en entornos comunitarios.

► Asimismo, también destaca que las PDIDSM con necesidades de apoyo de elevada complejidad deberían poder acceder a los servicios de hospitalización cuando lo necesiten. Estos servicios deberían ser de alta calidad y enfocados a fomentar de forma proactiva la independencia, recuperación y retorno rápido a la comunidad.

► Las PDIDSM deberían ser evaluadas y tratadas en los servicios de hospitalización de la red de salud mental **utilizados por la población general** cuando ésta sea la opción más adecuada. Es probable que éste sea el caso de las PDID con menor necesidades de apoyo por sus limitaciones en las áreas cognitiva y funcional con problema de salud mental fácilmente reconocibles por profesionales que trabajan en ellos. Los servicios (Unidad de agudos, subagudos, etc) deberían realizar los ajustes razonables para permitirlo (por ejemplo, enfermeros/as de enlace y trabajo colaborativo con la red especializada de salud mental para PDID en cualquiera de las opciones posibles – consultar nivel 3).

► Las PDIDSM que requieren un entorno adaptado y/o tratamiento y cuidados especializados intensivos deben ser ingresadas en una unidad especializada

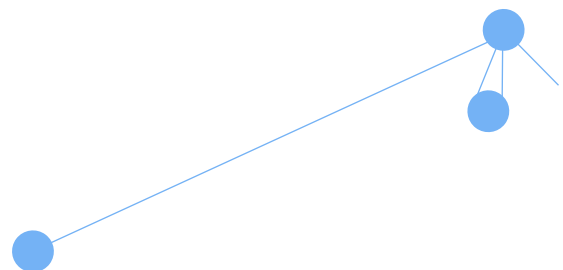
si necesitan atención hospitalaria. Estas camas especializadas deben ubicarse cada vez más en los entornos hospitalarios habituales como parte de los servicios integrados de hospitalización especializada.

► Con el apoyo adecuado en el momento adecuado en la comunidad (niveles 1, 2 y 3), el uso de estos servicios de hospitalización especializados **deberían ser la excepción** y sólo para propósitos claramente definidos, por ejemplo, cuando presentan un riesgo inmediato para quienes les rodean y/o para sí mismas.

► Los servicios hospitalarios deben intentar **minimizar la duración de la estancia** de una persona, y cualquier admisión debe apoyarse en una justificación clara fruto de la evaluación y un tratamiento planificado con resultados medibles.

► Es necesario **evitar la deslocalización**. Los ingresos deben ser en la Unidad Hospitalaria más cercana al entorno social habitual de la persona.

► El funcionamiento de la Unidad Hospitalaria Especializada está **intrínsecamente vinculada** a los servicios genéricos y especializados de salud mental (donde existan) y a los equipos multidisciplinares mixtos según se han definido en el nivel 3. Sin un enfoque coordinado y conjunto, a través de la **Comisión de Estudio y Derivación (CED)** (consultar apartado coordinación), es probable que el camino hacia la mejora se vea socavado, y las personas corran el riesgo de caer en “tierra de nadie” produciéndose consecuencias no deseadas, o en riesgo de institucionalización definitiva en las unidades residenciales existentes para PDIDSM y problemas de conducta.



► Esto se puede conseguir si proporcionamos apoyo teniendo en cuenta 3 funciones básicas:

- 1. Evaluación (incluido para posibles problemas de salud mental) de las causas de la conducta compleja que preocupa cuando no se puede llevar a cabo de forma segura en la comunidad.
- 2. Tratamiento integral (farmacológico y no) del problema mental cuando ésta sea la causa de la conducta compleja que preocupa, cuando no se pueda llevar a cabo con seguridad en la comunidad.
- 3. Reintegración de la persona en la comunidad después del tratamiento hospitalario, incluida la prestación de apoyo/orientación a las familias y a los/as proveedores de apoyo.

4.2 Vivienda de transición a la comunidad

Hay que tener en cuenta que, a pesar de todos los cambios propuestos, encontraremos PDIDSM cuyas conductas que preocupan pueden representar un elevado riesgo para sí mismo/a y otros si no se consideran **apoyos intermedios de transición** entre la hospitalización/institucionalización y la comunidad.

Cada CC. AA. debe:

► Desarrollar **programas de atención en viviendas** (máximo 5 personas) de transición a la comunidad con una estancia media prefijada en el proceso de alta desde unidades hospitalarias de media estancia o en proceso de desinstitucionalización residencial. Estas viviendas de transición deberían contemplarse dentro del modelo **"Mi casa, una vida en comunidad"** de Plena Inclusión o proyectos similares.

► Garantizar la viabilidad del modelo propuesto mediante el despliegue de **programas de acompañamiento a las PDIDSM con conductas de elevada complejidad** en la comunidad por parte de los equipos multidisciplinares mixtos (red genérica SM más tercer sector) o especializada (equipos de salud mental especializados- SESMDI) teniendo en cuenta las características sociodemográficas de cada CC. AA.

► En el paso de centro residencial u hospitalario a una vivienda en la comunidad con unidades de convivencia reducida es necesario contemplar la posibilidad de **reforzar las horas de profesionales** de manera transitoria durante un máximo de seis meses para facilitar a la PDIDSM la adaptación a los cambios.

► **Detener** la puesta en funcionamiento de residencias para PDIDSM y Trastornos de la conducta y la **reconversión progresiva** de las actuales residencias para PDIDSM con Trastornos de la conducta en viviendas para PDID con necesidad de apoyo extenso relacionado con la conducta que preocupa (máximo 4 personas), siguiendo un modelo heterogéneo según diferentes necesidades de apoyo (evitar agrupación de PDIDSM con conductas con necesidades de apoyo de muy elevada complejidad)

► Desarrollar proyectos de **asistencia personal** para PDIDSM de cualquier edad con el objetivo de evaluar el papel que puede jugar la figura del/la asistente personal en momentos complicados complejos de la vida de estas personas.

4.3 Programa de Hospitalización Domiciliaria

La hospitalización a domicilio en casos de problema de salud mental tiene como objetivo ofrecer asistencia en el momento de la crisis y un tratamiento domiciliario intensivo como alternativa al ingreso hospitalario. Desde finales de los años 90 la implantación de este tipo de modelos terapéuticos se ha desarrollado de forma paralela en diferentes lugares de Australia, Estados Unidos y Europa.

Entre los destinatarios/as se señalan las personas con discapacidad o trastornos del desarrollo con necesidades complejas de salud mental cuando el entorno cuidador no puede cubrir sus necesidades adecuadamente y están en riesgo de claudicación inminente debido al elevado grado de apoyo que requieren y la intensidad de la atención a lo largo de las 24 horas del día, o están en riesgo de deslocalización por no disponer de una plaza en unidades hospitalarias próximas.

Cada CC. AA. debe:

Incluir las PDIDSM con necesidades de apoyo a la conducta de elevada complejidad de cualquier edad en los **programas de hospitalización domiciliaria** disponibles en la red de salud mental más cercana a la persona cuando sea necesario.

La hospitalización domiciliaria **debe ser asumida por la red de salud mental mixta** (red genérica más tercer sector) o especializada (equipos de salud mental especializados- SESMDI) cuando la complejidad (nivel 3 y 4) sobrepase las capacidades del nivel 2 (red genérica de salud mental).

4.4 Programa de Respiro Familiar

Convivir con una PDIDSM cuyas conductas preocupan de elevada complejidad es muy estresante y amenaza el bienestar familiar (Hastings, 2002). En casos extremos, la PDIDSM puede tener que trasladarse a servicios hospitalarios/residenciales de coste mucho más elevado (McGill et al., 2006).

El artículo 28 de la CDPD obliga a los estados a proporcionar apoyo a las familias con programas de respiro (ONU 2006), si bien su despliegue hoy en día es del todo insuficiente.

El respiro se define como "cualquier servicio que ofrece alivio temporal a los cuidadores para preservar las funciones de cuidador" (Chan et al. 2012) y acumula beneficios para la persona con DID (Guerin et al. 2019), los cuidadores y la familia (Whitmore 2017), como mejora de la salud mental, la salud física, el afrontamiento, las finanzas, la calidad de vida familiar, las relaciones sociales, reducción del estrés y disminución del abuso y la institucionalización (Reid et al. 2013).

Como componente importante de los servicios de apoyo a la discapacidad, los modelos de atención de respiro varían según la ubicación, el proveedor, la duración, la frecuencia, el entorno, la financiación, la elección y otros apoyos. Ofrecen, con distintos contextos que requieren modelos diferentes para ofrecer servicios adecuados (OMS 2011).

Cada CC. AA. debe:

Desarrollar los apoyos de Respiro familiar (profesionales y módulos económicos) en los entornos domiciliarios siempre que sea posible en los casos de PDIDSM con necesidades de apoyo derivadas de la conducta de elevada complejidad. Los y las profesionales especializados acudirán al domicilio familiar y acompañarán a la PDIDSM a las actividades dentro de la comunidad a la vez que asesorarán y formarán a la familia en la gestión de conductas que preocupan.

Preveer y reservar plazas para estancias breves en las unidades hospitalarias especializadas (UHEDI, UMEDI y UHDAC) y en los recursos residenciales para PDIDSM con Trastornos de la Conducta más cercanos.

Preveer estancias nocturnas entre 2 y 7 días a la semana en viviendas tuteladas en la comunidad con refuerzo nocturno para proporcionar descanso a las familias.

Sobre la coordinación entre redes de apoyo

Las diferentes fórmulas para abordar las respuestas sociosanitarias ocupan un lugar prioritario y ponen de relieve la importancia de una visión global compartida, concretada en la capacidad del trabajo en red, de forma coordinada y colaborativa en múltiples niveles de intervención: entre profesionales, entre instituciones sociales y sanitarias, entre la iniciativa social, pública y privada, entre los distintos tipos de recursos, etc.

Cada CC. AA. debe:

Desarrollar programas para fomentar la coordinación sanitaria y social en cada área local (Comisión de Estudio y Derivación - CED).

Objetivos de la CED:

- ▶ Coordinar en cada área social y sanitaria el estudio y la evaluación de las necesidades* de las PDIDSM estén donde estén.
- ▶ Centralizar las demandas, gestionar las listas de espera, establecer las prioridades y facilitar las derivaciones eligiendo el recurso y soportes más adecuados según las necesidades y en el mejor interés de la persona. La persona participa en la decisión sobre cuáles deben ser sus apoyos.
- ▶ Realizar una intervención coordinada y comprometida de las diferentes esferas administrativas que deben garantizar la prestación de los servicios (sanidad, servicios sociales, justicia, educación, entre otros).
- ▶ Evaluar el coste económico de los apoyos necesarios y facilitar su provisión según esté establecido en la normativa autonómica vigente y corresponda a cada red (cartera de servicios y módulos económicos).
- ▶ Garantizar que la planificación de los apoyos sea individual y personalizada, teniendo en cuenta la opinión de la propia persona y su entorno. Esto es posible si las dotaciones económicas destinadas a la prestación de servicios y soportes son flexibles e individualizadas (presupuestos personales).

- ▶ Velar por la desinstitucionalización.
- ▶ Convertirse en punto de referencia para los equipos profesionales y personas con DID que necesiten atención en salud mental.

*Se dispone de diferentes instrumentos para la evaluación de las necesidades satisfechas-no satisfechas de las PDIDSM (CANDID-DI, SIS y otros)

Los siguientes factores son considerados fundamentales para asegurar el éxito de coordinación a través de la CED:

- ▶ Se debe garantizar la asistencia activa de la PDIDSM, su familia y personas de apoyo.
- ▶ Debe estar constituida por representantes de las diferentes redes (atención primaria de salud y social, salud mental especializada o mixta según se propone en el nivel 3, educación, justicia, trabajo, etc)
- ▶ Cuando les corresponda según las necesidades identificadas, garantizar la asistencia activa de los miembros de la CED con capacidad en toma de decisiones en el mejor interés para la persona, evitando en la medida de lo posible la dependencia de niveles de de mayor rango administrativo (comisiones provinciales, autonómicas, secretarías, direcciones generales, etc) para la aprobación de las decisiones acordadas.
- ▶ Nombrar un coordinador/a del CED con carácter rotatorio, con la responsabilidad de convocar y coordinar las reuniones que se consideren necesarias, así como de elaborar el acta que contemple las decisiones acordadas, las responsabilidades y la temporalidad en su ejecución.

8. Decálogo para la buena práctica en las personas con DIDSM

El informe "Con Buenos Apoyos", propone el desarrollo de iniciativas de atención integrada y generadas mediante la co-producción, para la atención a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo que presentan necesidades complejas

por sus necesidades crónicas de salud mental y/o conductas que preocupan (clínicamente denominadas problemas de conducta), a lo largo de todo su ciclo vital, que garanticen:

- 1 La atención y la valoración integral centrada en la persona**, alcanzando todos y cada uno de los ámbitos de actuación en los que estén implicados los recursos orientados a prestar una atención de calidad, considerando a la persona como copartícipe y corresponsable en la planificación, el desarrollo y la evaluación del proceso de atención
- 2 Un abordaje multidisciplinar**, implicando en el sistema de atención a los diferentes equipos profesionales que intervienen en cualquiera de sus procesos. Ello implica la creación de canales de comunicación funcionales y estables y de estructuras de coordinación
- 3 El paradigma de la atención centrada en la persona**, situando a la persona en el centro del proceso de atención, otorgando la máxima autonomía, en el escenario habitual de vida de la persona como espacio principal de cuidado y atención
- 4 La flexibilidad y proporcionalidad**, en cuanto a que sea capaz de adaptarse a la persona y a su capacidad de respuesta para prestar la atención apropiada en el momento oportuno mediante recursos flexibles y proporcionales, ajustados a las necesidades y circunstancias de cada persona, promoviendo la equidad y la sostenibilidad

5

El empoderamiento de las personas cómo “gestoras principales” de su propia vida, como agentes activas, para otorgarles poder de elección y decisión, y respetar las necesidades y preferencias. Ello implica:

- ▶ Intercambiar y hacer accesible la información.
- ▶ Diseñar e implementar estrategias dirigidas a la autorresponsabilidad y el fomento del autocuidado de las personas, familias y personas cuidadoras.
- ▶ Crear mecanismos para facilitar la participación en el codiseño de las estrategias a desarrollar en los ámbitos sanitario y social.
- ▶ Fomentar estrategias para la implicación de la persona en la toma de decisiones compartida relacionada con su proceso asistencial.
- ▶ Garantizar la comprensión y el consentimiento informado en todo momento

6

El abordaje integral, para personas con condiciones crónicas y situaciones de discapacidad, elaborando junto a la persona, y su familia, su proceso de atención y comprometiéndola plenamente a todos los niveles desde el primer momento

7

Facilitar y promover la especificidad y la especialización siempre que las necesidades de la persona lo requieran, como garantes de la eficacia y el conocimiento técnico

8

La articulación de la continuidad en los procesos de atención eliminando el aislamiento y la fragmentación y velando por la mejora en la calidad de las “derivaciones” entre ámbitos de atención, especialmente en procesos críticos de la persona

9

La incorporación de una visión de resultados personales esperados, basada en la obtención de mejores resultados de salud y bienestar, en la óptima utilización de servicios evitando hospitalizaciones innecesarias e institucionalizaciones inadecuadas y cronificación de tratamientos y en la mejora de experiencia y percepción de atención de las personas, sus familias y de los equipos profesionales

10

El desarrollo de herramientas de análisis, planificación y evaluación conjuntas y de programación territorial compartida. Ello permitiría adoptar en cada territorio las medidas útiles tanto para la detección de poblaciones de riesgo y la generación de nuevos dispositivos integrados, como para la adecuación de los existentes para garantizar un continuum asistencial desde la perspectiva integrada

9. Bibliografía

- ▶ **Álvarez Rosete A, Jiménez Lara A (coord.).** Modelos integrados de atención a la discapacidad. Observatorio estatal de la discapacidad. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Junta de Extremadura. SEPAD. CERMI; 2017.
- ▶ **Becker, AE, Kleinman, A.,** 2013. Salud mental y la agenda global. *N. Engl. J. Med.* 369 (1), 66–73.
- ▶ **Bouras, N., & Holt, G. (Eds.).** (2010). *Mental Health Services for Adults with Intellectual Disability: Strategies and Solutions* (1st ed.). Psychology Press.
- ▶ **Centre for Developmental Disability Studies.** [Health Care in People with Intellectual Disability. Guidelines for General Practitioners.](#) Ryde NSW (Australia): NSW Department of Health; 2006.
- ▶ **Chan, J., Merriman, B., Parmenter, T. & Stancliffe, R.** 2012, 'Rethinking respite policy for people with intellectual and developmental disabilities', *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* 9(2), 120–126.
- ▶ **Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas,** 2017. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Disponible en: [Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos](#) [consultado el 18 de junio de 2018].
- ▶ **Deb S, Perera B, Krysta K, Ozer M, Bertelli M, Novell R, Wieland J, Sappok T.** The European guideline on the assessment and diagnosis of psychiatric disorders in adults with intellectual disabilities *The European Journal of Psychiatry* 36 (2022) 11–25
- ▶ **Declaración FEAPS e Informe Técnico sobre los Trastornos de Salud Mental en las personas con Discapacidad Intelectual"** (FEAPS 2007)
- ▶ **Dillane I, Doody O.** Nursing people with intellectual disability and dementia experiencing pain: An integrative review. *J Clin Nurs.* 2019 Jul;28(13- 14):2472-85.
- ▶ **Dotson, K.,** 2011. Rastreado la violencia epistémica, rastreado las prácticas de silenciamiento. *Hypatia* 26 (2), 236–257.
- ▶ **Emerson E** (2001) *Challenging Behaviour: Analysis and Intervention in People with Severe Intellectual Disabilities* (2nd edn). Cambridge: Cambridge University Press. Hastings RP (2002) Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability* 27 (3): 149–160.
- ▶ **Foley KR, Trollor J.** Management of mental ill health in people with autism spectrum disorder. *Aust Fam Physician.* 2015;44(11):784-90
- ▶ **Fricker, M.** Powerlessness and social interpretation. *Episteme.* 2006; 3 (1–2):96–108.
- ▶ **Fricker, M.** *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing.* Oxford University Press, 2007 Oxford.
- ▶ **Goodwin N, Lawton-Smith S.** Integrating care for people with mental illness: the Care Programme Approach in England and its implications for long-term conditions management. *International Journal of Integrated Care;* 10, 31 March 2010

- ▶ **Guerin, S., Nicholson, E., Keogh, F., & Dodd, P.** Staff and family views of alternative respite services for adults with intellectual disabilities - aims, outcomes and experiences. *International journal of developmental disabilities*. 2019; 67(4): 296–306.
- ▶ **Hastings, R. P.** Parental stress and behaviour problems of children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 2002; 27(3):149–160.
- ▶ **Hookway, C.,** Some varieties of epistemic injustice: Reflections on Fricker. *Episteme*, 2010; 7 (2):151–163.
- ▶ **Mansell, J., McGill, P. and Emerson, E.** (2001) Development and evaluation of innovative residential services for people with severe intellectual disability and serious challenging behaviour. In L.M. Glidden (Ed.) *International Review of Research in Mental Retardation* (pp.245-298). San Diego, CA: Academic Press.
- ▶ **Mansell J.** Services for people with learning disabilities and challenging behaviour or mental health needs. Department of Health 2007.
- ▶ **McGill P, Papachristoforou E, Cooper V.** Support for family carers of children and young people with developmental disabilities and challenging behavior. *Child: Health, Care and Development*; 2006, 12:159-165
- ▶ **MHS Quality Rights**, 2019. [Enlace](#).
- ▶ **Morentín R, Redondo C, Arias B, Rodríguez J.** Personas con discapacidad intelectual y alteraciones de la salud mental: prevalencia y principales características. Valladolid: Plena inclusión Castilla y León. Universidad de Valladolid; 2021.
- ▶ **National Center for START Services.** Integrated Mental Health Treatment Guidelines for Prescribers in Intellectual and Developmental Disabilities. Concord, NH (USA): University of New Hampshire Institute on Disability; 2023.
- ▶ **Reid, C., Sholl, C., & Gore, N.** Seeking to prevent residential care for young people with intellectual disabilities and challenging behaviour: examples and early outcomes from the Ealing ITSBS. *Tizard Learning Disability Review*, 2013; 18(4):171-178.
- ▶ **Rueda-Quitllet P, Novell-Alsina R.** Conductas que nos preocupan en personas con discapacidad intelectual y del desarrollo ¿Qué debes saber? ¿Qué debes hacer?. Madrid: Confederación Plena Inclusión España; 2021.
- ▶ **Reiss S, Levitan GW, Szyszko J.** Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *Am J Ment Defic.* 1982 May;86(6):567-74.
- ▶ **Snowden, D. & M. E. Boone** (2007) A leader's framework for decision-making. *Harvard Business Review*, November, 1-9.
- ▶ **Sullivan WF, Diepstra H, Heng J, Ally S, Bradley E, Casson I, et al.** Primary care of adults with intellectual and developmental disabilities: 2018 Canadian consensus guidelines. *Can Fam Physician*. 2018 Apr;64(4):254-79.
- ▶ **Whitmore, Kim E.** "Factors Associated with Unmet Respite Care Needs in Families of Children with Autism Spectrum Disorder." (2017).

10. Anexo

● **Cuestionario de evaluación** de servicios de apoyo sociosanitario a personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y su salud mental y/o conductas que preocupan

Este cuestionario de autoevaluación tiene como objetivo conocer los servicios y programas disponibles en su Comunidad Autónoma para personas con discapacidad intelectual (Trastorno del Desarrollo Intelectual – DSM5; Discapacidad Intelectual - CIE-11) y del Desarrollo (Espectro del Autismo) y Enfermedad Mental comórbida.

Aunque la mayoría de las alteraciones de la conducta (conductas que nos preocupan) no

son la expresión de una enfermedad mental, sino el resultado de la interacción entre condiciones socio-psico-biológicas, las personas que las presentan suelen ser orientadas y atendidas por las redes de salud mental y las redes sociales. Por lo tanto, en esta encuesta las consideramos incluidas en la definición “Persona con Discapacidad Intelectual y del Desarrollo con Enfermedad Mental” (PDID-EM), con independencia de su causa.



Datos epidemiológicos

1. ¿Se incluyen los datos sobre discapacidad intelectual en las Memorias Anuales de uso y utilización de Servicios de salud mental?

Sí No

Especifique cuáles:

2. ¿Existen bases de datos que puedan aportar información sobre prevalencia de la SM en PDID?

Sí No

Especifique cuáles:

3. Según estas fuentes, ¿Podría estimar el número aproximado de PDIDSM?

	Número	Fuente y año
	Niños/adolescentes (<18a)	Adultos
Personas DI		
Personas TEA		

4. En el último año, ¿Cuántas personas con discapacidad intelectual (diagnostico CI-10, certificado...) hicieron uso de los servicios de salud mental genéricos?

	Niños/adolescentes (<18a)	Adultos
Centro de Salud Mental		
Hospital de Día		
Unidad de Agudos		
Unidad de Media estancia		
Unidad de Larga estancia		
Hospital Psiquiátrico		
Unidad Penitenciaria		
Otros (especifique)		

Señale la fuente y el año de esta información:

Planes de atención

5. ¿Existe algún Plan de Atención Sanitaria específico dirigido a PDIDSM?

Etapa infanto-juvenil (<18años)

Sí No

Especifique:

Etapa adulta (>18años)

Sí No

Especifique:

6. ¿Existen Servicios de Atención en la Comunidad específicos para PDIDSM?

Sí No

Especifique:

Centro de Salud Mental para PDID-SM

Sí No

Nombre/s

Hospital de día para PDID-SM

Sí No

Nombre/s

Otros

Sí No

Nombre/s

7. ¿Existen en su Comunidad Autónoma Servicios Hospitalarios Específicos para PDIDSM?

Sí No

Especifique:

Unidad de Agudos para personas con DID-SM

Sí No

Nombre/s

Unidad de Media estancia para personas con DID-SM

Sí No

Nombre/s

Unidad de Larga estancia para personas con DID-SM

Sí No

Nombre/s

Unidad Penitenciaria para personas con DID-SM

Sí No

Nombre/s

Otros

Sí No

Nombre/s

8. ¿Existe algún Plan de Atención a la Cronicidad (TMG, Demencias.....) de coordinación socio-sanitaria para la población general?

Sí No

Especifique:

Las PDID están:

Plan:	Incluidas	Excluidas

Si la respuesta **es afirmativa**, podría señalar:

Nº de personas DID identificadas como TMG

Nº personas identificadas TMG en población general

Nº de personas DID incluidas en el Proceso Asistencial Integrado

Nº de personas con diagnóstico de TMG incluidas

Nº de personas DID incluidas en las comisiones de gestión de casos -comisión técnico-asesora equivalente de coordinación sociosanitaria

Nº de personas con diagnóstico de TMG incluidas

Nº de personas DID con TMG con PIT elaborado

Nº de personas TMG con PIT elaborado

9. ¿Existe algún sistema de cribado (priorización) para personas con DID en los Servicios de Salud Generales (atención primaria y especializada)?

Sí No

Especifique:

10. ¿Existe algún sistema de mejora de la comunicación (aumentativo / alternativo) entre médico-paciente para personas con DID en los Servicios de Salud Generales?

Sí No

Especifique:

11. ¿Existe algún sistema de mejora de la comunicación (aumentativo / alternativo) entre médico-paciente para personas con DIDSMD en los Servicios de Salud Mental?

Sí No

Especifique:

12. ¿Existe algún Plan de Atención Social dirigido a personas con DIDSMD?

Etapa infanto-juvenil (<18años)

Sí No

Especifique:

Etapa adulta (>18años)

Sí No

Especifique:

13. Por favor indique qué servicios se encuentran disponibles de forma específica para Personas con discapacidad intelectual. (Seleccione todos los que estén disponibles):

Tipo de servicio

Las PDID están

	Incluidas	Excluidas
Programa de Atención Precoz		
Tutorización y apoyo en aula general		
Clase especial en escuelas regulares o de integración		
Escuelas Especiales		
Servicios educativos en la propia casa		
Centro de día		
Centro o Taller Ocupacional		
Centro Especial de Empleo		
Programas de Orientación laboral		
Actividades para la integración en la comunidad		
Apoyo a la vida independiente		
Hogar protegido o vivienda tutelada		
Residencia con personal 24 hrs. específica para menores		
Residencia con personal 24 hrs. específica para menores con EM /TC		
Residencia con personal 24 hrs. específica para adultos (CAMP o similar)		
Residencia con personal 24 hrs. específica para adultos con EM / TC		
Residencia con personal 24 hrs. específica para mayores		
Otros (especifique)		

14. ¿Que tipo de prestaciones reciben las personas con DID en su comunidad autónoma?

Discapacidad intelectual

Especifique

Prestaciones Médicas	
Prestaciones Sociales	
Prestaciones para la educación	

15. ¿Existen programas de actuación dirigidos a los profesionales de la salud mental sobre atención a PDI?

Sí No

16. Si contestó que sí, ¿como se llevan a cabo estos protocolos?

A través de la especialización de los profesionales y la formación continua.
Formación por parte de la Institución en la que el personal trabaja
Supervisión clínica de los trabajadores
Uso de guías de práctica clínica
Otros (especificar):

17. ¿Qué Organizaciones están llevando a cabo alguna investigación sobre discapacidad intelectual?

Gobierno Universidades
Ind. Farmacéutica Organizaciones Internacionales o nacionales
ONGs Fundaciones
Otras (especifique)

18. ¿Cuáles son las fuentes de financiación de estas investigaciones?

Publicas Organizaciones internacionales/nacionales
Privadas Convenios públicos/privados
ONGs Otras (especifique)

19. ¿Hay algún Instituto o Centro de Investigación nacional que realice investigación en el campo de las discapacidades intelectuales en su Comunidad autónoma.?

Sí No

20. ¿se han definido políticas / estrategias dirigidas al empoderamiento y atención centrada en la persona con discapacidad intelectual y/o del desarrollo?

Sí No
Especifique:

21. En su opinión, ¿Cuál es el modelo (cultura) relacionada con la prestación de apoyos a personas con DIDSMS en su Comunidad Autónoma?

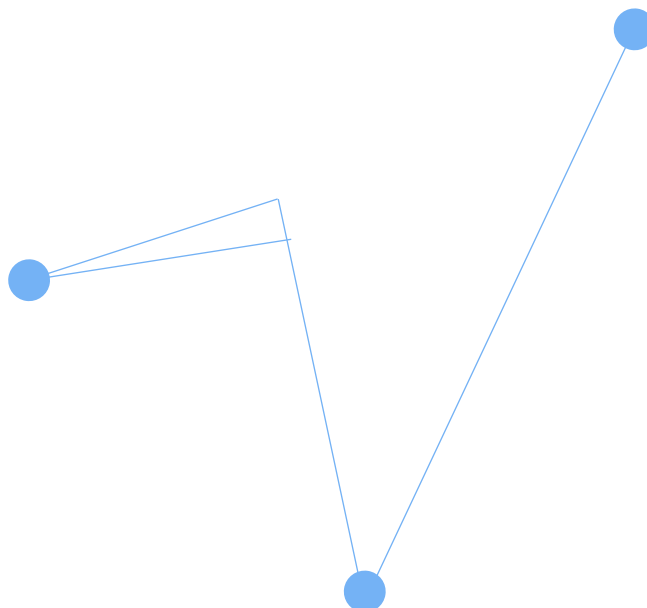
22. En su opinión, ¿Cuál es la percepción de las organizaciones (asociaciones, entidades, etc.) en relación a los apoyos recibidos para personas con DIDSMS en su Comunidad Autónoma?

23. En su opinión, ¿Cuál es la percepción de las familias en relación a los apoyos recibidos para personas con DIDSMS en su Comunidad Autónoma?

24. ¿Tiene **PLENA INCLUSIÓN** alguna política o programa de atención relacionada con este tema en su comunidad?

Sí No

Especifique:



Agradecimientos

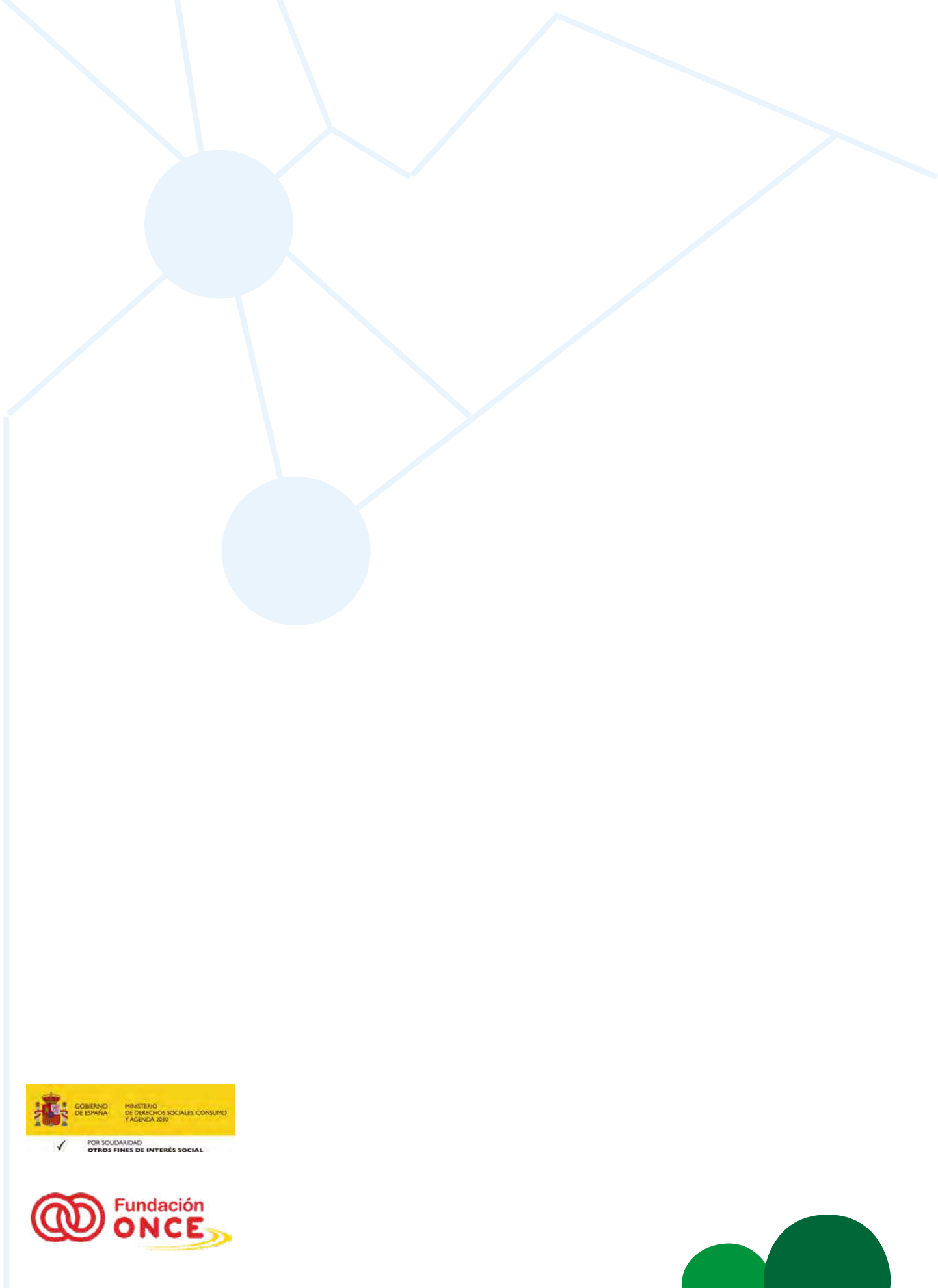


Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas que han participado en la elaboración de este informe. En especial, agradecemos a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo y a sus familiares, cuya voz y experiencia han sido fundamentales para comprender mejor la realidad de la salud mental en este colectivo y sobre todo en la defensa y promoción de sus derechos.

También queremos destacar la inestimable colaboración de los equipos profesionales de las federaciones de Plena inclusión y de las redes públicas de salud mental y de servicios sociales de las comunidades autónomas, cuyo compromiso, esfuerzo y "paciencia" han sido esenciales para la recopilación de datos y el análisis de la situación actual.

De igual manera, reconocemos la implicación y apoyo de los responsables políticos de las consejerías de sanidad y de servicios sociales de las comunidades autónomas, cuya contribución ha sido clave para la identificación de retos y la búsqueda de soluciones que mejoren la atención a la salud mental de las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo.

Por último, queremos resaltar especialmente la labor de Inés Guerrero y Amalia San Román, quienes, desde la Confederación Plena inclusión España, han coordinado este proyecto con gran dedicación, asegurando su desarrollo y contribuyendo significativamente a su éxito.



✓ POR SOLIDARIDAD
OTROS FINES DE INTERÉS SOCIAL

