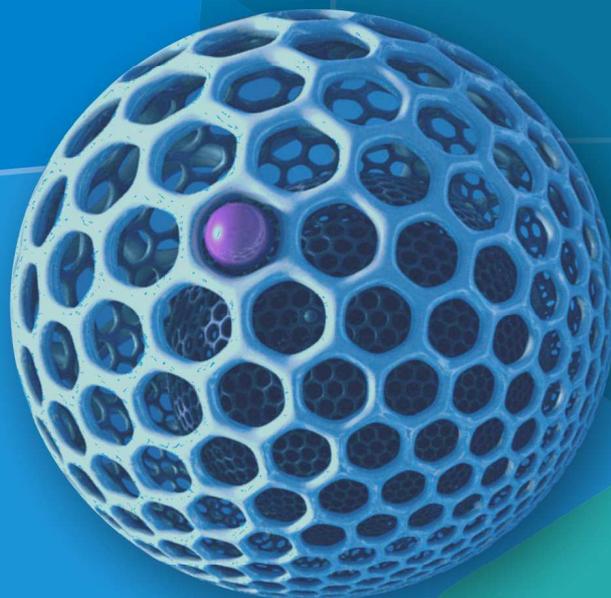


DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SALUD MENTAL: TRABAJO EN RED



Guía para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento





DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SALUD MENTAL: TRABAJO EN RED
Guía para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo
y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento.

Consejería de Salud
Consejería de Igualdad y Políticas Sociales

Coordinación.

Cobo Molina, Catalina. (Dirección General de Personas con Discapacidad)

Comité técnico asesor

Álvarez Pérez, Rosa M^a (Federación Autismo Andalucía)
Fernández Regidor, Gonzalo (Programa Salud Mental)
González Aguilar, Juan Antonio (APROSUB)
Jiménez Calvo, Daniel (ASSDA)
Masegoza Palma, Manuel (Asociación para PDI Paz y Bien)
Montes Lérída, Israel (Fundación Tutelar TAU)
Orozco Ramírez, Remedios (PLENA INCLUSIÓN Andalucía)
Rojo Villalba, Matilde (Programa Salud Mental)
Romero Lemos, M^a Dolores (SAMU)
Sené Aliaga, Marta (Federación Síndrome DOWN)
Serrano Muñoz, Sebastián (Salud Mental. USMC Sur)

Otras colaboraciones expertas.

Calatrava González, M^a Ángeles (Consejería de Educación)
Cámara Jiménez, Isabel (Secretaría General de Servicios Sociales Comunitarios)
Fernández López, Eva (SAMU)
Gordillo García, José Luis (Asociación para PDI Paz y bien)
Gutiérrez Rivas, M^a José (Servicio de Protección de Menores)
León Maqueda, Antonio (Salud Mental. USMIJ H.V. Macarena)
López Pardo, Andrés (FAISEM)
Lozano Cantos, Marta (ASSDA)
Márquez Peinado, Isabel (Federación ASPACE Andalucía)
Núñez García, Reyes (SGSS. Drogodependencias)
Parrillo Hidalgo, Rubén (Asociación ASAS)
Prieto Díaz, Inmaculada (Consejería de Educación)
Sánchez García, Lourdes (Salud Mental. UGCSM. AGS Sur de Sevilla.)
Solís Cuadrado, Ana (SAMU)



<http://www.redsaludandalucia.es/>



Esta obra está bajo licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Índice

Presentación

Introducción

1. Diagnóstico de la situación **3**

2. Objetivos **7**

3. Población destinataria **9**

4. Agentes implicados **11**

5. Líneas de acción **13**

Ámbito sanitario: **14**

Atención Primaria **16**

Urgencias Hospital General **17**

Salud Mental **18**

Atención Infantil Temprana y Entidades Prestadoras de Servicios **20**

Ámbito social: **21**

Servicios Residenciales y de Estancia Diurna **21**

Centros para Personas con Discapacidad y Graves Trastornos de Conducta **28**

6. Coordinación **27**

Comisión Técnica Asistencial **28**

Comisión Autónoma **29**

7. Formación **31**

8. Evaluación y seguimiento **35**

Anexos **39**

Marco normativo **41**

Normativa de ámbito nacional **41**

Normativa de ámbito autonómico **42**

Descripción de los Agentes Implicados en la Atención a las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo **45**

Ámbito social	45
1. Servicios Sociales Comunitarios	45
2. Servicios Sociales Especializados	45
3. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía	47
4. Entidades Prestadoras de Servicios	48
5. Entidades Tutelares	48
6. Red de Atención a las Drogodependencias de Andalucía	50
7. Servicio de Protección al Menor	50
8. Programas de tratamiento a familias con menores en situación de riesgo o desprotección	51
9. Fundación Pública Andaluza para la integración Social de Personas con Enfermedad Mental	51
Ámbito sanitario	52
Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC)	52
Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM)	52
Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J)	52
Unidad de Rehabilitación de Salud Mental	53
Hospital de Día de Salud Mental	53
Comunidad Terapéutica de Salud Mental	53
Ámbito educativo	53
Ámbito Judicial	55
Fiscalía especialista en personas con discapacidad	55
Cumplimiento de medidas privativas de libertad en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios	55
Justicia Juvenil	56
Redes de recursos	57
Glosario de términos	59
Abreviaturas	61
Bibliografía	63

Presentación

Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que tienen una enfermedad mental son un colectivo especialmente vulnerable, que puede sufrir discriminación múltiple, y cuya atención plantea una mayor complejidad ya que al problema de salud mental hay que añadir la dificultad de comunicación.

La complejidad del abordaje de esta patología requiere del trabajo conjunto y simultáneo de todos los ámbitos de atención implicados: sanitario, social, y dentro de éste, los servicios residenciales, y han de hacerlo fundamentalmente en la prevención y la detección precoz con el fin de lograr el mejor pronóstico de la enfermedad. Por ello, todos estos ámbitos han estado representados en la elaboración de esta guía: el Servicio Andaluz de Salud (SAS), el Sistema Público de Servicios Sociales, los centros residenciales, tanto públicos como concertados, y el movimiento asociativo que representa a las personas con discapacidad intelectual y sus familias o representantes legales, así como de educación y justicia.

La participación de todos ellos ha supuesto mucho más que la elaboración de esta guía, ha posibilitado el conocimiento mutuo de los recursos de los que dispone cada sector, las dificultades con las que se encuentran y, con ese conocimiento de la realidad, qué puede aportar cada uno en el abordaje conjunto de los problemas que tienen las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental.

La actitud abierta de los miembros del grupo de trabajo, independientemente del ámbito al que pertenecen, la comprensión de las necesidades y limitaciones del otro, ha hecho posible el consenso sobre el contenido de esta guía que, como su nombre indica, pretende ser un instrumento útil para los profesionales que trabajan con este colectivo, también para las propias personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y enfermedad mental, sus familiares y tutores, para que conozcan el itinerario a seguir en el sistema sanitario y social, y los recursos de los que se dispone para la atención a estas personas.

Una necesidad, manifestada por todos los miembros del grupo de trabajo, es la formación de los y las profesionales del Sistema Sanitario en contenidos específicos sobre discapacidad intelectual, las dificultades de su abordaje y las propuestas para afrontar los problemas de comunicación. Por ello, el SAS junto con profesionales de los servicios sociales y centros residenciales, y con la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública, ha realizado varias ediciones del curso sobre “Atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental” dirigido a personal facultativo del SAS (psiquiatría y psicología clínica). El paso siguiente será la incorporación al mismo de profesionales de los servicios sociales y de los centros residenciales, con lo que se alcanzará así uno de los objetivos más demandados: la formación conjunta de profesionales de los distintos ámbitos que atienden a la misma población, formación que deberá tener continuidad en los próximos años, ya que la atención a la discapacidad intelectual está contemplada en el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020.

Esperamos que esta guía, un exponente de la necesaria coordinación intersectorial, sea un instrumento que sirva para mejorar la atención a las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental, facilite la tarea de las y los profesionales, y aporte información sobre sus derechos a las personas que tienen estos problemas y a que quienes las tutelan.

Por último, reiteramos nuestro agradecimiento a los miembros del grupo de trabajo cuya dedicación, más allá de su jornada laboral, ha hecho posible la edición de esta guía.



Introducción

Esta guía de trabajo en red para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento, es fruto de las aportaciones y el consenso de un grupo de profesionales con amplia experiencia e implicación en la atención a estas personas en cada uno sus ámbitos de actuación (sectores sanitario, social, educativo y movimiento asociativo...). Contiene una visión compartida de estos y estas profesionales desde los distintos ámbitos de actuación, instituciones públicas y privadas.

Esta guía procura, por una parte, evitar el aislamiento entre servicios fomentando la coordinación intersectorial y su finalidad es que todos los agentes intervinientes en la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento entiendan y participen de una estrategia de calidad de atención compartida, integrada y centrada en la persona y que permita:

- ◆ Habilitar a los distintos agentes implicados para atender y dar respuesta a las necesidades sociales, sanitarias, educativas o todas a la vez de estas personas, compartiendo con ellas o con sus familias, la toma de decisiones que permitan elaborar los correspondientes planes de intervención.
- ◆ Desarrollar intervenciones por equipos interdisciplinares y coordinados intersectorialmente con el objetivo común de que las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento y sus familias se encuentren en el centro de la atención, consiguiendo una adecuada continuidad asistencial y superando modelos en los que las actuaciones se realizaban en compartimentos estancos.
- ◆ Implicar a todas las partes en la misión de la guía promoviendo la participación en la transformación del modelo de atención social, sanitario y educativo para que a través de la coordinación y cooperación se garantice una atención integrada y centrada en la persona, capaz de dar respuesta a sus necesidades.

Además, la guía define el itinerario compartido de trabajo entre los diferentes recursos tanto públicos como privados, sociales, sanitarios y educativos. En definitiva, es una herramienta de trabajo y como tal, está abierta a la incorporación de nuevas propuestas de mejora que puedan ir surgiendo en su implementación.



1. Diagnóstico de la situación

Toda la población es potencialmente susceptible de padecer trastornos de salud mental y/o alteraciones significativas en la conducta. Dada la vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, estos trastornos les afectan con mayor incidencia, una de cada tres personas con discapacidad intelectual presenta en algún momento de sus vidas estas alteraciones.

La gran variedad de factores bio-psicosociales y educativos que pueden desencadenar la manifestación de trastornos mentales y/o alteraciones en la conducta de estas personas, hace necesario desplegar una amplia variedad de diagnósticos, tratamientos y servicios de apoyo que cubran y adapten sus necesidades y posibiliten la gestión adecuada de esta realidad; es decir, se deben contemplar unos servicios básicos y de apoyo que permitan realizar:

- ◆ Prevención, detección e identificación.
- ◆ Evaluación y diagnóstico experto multimodal e integral.
- ◆ Diseño de planes de intervención y tratamiento adecuados y especializados.
- ◆ Valoración y seguimiento integral.

Para ello, es necesario establecer una correcta coordinación entre todos los agentes implicados y elaborar un procedimiento que delimite las diferentes actuaciones y coordinaciones intersectoriales e interdepartamentales correspondientes para garantizar una atención especializada y específica de calidad a esta población.

Esta situación refleja importantes aspectos a mejorar:

- ◆ un porcentaje significativo de estas personas no recibe un diagnóstico ajustado; una gran parte de las y los profesionales sanitarios no tienen formación específica o actualizada sobre esta doble condición;
- ◆ los servicios públicos y privados involucrados en su asistencia encuentran importantes dificultades para la coordinación y acción conjunta;
- ◆ los casos especialmente complejos son derivados de uno a otro servicio sin encontrar una respuesta suficiente ni adaptada a sus necesidades concretas;
- ◆ en ocasiones, entre asociaciones prestadoras de servicios, profesionales y administración pública que financia los servicios, surgen opiniones no coincidentes sobre la conveniencia y utilidad de crear recursos específicos.

Todo ello genera en estas personas y en sus familias una situación de desamparo, estrés y profundo malestar emocional, al mismo tiempo que merma considerablemente las oportunidades de asegurar y mejorar su calidad de vida, de integrarse mejor en la sociedad y de potenciar sus capacidades. Estas personas y sus familias han estado sometidas (y siguen estándolo) a situaciones de discriminación por la falta de apoyos, recursos y conocimiento para atenderlas correctamente.

Para abordar estas dificultades y mejorar la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento, las Consejerías de Igualdad y Políticas Sociales y la de Salud han impulsado distintas iniciativas que intentan corregir algunos de estos problemas, entre ellas:

Propuestas para la mejora de la atención de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y problemas de salud mental.

Formalización del protocolo general de colaboración entre la anterior Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y la Consejería de Justicia e Interior de la Junta de Andalucía, la Federación Andaluza de Municipios y Provincias, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, la Fiscalía de la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Defensor del Pueblo Andaluz y el Comité de Entidades Representantes de Personas con discapacidad (CERMI), para la mejora de la coordinación y atención a personas discapacidad en situaciones de dificultad y apoyo de las mismas en los procesos de incapacitación.

Creación de un grupo de trabajo interdisciplinar para la elaboración de este documento, llamado “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”.

En España la atención sanitaria y social a estas personas ha experimentado cambios importantes en los últimos decenios, cambios que se han implantado de manera significativamente diferente entre las distintas Comunidades Autónomas.

Así, solo en un escaso número de Comunidades Autónomas, entre ellas Andalucía, se cerraron realmente los Hospitales Psiquiátricos Públicos. En estas instituciones asilares se recluía a muchas personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento, habitualmente con pocos recursos.

Por otra parte, la atención sanitaria especializada, en el ámbito de la salud mental, no da una respuesta satisfactoria a las necesidades de estas personas. Fruto de esta situación, en el ámbito de los Servicios Sociales, se ha desarrollado un sector privado (en gran parte derivado de los movimientos asociativos de familiares) que mediante acuerdos con las administraciones y sostenidos con financiación pública y privada, ofertan modelos diversos de atención a la salud mental, en general dentro de sectores no sanitarios, generando distorsiones “profesionales”:

- ◆ En el sector sanitario, el desconocimiento o infravaloración de los problemas psíquicos que afectan a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento y la tendencia a rechazar su atención (efecto eclipse o morbilidad oculta de la discapacidad).
- ◆ En el sector social, la equiparación de los problemas de conducta con enfermedades mentales que deben ser atendidas en el sistema sanitario y la tendencia a transferir la atención de personas “difíciles” al mismo o al sector social especializado en trastorno mental grave.
- ◆ Y en ambos sectores, la confusión diagnóstica entre distintos tipos de problemas, a veces por la escasa formación específica pero también por un cierto “oportunismo bienintencionado” (derivar la atención a una u otra red modificando el diagnóstico, sobre todo a la hora de acceder a recursos residenciales públicos y determinadas prestaciones).

Pese a las dificultades para determinar la prevalencia de problemas de salud mental en estas personas, y consecuentemente la ausencia de datos científicos rigurosos, en la actualidad se acepta que suele tratarse de las personas probablemente más vulnerables a la manifestación de los mismos.

Según la siguiente tabla, en Andalucía existen 63.492 personas con discapacidad intelectual con más de un 33% en el grado de discapacidad.

Tabla 1. PERSONAS ADULTAS DID. ANDALUCÍA. ENERO 2016

PROVINCIA	HOMBRE	MUJER	TOTAL	% POBLACIÓN
ALMERÍA	2.092	1.520	3.612	5,15‰
CÁDIZ	5.309	3.859	9.168	7,39‰
CÓRDOBA	4.347	3.286	7.633	9,59‰
GRANADA	4.116	3.072	7.188	7,84‰
HUELVA	2.775	2.113	4.888	9,40‰
JAÉN	2.210	1.659	3.869	5,91‰
MÁLAGA	5.921	4.254	10.175	6,25‰
SEVILLA	9.856	7.103	16.959	8,74‰
ANDALUCÍA	36.626	26.866	63.492	7,56‰
% POBLACIÓN/SEXO	8,84‰	6,31‰		

(Fuente: Base de Datos Centros de Valoración y Orientación (CVO).Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Enero 2016).

Conforme a datos internacionales, puede estimarse que en Andalucía existen 25.200 personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones del comportamiento que presentan enfermedad mental en algún grado. Las necesidades de atención a estas personas se diferencian en distintos grupos que podrán ser destinatarios de esta guía:

- ◆ Personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento con distintos niveles de funcionamiento cognitivo, que tienen básicamente necesidades de atención social y laboral, con atención sanitaria puntual.
- ◆ Personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y trastornos graves de conducta que necesitan entornos residenciales y ocupacionales más especializados, con eventual soporte sanitario externo (salud mental).
- ◆ Personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y distintos tipos de trastornos mentales que necesitan atención sanitaria especializada en salud mental.
- ◆ Personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento con necesidad de intervenciones más complejas y prolongadas que pudieran necesitar algún tipo de programa más específico, basado en la cooperación de las distintas redes sociales y sanitarias. Además, en frecuentes ocasiones podrán requerir de los servicios de drogodependencias.

En la actualidad, los servicios asistenciales y el acceso a los mismos están fragmentados y diferenciados en función del dispositivo desde el que se presta la atención y no de las necesidades de la persona, lo que en ocasiones puede generar situaciones de inequidad.



2. Objetivos

El objetivo general de esta guía es establecer cauces de coordinación, colaboración y conocimiento mutuo entre las distintas redes profesionales que intervienen en la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento, para ofrecer una atención eficaz y eficiente que cubra las necesidades de estas personas y las de sus familias.

Otros objetivos que pretende alcanzar son:

- ◆ fomentar el conocimiento recíproco entre los distintos agentes implicados y establecer cauces para compartir información y conocimiento sobre las personas afectadas y sus situaciones,
- ◆ establecer canales para mejorar la coordinación interprofesional e interinstitucional, evitando pérdidas de eficiencia en el abordaje de los casos,
- ◆ potenciar el diseño de procesos que establezcan las diferentes responsabilidades y faciliten las derivaciones entre todos los estamentos implicados,
- ◆ favorecer la formación y actualización de conocimientos de las y los profesionales implicados,
- ◆ promover la oferta de cursos específicos y el uso de las tecnologías de la información y comunicación.

Alcanzar los objetivos propuestos en esta guía está en relación directa con el nivel de competencia de sus recursos humanos, ya que son las principales herramientas de diagnóstico, de comunicación y recuperación, competencias que solo pueden adquirirse mediante un entrenamiento específico.



3. Población destinataria

Esta guía pretende ser una herramienta útil a cualquier profesional para que, desde las distintas organizaciones y entidades con carácter público o privado de Andalucía, pueda desarrollar una práctica profesional de calidad para la atención a personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y que presenten alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento en algún momento de su vida.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) de la Organización Mundial de la Salud incluye en este colectivo a todas las personas con los diagnósticos:

- ◆ F7x.1 Retraso mental con deterioro del comportamiento importante que requiere atención o tratamiento,
 - ◆ F84.x Trastornos generalizados del desarrollo y otro(s)
 - ◆ Fxx.x Trastornos mentales y del comportamiento
- 



4. Agentes implicados

En este apartado se enumeran los agentes implicados en la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento y que tienen competencias en relación a los objetivos establecidos en esta guía. Se agrupan en función del ámbito de intervención profesional: social, sanitario, educativo y judicial.

Con esta información se mejorará el conocimiento mutuo entre las distintas redes profesionales que atienden este colectivo, sentando las bases para un modelo de trabajo en red que garantice una atención integral y centrada en la persona.

En el apartado de recursos del anexo se realiza una breve descripción de las funciones de cada uno de los agentes, incluyendo información sobre la red de recursos existentes en Andalucía para la atención a este colectivo.

Ámbito Social

- ◆ Servicios Sociales Comunitarios (SS.SS.CC.).
- ◆ Servicios Sociales Especializados (SS.SS.EE.).
 - ◆ Centros de Valoración y Orientación (CVO).
 - ◆ Servicios residenciales y de atención diurna para personas con discapacidad adultas
 - ◆ Servicio de Protección al Menor. Programa de Tratamiento a Familias con Menores.
- ◆ Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA).
- ◆ Entidades Tutelares.
- ◆ Red de Atención a las drogodependencias de Andalucía.
- ◆ Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)

Ámbito Sanitario

- ◆ Atención Primaria.
- ◆ Red de Salud Mental
- ◆ Atención Temprana y Entidades prestadoras de servicios.

Ámbito Educativo

Se estructura por modalidades de escolarización en:

- ◆ grupo ordinario a tiempo completo;

- ◆ grupo ordinario con apoyos en periodos variables;
- ◆ aulas de educación especial en centros ordinarios;
- ◆ centros de educación especial.

Ámbito Judicial

- ◆ Fiscalía.
- ◆ Cumplimiento de medidas privativas de libertad en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios.
- ◆ Justicia Juvenil.

5. Líneas de acción

Uno de los objetivos de esta guía es establecer una adecuada coordinación en el recorrido por el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y con sospecha de presentar un trastorno mental en condiciones de igualdad, de tal forma que se garantice su accesibilidad, su seguimiento y tratamiento y se evite la pérdida de casos o abandonos. Para ello es fundamental realizar una detección adecuada de síntomas que sugieran la presencia de patología mental.

Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo pueden presentar un mayor riesgo de tener un trastorno mental por:

- Antecedentes de trastorno mental grave en familiares directos.
- Víctimas de maltrato por abuso o negligencia.
- Consumo abusivo o perjudicial de sustancias.

La sospecha de padecer un trastorno mental en estas personas puede emerger no solo desde los servicios sanitarios sino también desde los diferentes ámbitos en los que son atendidas en algún momento de su ciclo vital:

- ◆ La familia.
- ◆ Los servicios sociales (SS.SS.).
- ◆ El ámbito educativo.
- ◆ El ámbito judicial o policial.
- ◆ Los centros de internamiento de Menores Infractores
- ◆ Los centros penitenciarios

Ante la sospecha de que una persona con discapacidad intelectual o del desarrollo pueda presentar un trastorno mental, ésta debería ser remitida a su centro de salud de atención primaria para su evaluación, siendo este el primer nivel de atención y la puerta de entrada al SSPA.

En determinadas ocasiones, ante los síntomas que presentan estas personas pueden requerir de la intervención de los servicios de urgencias; en estos casos, desde estos servicios de urgencias, que también pueden ser la puerta de entrada al sistema sanitario, dependiendo de los casos, pueden ser derivadas a su centro de salud para seguimiento desde atención primaria; a su unidad de salud mental comunitaria, para su atención especializada en salud mental, o, si fuera necesario, ser ingresadas en las unidades de hospitalización de salud mental (UHSM).

La elaboración de censos de personas usuarias atendidas con discapacidad intelectual en las diferentes unidades de salud mental comunitaria ayudará a la adecuada identificación de la población atendida y contribuiría a minimizar las pérdidas de casos o abandonos.

Ámbito sanitario

El SSPA dispone de una red de servicios asistenciales integrados y organizados para garantizar la atención a la salud en general, así como la atención a la salud mental. Ésta se organiza funcionalmente en los niveles de atención primaria y atención especializada.

Conforme al Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud, ésta es el primer nivel de acceso ordinario de la población al SSPA y se caracteriza por prestar atención integral a la salud. Los distritos de atención primaria desarrollan programas que integran actividades de promoción de la salud mental, tanto de carácter preventivo como curativo y rehabilitador así como programas para la educación sanitaria y la vigilancia sanitaria del medio ambiente. Además, realizarán con carácter intersectorial actividades coordinadas con otras instituciones de carácter social. En relación a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y enfermedad mental y/o trastornos graves del comportamiento las funciones de los centros de atención primaria, son las siguientes:

- ◆ Establecer el primer contacto con estas personas.
- ◆ Valorar y definir las estrategias de intervención, teniendo en cuenta el enfoque de género.
- ◆ Prestar atención sanitaria en los casos que no requieran atención especializada.
- ◆ Derivar al nivel especializado de atención a la salud mental, en los casos que sea necesario.
- ◆ Identificar la necesidad de apoyo social, facilitando el acceso a los servicios comunitarios.
- ◆ Colaborar con los dispositivos de atención especializada a la salud mental en el seguimiento de personas con trastorno mental grave.

Según el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud, la atención a la salud mental en los centros de atención primaria se desarrollará por profesionales que están adscritos a los mismos.

El segundo nivel de atención es la atención especializada, entre ella la salud mental, que atiende todos los problemas de salud mental de la población andaluza, incluyendo los de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento. La atención especializada de salud mental se organiza a través de diferentes tipos de dispositivos (Unidades de Salud Mental Comunitaria, Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, Unidades de Hospitalización, Hospitales de Día, Unidades de Rehabilitación y Comunidades Terapéuticas). Estos dispositivos están integrados en las áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria, siendo el dispositivo básico la unidad de salud mental comunitaria (USMC).

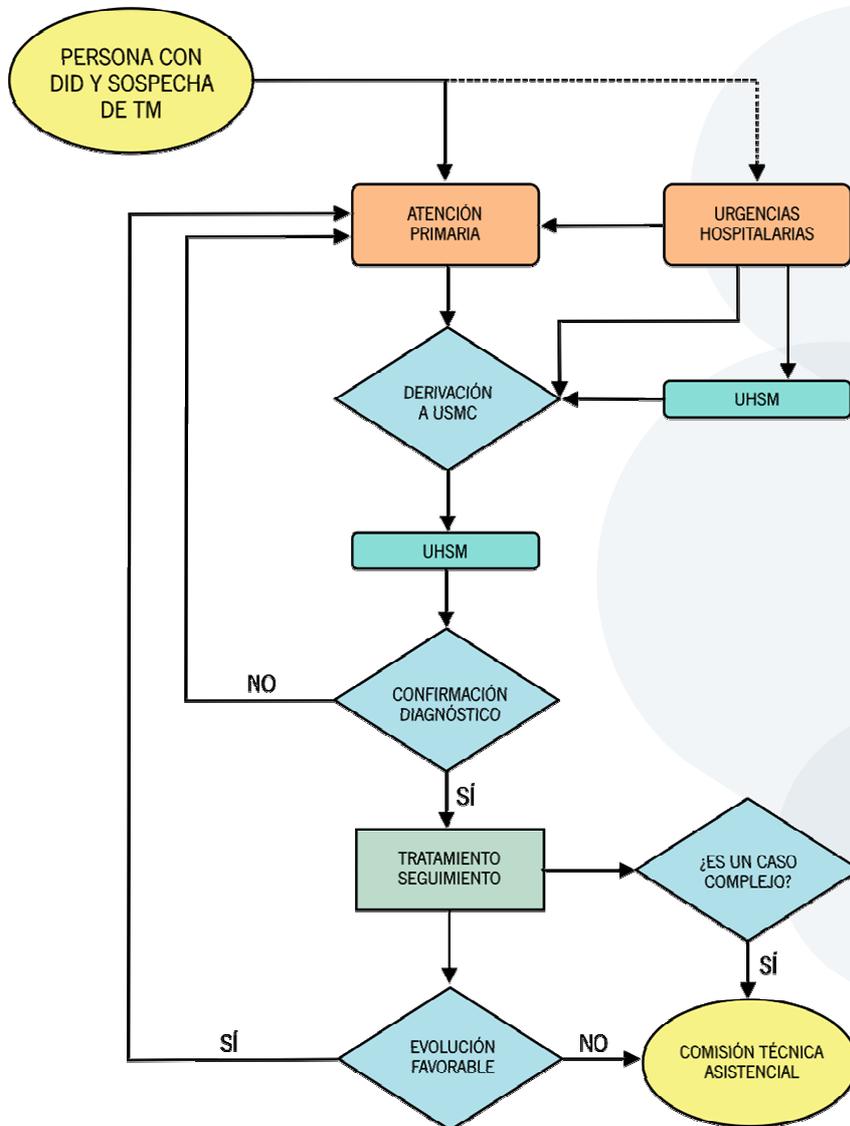
En función de la gravedad, edad y necesidades asistenciales específicas de cada caso, se atenderán en uno u otro dispositivo de la red sanitaria, desde la atención primaria en su centro de salud, a la atención especializada en los dispositivos de salud mental de su ámbito de influencia, actuando de manera coordinada para garantizar la continuidad asistencial.

La incidencia y la prevalencia de la discapacidad intelectual o del desarrollo con problemas de salud mental, actualmente, no justifican la creación de unidades estructurales específicas para la atención a este colectivo con carácter exclusivo. No obstante, las Consejerías de Igualdad y Políticas Sociales y la de Salud así como los distintos agentes (públicos y privados) implicados consideran que la atención a este colectivo es compleja y que por tanto es fundamental abordarla desde una perspectiva

multidisciplinar, en la que es imprescindible garantizar la continuidad de cuidados y la coordinación entre profesionales en los distintos niveles de intervención.

La experiencia acumulada en los años transcurridos pone de manifiesto la necesidad de que las intervenciones a estas personas se efectúen con un enfoque comunitario y sociosanitario, que permitan profundizar en la atención comunitaria a la salud mental y garantizar la continuidad asistencial, evitando la fragmentación de la atención. Por tanto, deben desarrollarse estrategias y actividades regladas de colaboración entre atención primaria y atención especializada.

Itinerario sanitario para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento y sospecha de enfermedad mental



Atención Primaria

Como se ha indicado anteriormente, el primer nivel de atención es la atención primaria de salud en los centros de salud de referencia.

Si el médico de familia sospecha que la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo puede tener un trastorno mental, le realizará una primera evaluación teniendo en cuenta la posible presencia de criterios que puedan hacer sospechar la existencia de éste:

- ◆ Fenotipo conductual con alta prevalencia de trastorno mental (TM)
- ◆ Expulsión de recurso normalizado y/o institucionalización.
- ◆ Aparición de importantes trastornos de conducta (TC).
- ◆ Aparición episódica de los TC.
- ◆ Análisis funcional de conducta que orienta a la existencia de un TM.
- ◆ Inestabilidad emocional independiente de los TC.
- ◆ Comportamientos significativos que no pueden ser explicados por la dinámica familiar.
- ◆ Frecuentes consultas a urgencias.
- ◆ Prescripción de psicofármacos sin un diagnóstico psiquiátrico.

Asimismo, deberá descartar la presencia de factores orgánicos que estén condicionando la presencia de los síntomas y, en su caso, tomar las medidas necesarias para su abordaje. Como resultado de esta evaluación se pueden dar las siguientes situaciones:

- ◆ No se detecta patología mental. En este caso, en función de la demanda de atención, es recomendable establecer un periodo de seguimiento con el fin de descartar de forma segura la patología mental o en su caso detectar de forma precoz la aparición de nuevos síntomas sugestivos de trastorno mental.
- ◆ Presenta un trastorno mental leve. En este ámbito de atención primaria se abordan problemas de salud mental leves y/o transitorios. El facultativo o la facultativa de atención primaria valorará la necesidad de recibir asesoramiento por parte de profesionales de salud mental, solicitándolo en caso de ser necesario. Por otra parte valorará si es necesaria la participación de otros u otras profesionales del centro de salud, como enfermería o trabajo social y especificará las pautas terapéuticas a seguir para asegurar la continuidad asistencial. En caso de que el o la paciente no evolucione de forma favorable debe plantear su derivación a la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC).
- ◆ Presenta un trastorno mental que requiere atención especializada. En este caso debe derivarse a la USMC de referencia. La derivación irá acompañada de un informe especificando los motivos de ésta y las circunstancias que la justifican. Si la demanda de intervención viniera dada por agentes que atienden a la persona usuaria en diferentes instituciones se debería adjuntar informe de estas en el que se argumente la sospecha y necesidad de intervención.

Urgencias Hospital General

Tras el triaje y priorización de la demanda, en el servicio de urgencias del hospital general y ante la sospecha de que la persona con discapacidad intelectual y del desarrollo, además pueda tener un trastorno mental, se le asignará a un/a facultativo/a del área de urgencias, quien intervendrá y hará una primera evaluación y valoración de riesgos, con la finalidad de tomar las medidas adecuadas para garantizar la seguridad del o de la paciente, para lo que si fuese necesario contactará con la unidad de hospitalización de salud mental (UHSM) o, en turno de tarde con el o la psiquiatra de guardia.

Para los casos que el hospital no cuente con un/a psiquiatra de guardia y el o la paciente precise una atención especializada en salud mental, el facultativo responsable del área de urgencias del hospital general contactará con la USMC de referencia si el caso se produce en horario de mañana; si se produce fuera de este horario, contactará con el o la psiquiatra de guardia de la UHSM del área de influencia para su derivación y coordinación, en su caso, del ingreso en la UHSM correspondiente.

La evaluación se realizará teniendo en cuenta la sintomatología, identificando, en su caso, la presencia de criterios que puedan hacer sospechar la existencia de un trastorno mental.

Se descartará la presencia de factores orgánicos que estén condicionando la presencia de los síntomas y se tomarán las medidas necesarias para su abordaje. Una vez descartados los factores somáticos, como resultado de la evaluación en el área de urgencias se pueden dar las siguientes situaciones:

- ◆ No se detecta patología mental ni se requieren intervenciones específicas. En este caso se procederá a su alta del servicio de urgencias y se remitirá a atención primaria para que se haga un seguimiento por el médico o la médica de su centro de salud.
- ◆ Se detecta sintomatología leve o moderada que puede ser abordada en el área de urgencias y responde de forma satisfactoria a las intervenciones realizadas. En este otro caso igualmente se procederá a su alta del servicio de urgencias, remitiéndose a atención primaria con un informe de asistencia en el que se especifiquen de forma clara las intervenciones terapéuticas realizadas así como las pautas terapéuticas a seguir e instrucciones al paciente, familiares y/o cuidadores. Desde Atención Primaria y en función de la clínica que presente el o la paciente se derivará a salud mental o se le hará su seguimiento en su propio centro de salud.
- ◆ Presenta una sintomatología que requiere atención especializada de salud mental. En este caso, el facultativo del servicio de urgencias del hospital general derivará el caso al psiquiatra de guardia; éste valorará y tratará al paciente, considerando su situación clínica, factores de riesgo e información de terceras personas. Como resultado de esta evaluación y de las posibles intervenciones llevadas a cabo se procederá al alta del o la paciente del servicio de urgencias pudiendo:
 - ◆ Derivarlo a la USMC para continuar allí su atención.
 - ◆ Ingresarlo en la UHSM.

En todos estos casos el o la psiquiatra de guardia realizará informe de alta en el que se especifique, de forma detallada y clara, resumen de la evaluación e intervenciones realizadas y pautas a seguir, así como instrucciones al paciente, familiares y/o personas que asuman sus cuidados. Durante todo el proceso de atención en el área de urgencias se garantizará la seguridad del o la paciente y el mantenimiento de cuidados, así como a su alta la continuidad asistencial.

Salud Mental

La atención especializada a las personas con problemas de salud mental se organiza a través de diferentes tipos de dispositivos de salud mental integrados en las áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria correspondientes, siendo el dispositivo básico sobre el cual se organiza la atención especializada la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC). A este dispositivo se accede a través de las derivaciones realizadas desde atención primaria, primer nivel de atención de la persona usuaria.

En función de la gravedad, edad y necesidades asistenciales específicas de cada caso, a las personas usuarias del SSPA, entre ellas, las personas con discapacidad intelectual que presentan trastornos mentales en algún momento de su vida, se atenderán en uno u otro dispositivo de la red sanitaria, desde la atención primaria en su centro de salud, a la atención especializada en los dispositivos de salud mental de su ámbito de influencia, actuando de manera coordinada para garantizar la continuidad asistencial.

En la actualidad, el SSPA cuenta con los siguientes dispositivos de atención a la salud mental, integrados en las unidades de gestión clínica de salud mental (UGCSM) en cada una de las áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria correspondientes:

- ◆ 78 Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)
- ◆ 14 Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) (hasta los 18 años y con tres espacios terapéuticos: consultas ambulatorias, hospital de día y hospitalización completa, preferentemente en Pediatría)
- ◆ 20 Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM) de corta estancia
- ◆ 16 Hospitales de Día de Salud Mental (HDSM)
- ◆ 9 Unidades de Rehabilitación de Salud Mental (URSM)
- ◆ 15 Comunidades Terapéuticas de Salud Mental (CTSM) de media y larga estancia

Los diferentes dispositivos de salud mental tienen carácter multidisciplinar y están compuestos por profesionales de distintas disciplinas: psiquiatría, psicología clínica, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, auxiliar de enfermería, monitores y otro personal estatutario de gestión y servicios; profesionales que en sus diferentes ámbitos y parcelas de intervención deben tener las competencias necesarias para prestar una atención integral, desde una perspectiva bio-psico-social, a las personas con trastorno mental y, entre ellas, a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento.

Desde la USMC se establecen los diferentes planes terapéuticos según el tipo de trastorno mental y circunstancias que presente la persona usuaria. En caso de requerir una atención más especializada, y con la finalidad de desarrollar el plan terapéutico establecido por todo el recorrido de la persona y garantizar la continuidad asistencial, la USMC coordinará la derivación a uno de los dispositivos asistenciales de la red de salud mental en el ámbito de su Unidad de Gestión Clínica o Área Hospitalaria de referencia.

Si el o la paciente ha requerido hospitalización en salud mental, en el momento del alta y al objeto de garantizar la continuidad asistencial y de los cuidados de enfermería, se informará de la misma a la USMC correspondiente. En caso de ser necesaria la derivación a otros dispositivos asistenciales de salud mental para desarrollar los planes de tratamiento establecidos, ésta se realizará también en coordinación con la USMC.

Además de la coordinación con los dispositivos sanitarios de salud mental, otra de las competencias de la USMC es la coordinación con aquellos otros recursos en los que está siendo atendida la persona o que contribuyan a la mejor atención de ésta, con el objetivo de fomentar y apoyar su integración social. En este sentido cabe reseñar la coordinación con la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM), en el caso de personas sin discapacidad intelectual.

En cada USMC existirá un profesional referente para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento que sirva de interlocutor entre ésta y las distintas instituciones ocupacionales o residenciales donde son atendidas estas personas.

Como cualquier persona usuaria de los servicios de salud mental, cuando una persona con discapacidad intelectual o del desarrollo es derivada a la USMC se le asignará un/a facultativo/a responsable del caso, quien realizará una evaluación clínica completa que contemple, además de la anamnesis y exploración, el nivel de funcionamiento previo, los antecedentes personales y familiares, la situación socioeconómica, su capacitación y los recursos que utiliza. Asimismo contemplará la información que sea relevante a nivel clínico y terapéutico de agentes que estén trabajando con esta persona.

Tras la evaluación y valoración del caso se confirmará o no la existencia de un trastorno mental. Si se descarta la existencia de un trastorno mental, se realizará un informe de asistencia en el que se argumente esta conclusión. En caso de confirmarse la existencia del mismo, los diagnósticos confirmados se codificarán adecuadamente según los sistemas de clasificación estandarizados. En este último caso el o la profesional responsable del caso:

- ◆ Diseñará el plan terapéutico que contemple, según corresponda, intervenciones multidisciplinares.
- ◆ Establecerá las medidas terapéuticas oportunas según la patología que presente. En aquellos casos en que las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento que estén siendo atendidas en dispositivos específicos residenciales, se asegurará la coordinación con los y las profesionales de los mismos con vistas a implementar este programa terapéutico. Para ello, la persona referente de la USMC adoptará las medidas necesarias (visitas a los centros, comunicación telefónica, uso de las TIC, etc.).
- ◆ Las medidas terapéuticas se transmitirán por escrito, de forma clara y adaptada a las posibilidades de la persona usuaria y sus familiares, así como a las personas responsables en las instituciones donde se está atendiendo (unidades de día, centros de reforma...) respetando la confidencialidad y sus derechos según la Ley de Autonomía del paciente.
- ◆ El o la responsable del caso evaluará la necesidad de coordinarse con otros dispositivos sanitarios de apoyo y, en su caso, realizar la derivación a estos.
- ◆ Los ingresos en unidades de hospitalización de salud mental, preferentemente se harán programados y se gestionarán por el o la responsable del caso en la USMC, clarificando los objetivos del mismo. De producirse por vía urgente se notificará a la USMC. En caso de que la persona esté siendo atendida en centros residenciales específicos se garantizará la coordinación

con estos dispositivos. Al alta se remitirá al paciente a la USMC, asegurando siempre la continuidad asistencial.

- ◆ La USMC apoyará y se coordinará con los dispositivos de atención diurna, ocupacionales y residenciales de su ámbito geográfico de actuación.
- ◆ En las USMC se tendrán en cuenta las posibles situaciones de riesgo y de vulnerabilidad de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento para tomar las medidas necesarias y minimizar el impacto de éstas:
 - ◆ En caso de detectar una comorbilidad con dependencia a sustancias, la USMC coordinará su derivación al Centro de Tratamiento de Adicciones (CTA).
 - ◆ Tanto para el abordaje de necesidades ocupacionales como residenciales, sobre todo en los casos detectados en los servicios de salud mental y que presenten graves trastornos y no reciban atención por los servicios sociales (SS.SS.) o se considere que es necesaria la revisión de su situación previa, la USMC coordinará la derivación con los SS.SS. priorizando su evaluación en este sentido.
 - ◆ Coordinación con agentes judiciales en caso de detección de una situación de vulnerabilidad por la ausencia de competencia, por la discapacidad intelectual que presente o por el trastorno mental.

En caso de que con las medidas terapéuticas llevadas a cabo se resuelva el trastorno mental, se procederá a su alta de la USMC. Si esta persona además de recibir atención en salud está siendo atendida en alguno de los centros residenciales o de día y con vistas a garantizar la continuidad asistencial, el alta se consensuará con los o las responsables de su atención de dichos centros. Asimismo, se comunicará a su centro de salud.

En aquellos casos en los que por presentar trastorno mental de curso crónico necesiten seguir recibiendo asistencia en la USMC, y a fin de valorar la consecución de objetivos y/o reformulación de los mismos, se llevará a cabo una evaluación periódica (semestral o anual, según el caso) del plan de tratamiento. Dicha evaluación se hará en coordinación con los y las responsables del caso en instituciones residenciales o unidades de día.

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.

Atención Temprana y Entidades Prestadoras de Servicios

La Atención Infantil Temprana (AIT) precisa de acciones coordinadas a través de un modelo integral que agrupe las intervenciones realizadas desde los diferentes sectores: educativo, sanitario y social, que aseguren la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y el tratamiento de las personas menores de seis años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, así como las intervenciones sobre su familia y el entorno.

Las Unidades de Valoración y Diagnóstico de Atención Infantil Temprana adscritas al SAS realizarán el diagnóstico y valoración de las actuaciones necesarias y agilizarán todo el proceso para la atención temprana que el niño o niña necesite.

El Sistema de Información de Atención Infantil Temprana es de carácter único para su uso por todas las personas profesionales implicadas en la atención de los niños y niñas en Atención Infantil Temprana y está gestionado por la Consejería competente en materia de salud. Este sistema de información da respuesta a la

necesaria coordinación entre diferentes profesionales de los ámbitos de salud, educativo y servicios sociales; informa sobre los servicios prestados por los Centros de Atención Infantil Temprana y permite analizar el perfil de población que precisa esta atención.

La AIT se dirige a niños y niñas que presentan trastornos del desarrollo motor, cognitivo, sensorial, de la comunicación y lenguaje, de la regulación y comportamiento, emocionales, del espectro autista, plurideficiencias, retrasos evolutivos, y otros.

La labor fundamental de los servicios sanitarios es la prevención, detección, diagnóstico y derivación a otros recursos cuando sea necesario. El o la pediatra de atención primaria se encarga de realizar un seguimiento del desarrollo y de evaluar cualquier señal de alerta que observe durante las revisiones. Si se determina la necesidad de una intervención más integral, la atención a este colectivo se lleva a cabo desde los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT), procediendo el o la pediatra a su pertinente derivación.

En estos centros se diseñan actividades integrales en coordinación con los diferentes profesionales y sectores que se relacionan con las personas menores y sus familias. Los CAIT suelen estar compuesto por profesionales de distintas disciplinas: psicología, logopedia, fisioterapia, educación, trabajo social, terapia ocupacional, etc.

En Andalucía, la implantación de estos centros cuenta con la participación de Ayuntamientos, Asociaciones y Organizaciones No Gubernamentales que en nuestra Comunidad Autónoma ya desarrollan actividades dirigidas a las personas con discapacidad y a sus familias.

Entre las líneas de actuación de la Atención Temprana figuran articular una coherente coordinación inter-institucional que permita el trabajo cooperativo entre las instituciones y entidades implicadas en la atención temprana; establecer los circuitos asistenciales y unificar los documentos de derivación entre el Sistema Sanitario Público de Andalucía y los CAIT así como establecer un protocolo que favorezca la escolarización de los niños y niñas con trastornos del desarrollo y/o riesgo de padecerlos, en primer y segundo ciclo de infantil de forma conjunta entre las Consejerías de Salud, de Igualdad y Políticas Sociales y de Educación.

<http://juntadeandalucia.es/temas/salud/infantil/temprana.html>

Ámbito social

Para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, en el ámbito social existen los Centros Residenciales o de Día. Para el acceso a cualquiera de ellos las personas deben tener como mínimo 16 años de edad y tener reconocido algún grado de dependencia. La orientación a estos recursos se hace a través de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA).

Atendiendo a sus circunstancias socio-familiares y según sus necesidades de apoyo, la persona con discapacidad intelectual y/o del desarrollo puede acceder a alguno de los Servicios Residenciales y de Estancia Diurna existentes en nuestra Comunidad Autónoma. Dentro de ambas tipologías hay Centros especializados en la atención a las personas con discapacidad intelectual y graves trastornos de conducta.

Servicios Residenciales y de Estancia Diurna

- ◆ **Residenciales:** son recursos de atención integral destinados a aquellas personas que por diversos motivos no pueden seguir viviendo en su hogar habitual. Se distingue entre los que van dirigidos a personas con altas necesidades de apoyo para la realización de las actividades de la vida diaria, denominados Residencias para personas gravemente afectadas, (RGA) y aquellos servicios que atienden a personas con un mayor grado de autonomía personal, que pueden ser Residencias para personas adultas (RA) o Viviendas Tuteladas (VT).

A diferencia de los servicios de día, en el caso de las personas que asisten a servicios residenciales o de vivienda, son los y las profesionales del servicio, y no la familia, las personas responsables de asegurar el tratamiento y seguimiento de las pautas establecidas por los servicios de salud mental. No obstante, el papel de la familia sigue siendo muy importante y tiene que ser partícipe de todo el proceso.

- ◆ **Unidad de Estancia Diurna (UED):** estas unidades están destinadas a la atención de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo, en situación de dependencia, que por diversos motivos no pueden acceder al mundo laboral o que no pueden ser atendidas en su núcleo familiar durante el día.

Se distingue entre servicios destinados a personas con altas necesidades de apoyo y aquellos destinados a personas cuya capacidad les permita la realización de tareas prelaborales u ocupacionales con cierto nivel de autonomía.

La atención en el ámbito de la salud mental de las personas que asisten a estos servicios se realiza dentro del circuito habitual de prestación de los servicios de salud, siendo la familia la responsable de prestar los apoyos necesarios a la persona para el correcto tratamiento y seguimiento de la situación. No obstante, y para un correcto abordaje del caso, se hace imprescindible la coordinación entre los servicios de salud mental y el centro de día al que asiste la persona.

Centros para Personas con Discapacidad Intelectual y Graves Trastornos de Conducta (residenciales o de estancia diurna)

Las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo que presentan trastornos graves del comportamiento, bien por un trastorno mental, bien por otras circunstancias y que no reciben los apoyos precisos en el domicilio familiar o en el centro en el que se encuentran atendidas, pueden acceder a un centro especializado en el abordaje de los trastornos de conducta. Estos centros son de carácter temporal. Su objetivo es que la persona mejore su situación para reintegrarse cuanto antes a su entorno previo.

En estos Servicios normalmente hay profesionales de distintas disciplinas: psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, fisioterapia, auxiliar de enfermería, educadores/as, etc., que trabajan de forma conjunta con la persona.

En ocasiones, personas con discapacidad intelectual y o del desarrollo son derivadas a recursos específicos para personas con trastornos graves de conducta porque no se ha detectado precozmente el caso. En muchas ocasiones, con la adecuada prevención y atención primaria, estas derivaciones se pueden evitar. Por ello es necesario insistir en la coordinación y acción conjunta entre los servicios de salud mental y los recursos residenciales.

Los Protocolos de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento, editados por la Consejería para la Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, establecen el abordaje de las necesidades de las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo y trastornos de conducta así como las formas de actuación de los y las profesionales del resto de servicios de la ASSDA. Los aspectos fundamentales de estos protocolos son:

- Herramientas para objetivar y manejar los trastornos de conducta en los servicios sociales especializados en la atención a personas con discapacidad intelectual y/o de desarrollo.

- Canales para garantizar la continuidad en la atención social y sanitaria de las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo en su paso a través de los distintos servicios.
 - Criterios de alta a los centros específicos para el abordaje de los trastornos de conducta.
 - Encuadre en ellos para el uso de las medidas coercitivas dentro de un marco ético de tratamiento.
- ◆ **Residencias para Personas Gravemente Afectadas (RGA):** Dentro de los servicios para la atención específica a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo existen centros denominados RGA para personas con discapacidad intelectual y trastorno del comportamiento. A estos centros específicos además de acceder inicialmente, se puede solicitar el traslado cuando los trastornos de conducta de la persona con discapacidad intelectual y/o del desarrollo no le permiten convivir en el entorno en el que se encuentra. Se pueden dar los siguientes casos:
- personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo que ingresan en este recurso por presentar graves trastornos de conducta y tienen diagnosticada una enfermedad mental, o
 - personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo que no se conozca el motivo por el que presentan estos trastornos graves de conducta

El centro debe contar con profesionales expertos para el abordaje del trastorno mental y de los trastornos del comportamiento.

En relación a la figura del profesional de la psiquiatría, hay centros que cuentan con una persona en su plantilla, otros disponen de una consultoría y otros reciben esta ayuda de la USMC correspondiente. De cualquier modo siempre es precisa la coordinación entre la RGA y la USMC correspondiente.

En estas Residencias se realiza una evaluación inicial y se elabora un Plan Personal de Apoyos (PPA). Los o las profesionales de la psiquiatría o psicología del Centro tendrán la responsabilidad de la coordinación de dicho Plan y de la evaluación del mismo, que será revisado periódicamente (semestral o anualmente, según los casos). Se trabaja desde el enfoque de atención centrada en la persona.

Durante la estancia de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y trastorno de conducta en el centro, se trabaja con ella de forma integral. Participará en los talleres del centro y recibirá atención sanitaria y psicológica en tratamiento individual y/o grupal, según lo establecido en su Plan.

La familia y/o personas de referencia tienen un papel cercano durante todo el proceso.

Existe una coordinación tanto con el centro de atención primaria correspondiente como con la persona referente de salud mental asignada.

La prescripción farmacológica se realizará conforme al Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía.

Ante situaciones de agitación se ponen en práctica protocolos individualizados de actuación, que se revisan periódicamente por profesionales de la psiquiatría y la enfermería.

Estos centros específicos son de régimen cerrado. Con frecuencia el ingreso en los mismos es de carácter involuntario. Forma parte del papel del psiquiatra evaluar a la persona y realizar el informe para el ingreso involuntario, así como informar periódicamente al juzgado de la evolución de cada residente.

El rol del o la psiquiatra que trabaja en Centros Específicos es:

- Realizar el diagnóstico diferencial de las alteraciones de conducta para confirmar la presencia o ausencia de un trastorno mental como causa de dichas alteraciones;
- Tratamiento del trastorno mental diagnosticado y seguimiento del mismo;
- Evaluar la necesidad de los diversos recursos existentes en la red de salud mental para responder a las distintas situaciones clínicas y evolutivas del o la paciente;
- Cooperar en el Plan de intervención individualizado cuando, incluso en ausencia de trastorno mental diagnosticado, se prevea el uso de medidas psicofarmacológicas como tratamiento de las alteraciones de conducta (bien con su propia supervisión o bien asesorando al profesional de AP que pueda supervisar dicho tratamiento).

El rol del psicólogo o la psicóloga de un centro específico es:

- Tratamiento individual o en grupo.
 - Evaluar las necesidades personales a nivel psicológico para establecer objetivos y actividades que favorezcan el bienestar de la persona residente.
 - Establecer pautas de actuación con el o la residente, de manera consensuada con el personal educador y cuidador de referencia.
 - Realizar un Plan personal de Apoyo (PPA) y sus revisiones semestrales
- ◆ **Unidad de Estancia Diurna (UED) para personas con discapacidad y trastorno del comportamiento:** cuando la persona con discapacidad intelectual y/o del desarrollo presenta un trastorno mental o los trastornos de conducta asociados perturban la convivencia en su entorno, no solo en el domicilio en el que vive sino en su Centro de Día, se la puede trasladar a una Unidad de Estancia Diurna especializada, si existe en su provincia. Esta debe tener las siguientes características:
- El centro contará con profesionales de salud mental para el abordaje del trastorno mental, con el apoyo de la USMC que le corresponda.
 - Se realiza una evaluación inicial y se elabora un plan personalizado de apoyos (PPA). El o la psiquiatra o psicólogo/a tiene la responsabilidad de la coordinación del PPA y de la evaluación del mismo que se revisará semestralmente, al menos.
 - La persona usuaria tendrá seguimiento en salud mental y será competencia del psiquiatra o psicólogo/a contactar con su referente en la USMC, para coordinarse.
 - Durante la estancia en el centro a la persona con discapacidad intelectual y trastorno mental se le realiza un abordaje integral, participará en los talleres del centro y recibirá atención sanitaria y psicológica en tratamiento individual y/o grupal.

- En aquellas unidades de estancia diurna donde el/la psiquiatra forme parte del equipo interdisciplinar, este actuará como consultor y será la persona encargada de estar en contacto con el o la referente de salud mental de cada persona usuaria.
- Ante una agitación la unidad debe contar con un protocolo sobre cómo proceder y realizar una intervención en crisis. En determinados casos el protocolo estará establecido por el o la psiquiatra de referencia en la USMC de la persona usuaria.

Puesto que se trata de centros donde se realizan intervenciones especializadas de salud mental, por la existencia de frecuentes trastornos mentales relacionados con los trastornos de conducta, para garantizar la continuidad asistencial es necesaria la coordinación con los servicios públicos de salud en los siguientes aspectos:

- Prestación farmacéutica pública conforme al Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros socio sanitarios residenciales de Andalucía para los tratamientos psicofarmacológicos que se precisen y sean indicados por el o la psiquiatra que no pertenezca al SSPA.
- Ingreso en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental de las personas con discapacidad intelectual, en caso de que la descompensación de su trastorno mental de base así lo requiera, y coordinación, previa al alta, con su centro residencial.
- Internamiento previo en el hospital y traslado de la persona con discapacidad intelectual que inicia Programa de intervención en el Centro.
- Altas de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo que finalizan la atención en el centro y pasan a un recurso más normalizado, precisándose continuidad en el tratamiento que ha seguido para su problema de salud mental.
- Propuestas de reorientación de personas con discapacidad intelectual que son dadas de alta con la propuesta de ocupar plaza en otros recursos.
- Propuestas de reorientación a plazas de la Red de servicios sociales de atención a personas con discapacidad intelectual atendidas en los servicios de salud mental.



6. Coordinación

La coordinación pretende facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar la continuidad de cuidados entre ellos. Las actividades de coordinación, que pueden comprender múltiples diseños y modelos de intervención, parten del supuesto de la existencia de varios sistemas que deben actuar de forma conjunta y complementaria para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea. En consecuencia, el desarrollo de cada uno de ellos, su mayor disponibilidad de recursos, accesibilidad y, en definitiva, la mejora en la calidad de la atención que presten, revierte directamente en el tipo de intervención que se realice, intentando optimizar los recursos y lograr la mejor comunicación entre ellos con vistas a la intervención conjunta y toma de decisiones sobre la utilización de los recursos.

En el ámbito del desarrollo normativo de la Administración General del Estado, es imprescindible destacar por su importancia la Ley 63/2003 de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud, en cuyo artículo 14 se define la prestación sociosanitaria como “la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellas personas con enfermedad, generalmente crónicas, que por sus especiales características 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”.

En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, las Consejerías de Igualdad y Políticas Sociales y la de Salud así como los distintos agentes, públicos y privados, implicados en la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento consideran que la atención a este colectivo es compleja y que por tanto es fundamental abordarla desde una perspectiva multidisciplinar, en la que es imprescindible garantizar la continuidad de cuidados y la coordinación entre profesionales en los distintos niveles de intervención.

La experiencia acumulada en los años transcurridos pone de manifiesto la necesidad de que las intervenciones a estas personas se efectúen con un enfoque comunitario y sociosanitario, que permitan profundizar en la atención comunitaria a la salud mental y garantizar la continuidad de la atención sanitaria, evitando la fragmentación de la atención. Por tanto, deben desarrollarse estrategias y actividades regladas de colaboración entre los distintos agentes implicados.

Como se ha indicado anteriormente, el objetivo de esta guía es establecer 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. Esto significa que los equipos deben trabajar desde un enfoque multidisciplinar, integrando las aportaciones de profesionales de la salud, de proveedores de servicios sociales, y otros agentes relevantes incluyendo a las mismas personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo y a sus familias.

Igualmente, esta coordinación ha de establecerse con la red de atención a las personas con adicciones y los servicios sociales, incluyendo al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con quien están concertados la mayoría de las Residencias y Servicios de Día en las que se atienden a las personas objeto de esta guía.

Otro de los objetivos es establecer una adecuada coordinación en el recorrido por el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), de acuerdo con el itinerario establecido en esta guía, de la persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y con sospecha de presentar un trastorno mental en condiciones de igualdad y en cooperación tanto con otros niveles asistenciales como con otros sectores implicados, de tal forma que se garantice su accesibilidad, su seguimiento y tratamiento y se evite la pérdida de casos o abandonos.

En este ámbito las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental designarán profesionales de referencia en las Unidades de Salud Mental Comunitaria, para los centros residenciales de personas con discapacidad intelectual o del desarrollo de su ámbito, que realizarán las tareas de consulta, apoyo y orientación para el desarrollo de medidas de promoción, prevención y atención a la salud mental de las personas residentes.

Es necesario impulsar la intervención en personas que quedan fuera del sistema sanitario por negarse a recibir asistencia o por falta de conciencia de la necesidad. Aunque con la elaboración de los censos se irá reduciendo, en la actualidad constituye un grupo de población de especial desprotección.

En esta coordinación estarían implicados:

- ◆ Servicios sociales comunitarios (SS.SS.CC).
- ◆ Entidades prestadoras de servicios (residencial, de atención diurna, ocupacional, etc.)
- ◆ Servicio de dependencia de las delegaciones territoriales.
- ◆ Familia.
- ◆ Entidades tutelares.
- ◆ Sector educativo.
- ◆ Servicio de protección de menores.
- ◆ Recursos de atención sociosanitaria a la drogodependencia.
- ◆ Ámbito judicial, para el caso que fuese necesario realizar comunicaciones al amparo de la legislación actual.

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*.

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 personas 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.

Las comisiones técnicas contarán con un/a “gestor/a de casos” que se encargará de recibir y gestionar aquellos casos que se planteen sobre personas ajenas al circuito de salud que se encuentren en situaciones “extraordinarias”.

El gestor de casos será, preferentemente, la persona designada por la Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales como referente de los grupos no representados o, si así lo decide la comisión, será elegido entre los miembros por mayoría de votos.

Esta comisión se reunirá con una periodicidad trimestral o cuando sea convocada por la presidencia a petición fundamentada de alguno de los miembros.

Comisión Autonómica: 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. Estará compuesta por:

- Dos personas designadas por quien ostente la Dirección del Plan Integral de Salud Mental (PISMA).
- Dos personas designadas por quien ostente la Dirección General de Personas con Discapacidad. Una de ellas al menos, pertenecerá a alguna de las organizaciones prestadoras de servicios.
- Una persona designada por quien ostente la Dirección Gerencia de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA).

Se reunirá al menos una vez al año y a convocatoria de la presidencia, por petición razonada de alguno de los miembros.

La presidencia de esta comisión será rotatoria.

COMISIÓN	TÉCNICA ASISTENCIAL	AUTONÓMICA
ÁMBITO	Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental (UGCSM)	Comunidad Autónoma
COMPONENTES S.M.	Director/a de la UGC de Salud Mental Referentes de las USMC para la atención a las personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo (DID)	Dos personas designadas por la dirección del PISMA
COMPONENTES DISC.	Representante de las organizaciones prestadoras de servicios. Representante de la ASSDA Otros (según los casos a tratar)	Dos personas designadas por la Dirección Gral. de Personas con Discapacidad. Una persona designada por la Dirección gerencia de la ASSDA
CARÁCTER	Técnico Asistencial	Estratégica e Intersectorial
SOPORTE	Censo y Plan Individualizado de Tratamiento (PIT)	Planes de Coordinación y Formación
ENCARGO ESPECÍFICO	Casos complejos: detección y evaluación	Planes de mejora: diseño y evaluación
OTROS ENCARGOS	Propuestas de inclusión en Censo y detección de pérdidas	
	Gestión de recursos disponibles	Propuesta de recursos de nueva creación
FRECUENCIA	Al menos trimestral	Al menos anual

7. Formación

La prestación de apoyo a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento requiere de la intervención de profesionales de diferentes ámbitos, tanto institucionales (Servicio Andaluz de Salud, Servicio Sociales,...) como no institucionales (movimiento de personas usuarias y familiares,...). Para asegurar el mejor abordaje posible de los diferentes casos y garantizar una atención integral e integrada, que asegure la continuidad asistencial a estas personas, se hace necesario que desde los distintos sectores implicados se desarrolle un plan de formación a nivel interdisciplinar e intersectorial que actualice y complemente las competencias de sus profesionales. Con la formación propuesta en esta guía se pretende alcanzar los siguientes objetivos:

- ◆ Garantizar la capacitación de las y los profesionales sanitarios y no sanitarios de todos los sectores que intervienen en la atención a estas personas.
- ◆ Establecer los cauces necesarios para elaborar y desarrollar un plan anual de formación continuada a nivel interdisciplinar e intersectorial que garantice la adquisición de nuevas destrezas y cambios de actitud que contribuyan al trabajo en red y mejore la coordinación e interacción entre todos los sectores que intervienen en la atención de estas personas.
- ◆ Poner en marcha un plan anual de formación continuada para el reciclaje y perfeccionamiento (actualización y ampliación) y para el desarrollo y adquisición de las competencias ligadas a la práctica profesional de los y las profesionales que intervienen en la atención a estas personas en los diferentes niveles, priorizando la necesidad de los distintos perfiles profesionales y sectores implicados, que dé respuesta a las necesidades poblacionales, institucionales e individuales y que garantice una atención biopsicosocial de calidad basada tanto en las experiencias provenientes de otros ámbitos locales como en la evidencia disponible.
- ◆ Diseñar un plan de evaluación y seguimiento que asegure el cumplimiento de las actividades formativas planificadas durante el período indicado y que refleje las propuestas de áreas de mejora y puntos fuertes a incluir en el desarrollo del nuevo plan de formación.

Se propone la formación a tres niveles de actuación:

- ◆ 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.

Procedimiento para la implementación de los planes de formación: el objeto del presente procedimiento es asegurar que se diseñen y pongan en práctica planes de formación para los distintos grupos de interés a los que compete esta guía.

El plan de formación abarcará el periodo comprendido entre enero y diciembre de cada año. Se impulsará y desplegará desde la comisión autonómica, quien anualmente, establecerá las líneas generales orientadas a cada grupo de interés. Su puesta en marcha será responsabilidad de cada una de las distintas entidades que intervienen en la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento.

El desarrollo del plan de formación se relaciona directamente con las actividades de diseño, puesta en marcha, seguimiento y evaluación de los mismos.

- ◆ **Elaboración y difusión de las líneas generales para la elaboración del plan de formación:** la comisión autonómica, anualmente, establecerá las líneas generales orientadas a cada uno de los sectores implicados para la elaboración de sus planes de formación. Hará llegar el documento con las líneas generales a todos los grupos a través de sus representantes en la comisión.
- ◆ **Elaboración de los planes de formación:** el o la responsable de formación o persona designada en cada uno de los sectores implicados en la atención a este colectivo, diseñará un plan de formación de acuerdo a las líneas generales establecidas en la Comisión Autonómica.
- ◆ **Difusión de los planes de formación:** cada servicio, área o entidad difundirá el plan de formación de acuerdo a sus políticas y procesos internos de comunicación, procurando que su alcance sea el máximo posible.
- ◆ **Puesta en marcha de los planes de formación:** las personas responsables de formación pondrán en marcha los diferentes planes de formación de acuerdo a los procesos de cada servicio, área o entidad.
- ◆ **Seguimiento de los planes de formación:** los y las responsables de formación o las personas designadas para ello realizarán un seguimiento del plan para asegurar que este se cumple según la planificación establecida.
- ◆ **Evaluación de los planes de formación:** una vez concluido el plan, la persona responsable de formación en cada servicio, área o entidad, realizará un informe con la evaluación del plan de acuerdo a los resultados de los indicadores planteados. Igualmente realizará una propuesta de áreas de mejora y puntos fuertes.

El documento elaborado se enviará al representante del grupo de interés en la comisión autonómica.

- ◆ **Evaluación global:** los distintos representantes de las entidades que forman la comisión unificarán la información recibida y elaborarán un informe final de evaluación de la formación desarrollada a lo largo del año, atendiendo a los indicadores propuestos y reflejando áreas de mejora.

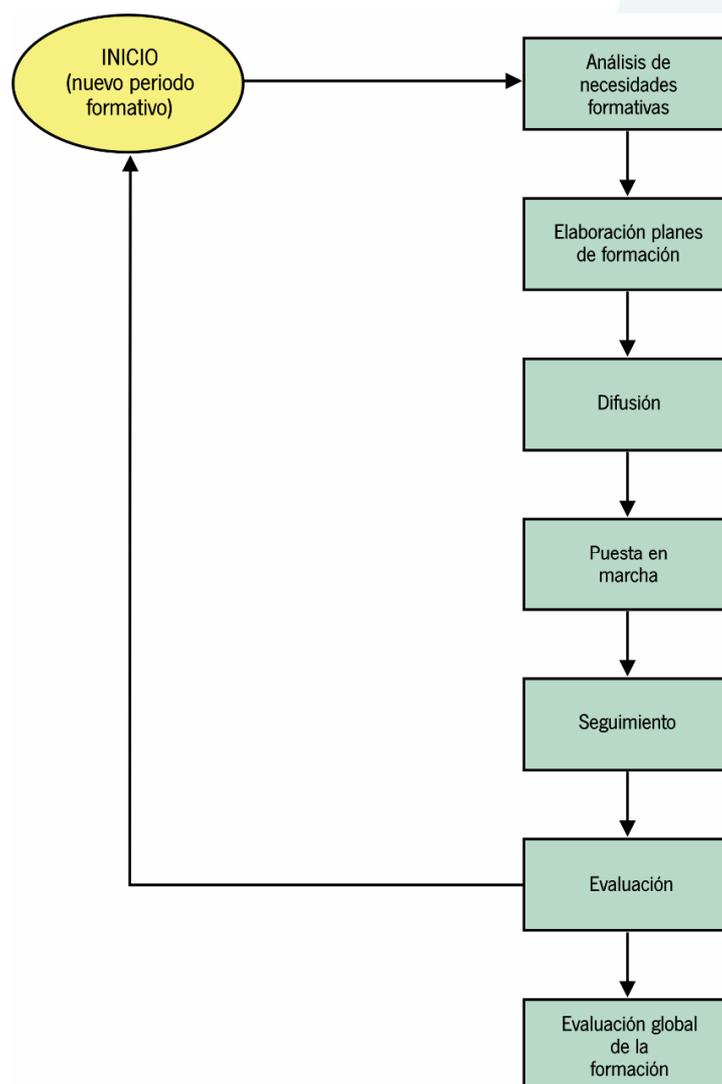
De este procedimiento se desprenden los siguientes indicadores de interés, que serán medidos anualmente:

Objetivo: Conocer el desarrollo de los planes de formación

- ◆ Número total de profesionales que han participado en las acciones de formación desarrolladas respecto del número de profesionales que participaron el año anterior.
- ◆ El % de acciones formativas desarrolladas a lo largo del año sobre las planificadas será mayor o igual al 90%
- ◆ La media de las puntuaciones obtenidas en las encuestas de valoración serán mayor o igual a 7 (escala 1-10)
- ◆ El % de asistentes que puntúan la formación con más de 7 será igual o mayor al 80%

Histórico de ediciones: anualmente se realizará un análisis de las actividades formativas llevadas a cabo que recogerá los cambios y mejoras introducidos en las mismas.

Flujograma





8. Evaluación y seguimiento

Este apartado pretende mostrar unas líneas básicas a tener en cuenta en los procesos de evaluación que cada uno de los agentes implicados tendrá que implementar.

A través de la evaluación y el seguimiento, se obtendrá información sobre la eficacia, eficiencia e impacto de las acciones emprendidas, además del grado de aplicación de la guía.

La misión principal es conocer si la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento se ajusta a los procedimientos descritos.

Con la evaluación y seguimiento de la guía se pretende obtener información que permita:

- ◆ Conocer el desarrollo y grado de ejecución de la guía, en relación a la formación, coordinación y atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento.
- ◆ Resolver cuantas incidencias se produzcan a consecuencia de su desarrollo y ejecución.
- ◆ Identificar problemas en la planificación y/o en la puesta en práctica y sus posibles causas.
- ◆ Sugerir posibles soluciones para estos problemas.
- ◆ Proponer ámbitos de mejora, analizando y estudiando los procedimientos de actuación e intervención para detectar carencias y/o dificultades.
- ◆ Proponer estrategias para mejorar los mecanismos de funcionamiento de las comisiones propuestas, es decir, comisión técnica asistencial y comisión autonómica, respectivamente.
- ◆ Coordinar las actuaciones de todos los agentes implicados para la consecución de los objetivos generales y específicos de esta guía.
- ◆ Informar sobre la interpretación, el seguimiento y la posible actualización de la misma.

La propuesta de evaluación y seguimiento tiene un carácter referencial y orientativo general ya que tiene que ser adaptada a la realidad de cada uno de los agentes implicados. Se han priorizado ciertos parámetros e indicadores relevantes que deben ser recogidos por todos los agentes para poder realizar una evaluación coherente de forma global. No obstante, queda abierta la posibilidad de que cada organización incorpore aquellos indicadores que considere oportunos y que puedan añadir valor al análisis.

Es importante no perder de vista que este sistema debe adaptarse a la diversidad e idiosincrasia de los diferentes agentes implicados en la aplicación de esta guía.

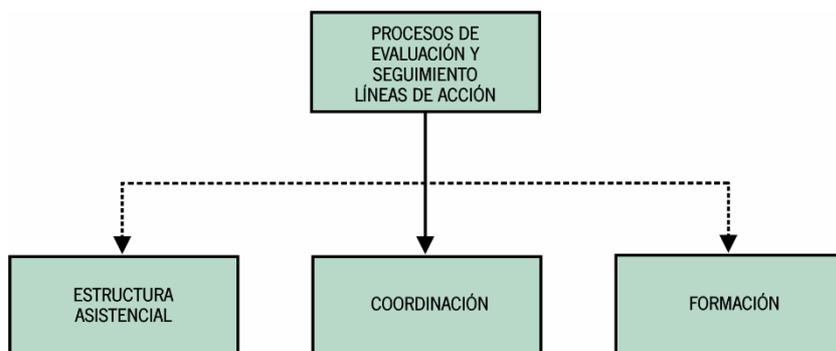
La evaluación y seguimiento se centran, principalmente, en tres líneas de acción que corresponden a los apartados: estructura asistencial, coordinación y formación respectivamente.

- ◆ Para cada línea de acción se contempla un mínimo de parámetros que oscilan entre dos y tres y que se operativizan en indicadores necesarios para dicha medición.
- ◆ Cada línea de acción debe contemplar, dentro del apartado de evaluación y seguimiento, un abordaje de las dificultades e incidencias de diversa naturaleza que han podido ocurrir, ya sea a nivel de profesionales, personas usuarias, objetivos, acciones, resultados y una propuesta

ineludible de ámbitos de mejora, con vistas a producir cambios que influyan positivamente en la aplicación de dicha guía.

- ◆ La evaluación será responsabilidad de las comisiones técnicas asistenciales.

A continuación se describen las orientaciones para la evaluación y seguimiento por líneas de acción:



Evaluación y seguimiento de la estructura asistencial: en relación a este apartado, es imprescindible evaluar cómo se está atendiendo a estas personas y si realmente los cauces establecidos y objetivos propuestos se están cumpliendo o, por el contrario, es necesario hacer una valoración e introducción de ciertos cambios para mejorar la calidad de la atención a las personas atendidas. La responsabilidad de hacer esta evaluación es la Comisión Técnica Asistencial, y los parámetros e indicadores, objeto de evaluación y seguimiento son:

Parámetro: **Impacto de la atención**

Indicadores:

1. Número total de casos atendidos, siguiendo el flujograma.
2. Porcentaje de casos valorados como casos complejos

Parámetro: **Censo de personas usuarias**

Indicadores:

1. Número total de personas usuarias censadas.
2. Porcentaje de personas usuarias que acceden a las USMC sobre el total de personas usuarias.
3. Porcentaje de personas usuarias que estando en el censo rechazan la atención en las USMC.

Para ambos parámetros, el resultado y/o evidencia será el acta de la reunión.

Evaluación y seguimiento de la Coordinación: es importante velar por el buen funcionamiento de las dos comisiones propuestas, ya que de ellas depende, principalmente el flujo e intercambio de información. La responsabilidad de hacer la evaluación y el seguimiento es de ambas comisiones, la Comisión Autónoma y la Comisión Técnico-Asistencial. Dada la composición de la Comisión autónoma, cinco personas, y la periodicidad de las reuniones, una o dos veces al año, carece de

sentido elaborar indicadores. Los parámetros e indicadores para la evaluación y seguimiento de la Comisión Técnico-Asistencial son:

Parámetro: **Cumplimiento de las convocatorias**

Indicadores:

1. Porcentaje de reuniones celebradas de acuerdo con el cronograma anual

Parámetro: **Grado de asistencia de profesionales**

Indicadores:

2. Número total de profesionales convocados.
3. Número total de profesionales que no han asistido. (%) justificado y (%) no justificado.

Para ambos parámetros, el resultado y/o evidencia será el acta de la reunión

Evaluación y seguimiento de la Formación: la línea de formación es un elemento clave para mejorar la atención a las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo. Para asegurar que esta formación cumple con los objetivos establecidos es importante realizar una evaluación de las acciones formativas realizadas en cada una de las organizaciones implicadas. De esta manera se podrá valorar la idoneidad de las mismas, los contenidos y la extensión de dicha formación al mayor número de profesionales que tiene implicación en dicha labor asistencial.

Hay que tener en cuenta que la guía propone un procedimiento concreto para abordar la formación, de acuerdo con los principios de la guía, incluyendo un apartado de seguimiento y evaluación donde se incorporarán los indicadores mínimos propuestos en este apartado.

La responsabilidad de hacer esta evaluación es la Comisión Autónoma y los parámetros e indicadores, objeto de evaluación y seguimiento son:

Parámetro: **Cumplimiento de las acciones formativas**

Indicadores:

1. Porcentaje de cumplimiento de las acciones formativas por cada una de las organizaciones o entidades implicadas.

El resultado y/o evidencia será el acta de la reunión

Cada entidad u organismo designará a un/a representante cuya función será realizar la devolución de la información a la Comisión Autónoma, de acuerdo con los parámetros e indicadores descritos.





Anexos





Marco normativo

Normativa de ámbito nacional.

- Constitución Española (1978).
- Ley 13/1983, de 24 de octubre, de reforma del Código Civil.
- Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del derecho a la Educación (texto consolidado 10 de diciembre de 2013).
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Real Decreto Legislativo 1971/1999, de 23 de diciembre de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (texto consolidado 29 de julio de 2015).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Convención de las Naciones Unidas sobre Derechos de las Personas con discapacidad, aprobada en 2006 y ratificada por España en 2008
- Instrumento de ratificación de la Convención Internacional de Derechos de las Naciones Unidas para las personas con discapacidad (BOE número 96, de 21 de abril de 2008).
- Ley 26/2011 de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- 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 su inclusión social.
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa.
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo.
- Ley 15/2015, de 2 de julio, de Jurisdicción Voluntaria
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal

Ámbito penitenciario

- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, del Ministerio de Justicia e Interior, por el que se aprueba el “Reglamento Penitenciario”.

Normativa de ámbito autonómico.**Derechos:**

- Estatuto de Autonomía de Andalucía (Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía, 1981)
- Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las personas con discapacidad en Andalucía.
- Ley 9/1999, de 18 de noviembre, de Solidaridad en la Educación.
- Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación en Andalucía.
- Orden de 17 de marzo de 2011, sobre tarjeta acreditativa de grado de discapacidad.
- Ley 2/1988, de 4 de abril, de Servicios Sociales en Andalucía

Planes:

- Acuerdo de 10 de mayo de 2011, por el que se aprueba el II Plan de Atención Integral para las personas con discapacidad en Andalucía.
- Plan Integral de Salud Mental de Andalucía
- Plan Andaluz de Atención Integral a menores de seis años en situación de dependencia o en riesgo de desarrollarla (en fase de borrador).
- Plan de actuación para la mejora de la atención educativa al alumnado escolarizado en centros específicos de educación especial en Andalucía (2012-2015).
- Plan de mejora de los Centros de Valoración y orientación (2014-2016).

Educación:

- Decreto 147/2002, de 14 de mayo, de la Consejería de Educación y Ciencia, por el que se establece la ordenación de la atención educativa a los alumnos y alumnas con necesidades educativas especiales asociadas a sus capacidades personales.
- Decreto 97/2015, de 3 de marzo, por el que se establece la ordenación y el currículo de la educación primaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía
- Decreto 231/2007, de 31 de julio, de la Consejería de Educación, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas correspondientes a la educación secundaria obligatoria en Andalucía.
- Decreto 436/2008, de 2 de septiembre, de la Consejería de Educación, por el que se establece la ordenación y las enseñanzas de la formación profesional inicial que forma parte del sistema educativo.
- Instrucciones de 20 de abril de 2012, de la Dirección General de Participación e Innovación Educativa, por la que se establece el Protocolo de actuación y coordinación para la detección e

intervención educativa con el alumnado con problemas o trastornos de conducta y con trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad.

- Circular de 10 de septiembre de 2012, de la Dirección General de Participación y Equidad (Consejería de Educación), por la que se establecen criterios y orientaciones para el registro y actualización de datos en el censo del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo en el sistema de información "Séneca".
- Circular de 9 de septiembre de 2015 de la Dirección General de Participación y Equidad por la que se difunde el Protocolo de 30 de marzo de 2015 de coordinación entre las Consejerías de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y de Educación, Cultura y Deporte para el Desarrollo de la Atención Temprana.
- Instrucciones de 22 de junio de 2015 de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se establece el Protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa.

Dependencia:

- Decreto 168/2007, de 12 de junio, de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración.
- Orden de 3 de agosto de 2007, de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, por la que se establecen la intensidad de protección de los servicios, el régimen de compatibilidad de las prestaciones y la gestión de las prestaciones económicas del sistema de autonomía y atención a la dependencia en Andalucía.
- Decreto 388/2010, de 19 de octubre, de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, por el que se regula el régimen de acceso y traslado de personas en situación de dependencia a plazas de centros residenciales y centros de día y de noche.

Centros:

- Decreto 536/2008, de 30 de diciembre, de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, por el que se modifica el Decreto 246/2003, de 2 de septiembre, por el que se "regulan los ingresos y traslados de personas con discapacidad en centros residenciales y centros de día", y el decreto 258/2005, de 29 de noviembre, por el que se regulan la "organización y funciones de los centros de valoración y orientación de personas con discapacidad de Andalucía".
- Protocolos de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento, herramienta coordinada por la Dirección General de Personas con Discapacidad (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social).

Salud:

- Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del Servicio Andaluz de Salud por el que se organiza funcionalmente en los niveles de atención primaria y atención especializada.

- Resolución del Servicio Andaluz de Salud, SC 261/2002 de 26 de diciembre, sobre “atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos”.
- Decreto 197/2007, de 3 de julio, por el que se regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud.

Tutela y protección jurídica:

- Protocolo General de Colaboración entre la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y la Consejería de Justicia e Interior de la Junta de Andalucía, la Federación Andaluza de Municipios y Provincias, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, la Fiscalía de la Comunidad Autónoma Andaluza, el Defensor del Pueblo Andaluz y el Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI-Andalucía) para la mejora de la coordinación y atención a personas con discapacidad en situaciones de dificultad y apoyo de las mismas en los procesos de incapacitación (5 de marzo de 2015).

Protocolo de Actuación de las Entidades Tutelares en Andalucía, herramienta coordinada por la Dirección General de Personas con Discapacidad (Consejería para la Igualdad y Bienestar Social).

Descripción de los Agentes Implicados en la Atención a las Personas con Discapacidad Intelectual o del Desarrollo

A continuación se realiza una breve descripción de las funciones de los distintos agentes que intervienen en la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento desde los distintos ámbitos.

Ámbito social:

1.- Servicios Sociales Comunitarios (SS.SS.CC): constituyen la estructura básica del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía, siendo su finalidad el logro de unas mejores condiciones de vida para el pleno desarrollo de los individuos y de los grupos en los que se integran, entre ellos el colectivo objeto de esta guía, mediante una atención integrada y polivalente. Son, por tanto, la atención primaria del sistema de servicios sociales, el primer nivel de atención a la ciudadanía. Uno de sus objetivos es establecer las vías de coordinación entre organismos y profesionales que actúen en el trabajo social dentro de un mismo municipio o zona. Se estructuran en Zonas de Trabajo Social (ZTS) que es la demarcación territorial adecuada para la prestación de los Servicios Sociales. La infraestructura básica para la prestación de estos servicios es el Centro de Servicios Sociales Comunitarios. Se dividen a su vez en Unidades de Trabajo Social (UTS), y tienen como función primordial la atención a la ciudadanía en su acceso a los Servicios Sociales

<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypolicassociales/areas/inclusion/servicios-comunitarios.html>

2.- Servicios Sociales Especializados (SS.SS.EE): son aquellos que se dirigen a determinados sectores de la población que, por sus condiciones o circunstancias, necesitan de una atención específica. Se estructuran territorialmente de acuerdo con las necesidades y características de cada uno de ellos, siendo por tanto el segundo nivel de atención del sistema de servicios sociales.

En cuanto a instrumentos de atención específica a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento, se estructuran fundamentalmente, a través de los Centros de Valoración y Orientación (CVO) y los Servicios para personas adultas con discapacidad (Centros Residenciales y Unidades de Estancia Diurna).

2.1. Centros de Valoración y Orientación (CVO): estos centros dependen de las Delegaciones Territoriales de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Les compete valorar el grado de discapacidad de las personas que lo solicitan, así como tramitar algunas de las prestaciones a las que da acceso el reconocimiento de un grado de discapacidad igual o superior al 33%.

La Instrucción 04/2015 de la Dirección Gerencia de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA) por la que se aprueba el protocolo de atención a personas con discapacidad intelectual y trastornos graves de conducta, establece una serie de funciones para los CVO relacionadas con la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento.

Cada CVO contará con al menos, un o una profesional de la psicología que tiene la misión de colaborar con la persona usuaria de una Residencia y con cualquier otra implicada en el proceso. Su participación puede comenzar desde mucho antes de la orientación al recurso y puede estar presente mientras se precise. Su rol tiene varias vertientes:

- ◆ Valoración de la discapacidad y orientación según la necesidad de la persona

- ◆ Colaboración con las y los profesionales de los Servicios Territoriales de la Agencia en el proceso de orientación a recursos
- ◆ Mediación entre las familias y profesionales de los distintos centros que intervienen en la atención a estas personas.
- ◆ Apoyo al Centro y a la Agencia en el seguimiento del proceso de atención para la mejora de la persona

<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/discapacidad/cvo.html>

2.2. Centros de atención especializada para la atención a personas adultas con discapacidad en situación de dependencia son:

- ◆ **Unidades de Estancia Diurna (UED):** Además de las Unidades de estancia diurna con terapia ocupacional, y las específicas para personas con parálisis cerebral existen estas otras UED para personas con discapacidad intelectual; discapacidad física y/o visual; discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento, para personas con trastornos del espectro autista y para personas con daño cerebral sobrevenido.
- ◆ **Centros Residenciales o de Vivienda:** Además de las Viviendas tuteladas y las Residencias de adultos están las Residencias para Gravemente Afectados (RGA) por discapacidad intelectual; por discapacidad física, por discapacidad sensorial; por discapacidad intelectual o personas del espectro autista y alteraciones graves de conducta, así como las específicas para personas con parálisis cerebral.

Constituyen un recurso residencial para aquellas personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo que, por la gravedad de los trastornos no pueden permanecer en el ámbito familiar o, en su caso, en el ámbito residencial o de día.

Para su funcionamiento estos centros cuentan con equipos multidisciplinares que se ajustan a la ratio marcada por la norma para cada tipo de centro. La composición de estos equipos es por lo tanto diversa, contando todos ellos al menos con referentes técnicos en la figura de un director o educador/responsable (guardador de hecho de las personas usuarias en los servicios residenciales) así como auxiliares de enfermería y un profesional de ajuste (educador/a, pedagogo/a, trabajador/a social, psicólogo/a, enfermero/a).

En el caso de los centros residenciales para la atención de personas con discapacidad intelectual y alteraciones graves de conducta el equipo debe contar con la asistencia de profesionales de psiquiatría y enfermería.

La normativa de centros prevé que la atención médico-psiquiátrica en dichos centros debe quedar garantizada a través de contratación directa (un médico/a psiquiatra o neuropsiquiatra para un módulo de 20 personas) o bien mediante servicios externos, privados o del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Al considerarse recursos alternativos, el rol del psiquiatra no debiera diferir tanto si es contratado por el centro como si pertenece al SSPA; aunque son evidentes algunas diferencias, entre ellas:

- ◆ los recursos personales y no personales que pueden movilizar unos y otros; mientras que el o la psiquiatra del sistema sanitario público forma parte de equipos en los que hay facultativos

especialistas de área de psicología clínica, el o la psiquiatra contratado por el centro forma parte de equipos en los que hay profesionales de la psicología que no suelen tener la especialidad clínica, pero que sin embargo, son especialistas en discapacidad;

- ◆ el o la psiquiatra contratado en centro específico atiende a personas con discapacidad intelectual o del espectro autista que presentan trastornos graves de conducta, mientras que el o la psiquiatra que trabaja en el sistema sanitario público atenderá también a otras personas con discapacidad intelectual que, tengan trastornos graves del comportamiento, presenten signos y síntomas de trastorno mental.

Como elemento común en el funcionamiento de estos centros cabe destacar la asunción de un enfoque de trabajo centrado en las personas a las que atienden. Son muestras de esta orientación las directrices de la Dirección General de Personas con Discapacidad en:

- ◆ Procesos de acogida y elaboración de Planes Personales de Apoyo (PPA), Protocolo de Atención Personalizada (PAP) para personas con discapacidad usuarias de servicios residenciales y de atención diurna (2011).
- ◆ Atención a la sexualidad de las personas con discapacidad, Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas usuarias con discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista y otras discapacidades con déficit cognitivo de centros residenciales (2012).
- ◆ Atención a las personas con discapacidad y/o del desarrollo y trastornos de conducta: Protocolos de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento (2009).

<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/discapacidad/publicaciones/paginas/planes-protocolos-discapacidad.html>

3. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA):

Tiene como misión promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia, contribuyendo a mejorar su calidad de vida así como la de aquellas personas con problemas de drogodependencias y adicciones y/o en riesgo de exclusión social.

Se estructura en Servicios Centrales y Servicios Territoriales, siendo estos últimos la referencia profesional durante la tramitación del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia.

Para la atención a las personas con discapacidad intelectual en situación de dependencia que presentan trastornos mentales en algún momento de su ciclo vital existe la siguiente cartera de servicios:

- ◆ Promoción de la autonomía personal.
- ◆ Teleasistencia.
- ◆ Ayuda a domicilio.
- ◆ Centro de día y de noche.
- ◆ Atención Residencial.
- ◆ Prestación económica vinculada al servicio.
- ◆ Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores/as no profesionales.

- ◆ Prestación económica de asistencia personal.

Se accede a ellos mediante la elaboración del Programa Individual de Atención (PIA) en base a la valoración del grado de dependencia.

En el marco del servicio de atención residencial, la ASSDA ha impulsado la aplicación del protocolo de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento (2009). Éste pretende optimizar el régimen de acceso y traslados a los centros especializados que atienden a las personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento mediante la consecución de dos objetivos principales:

- ◆ Mejorar la atención a las personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento: respuestas más flexibles, ágiles, especializadas, ajustadas a las necesidades de las personas con discapacidad intelectual y su entorno significativo de convivencia.
- ◆ Prevenir la institucionalización indefinida en centros de atención a personas con discapacidad intelectual y alteraciones graves de conducta mediante la intervención de un equipo multidisciplinar de los Servicios Centrales de la Agencia.

<http://www.assda.junta-andalucia.es/>

4. Entidades Prestadoras de Servicios para personas adultas con discapacidad

Son entidades colaboradoras de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA); están autorizadas para prestar servicios públicos recogidos en el Catálogo de Prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Bajo este epígrafe se agrupan realidades organizacionales muy diversas. En ese sentido, de forma mayoritaria, son entidades de carácter privado. El origen de éstas puede encontrarse en la labor social/asistencial de algunas órdenes religiosas, el movimiento asociativo pro-derechos de las personas con discapacidad intelectual y sus familiares, el objetivo de empresas que nacen o incorporan estos servicios a su cartera de negocio o el resultado de aplicar una política de responsabilidad social corporativa de algunas empresas.

Asimismo, estas entidades desarrollan programas y servicios fuera del catálogo del SAAD de forma privada o mediante convenios con otras áreas de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, o incluso con otras Consejerías de la Junta de Andalucía. Estos programas y servicios dan respuesta a necesidades de apoyo como por ejemplo: apoyo a profesionales en la atención a personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta, programa de participación en la comunidad, programa de formación continua para el personal de atención directa y sesiones clínicas interdisciplinares, taller de familias, apoyo para la vida autónoma, autogestores, ocio inclusivo, taller de psicoeducación para familiares y personas usuarias residentes, programa de discapacidad y deporte, servicio de atención psicológica, ...

5. Entidades Tutelares

La Ley Orgánica 13/1983, de 14 de octubre, de “Reforma del Código Civil” posibilitó que, personas jurídicas legalmente constituidas orientadas al ejercicio de cargos tutelares, pudiesen ser nombradas como tutores en determinadas situaciones en las que no existen referentes que pudieran considerarse idóneos por parte de la autoridad judicial competente.

La Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad en Andalucía, dedica su capítulo IV a los “Recursos tutelares”. En concreto, destina su artículo 37 al “Fomento de entidades tutelares”, prescribiendo que “La Administración de la Junta de Andalucía promoverá, coordinada con

la autoridad judicial, la atención a las personas presumiblemente incapaces o incapacitadas total o parcialmente, promoviendo entidades sociales sin ánimo de lucro que puedan desempeñar la tutela o curatela de aquéllas, de acuerdo con lo previsto en el Código Civil. Para ello impulsará la creación de entidades tutelares de ámbito territorial que garanticen el acercamiento a la persona tutelada, cuidando su integración en su propio entorno”.

Esta normativa ha servido de base para la creación de personas jurídicas que se responsabilizaran del ejercicio de cargos tutelares de personas que no cuentan con una persona candidata idónea para tal nombramiento, en los términos establecidos en el artículo 234 del Código Civil.

El objetivo era responder a una situación de hecho, que en muchos casos correspondía a directores de residencia o familiares cercanos, regulada hasta ese momento por la buena fe de quien la ejercía, pero ante la que no existían mecanismos de control y fiscalización que supusieran una salvaguarda personal y patrimonial efectiva del individuo.

En marzo de 2012 se publicó desde la Dirección General de Personas con Discapacidad de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social un Protocolo de Actuación de las Entidades Tutelares en Andalucía, cuyo objetivo básico fue diseñar un protocolo de uso común, que sirviera de referente de actuación a las entidades tutelares que desarrollan su actividad en Andalucía y las que en un futuro pudieran hacerlo.

Actualmente hay en cada provincia una fundación tutelar, de carácter mixto, participada por la Consejería de Igualdad y Políticas sociales, FAISEM, Administraciones Locales y asociaciones representantes de personas con discapacidad, personas mayores o personas con enfermedad mental. Asimismo, hay otras fundaciones o entidades tutelares creadas por asociaciones o Administraciones Locales.

Desde las entidades tutelares se atiende a:

- ◆ Personas con capacidad jurídica modificada o incurso en procedimientos judiciales de modificación de su capacidad, sin familia o con familia inadecuada para ejercer la tutela u otros nombramientos judiciales.
- ◆ Familiares de personas con capacidad jurídica modificada, con cargo asignado a la Entidad Tutelar
- ◆ Familiares de personas que, presentando alguno de los perfiles descritos anteriormente, acuden al servicio de Asesoría e Información que prestan las entidades, para conocer las particularidades de los procedimientos judiciales sobre modificación de la capacidad.
- ◆ Profesionales externos en servicios de asesoría e información.

Las funciones de las entidades tutelares, con carácter general, son las siguientes:

- ◆ **Área persona y social:** seguimiento e intervención con personas usuarias; gestión, organización y recopilación de datos y fomento del voluntariado.
- ◆ **Área jurídica:** intervención en el procedimiento judicial sobre la capacidad de las personas; comunicaciones y/o comparecencias en los juzgados y procedimientos que requieren autorización judicial.

◆ **Área administrativa-contable:** presentación de inventarios; control de ingresos y gastos; rendición de cuentas; actividad general de la Fundación; administración y otros.

http://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Protocolo_de_actuacion_de_las_entidades_tutelares_en_Andalucia.pdf

6. Red de Atención a las drogodependencias en Andalucía

El sistema de atención a las drogodependencias y adicciones se caracteriza por su cobertura universal y de acceso directo y gratuito, en el que se integran centros públicos y centros privados-concertados.

El modelo de intervención asistencial se estructura en torno a distintas fases del tratamiento secuenciadas y paralelas, que van desde la reducción de daños hasta la incorporación social, pasando por la desintoxicación y la deshabituación. También se contempla el seguimiento y la recaída.

La puerta de entrada al circuito terapéutico se hace a través de los Centros de Tratamiento Ambulatorio, siendo por tanto el canal de acceso al resto de los recursos y programas disponibles en la red asistencial, como son las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria, Comunidades Terapéuticas, Viviendas de Apoyo al Tratamiento, Viviendas de Apoyo a la Reinserción, Centros de Día y Centros de Encuentro y Acogida.

Para finalizar con este apartado, es conveniente hacer referencia a la publicación en el año 2012 del Protocolo de actuación conjunta entre unidades de salud mental comunitaria y centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias, cuyo objetivo general es mejorar la coordinación entre la red asistencial de salud mental y la red de atención a las drogodependencias y otras adicciones, protocolizando actuaciones conjuntas que ofrezcan una respuesta eficaz a la problemática de personas con patología dual.

<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdady politicassociales/areas/drogodependencia/atencion.html>

7. Servicio de Protección al Menor

Las acciones protectoras de la Administración tienen como objetivo fundamental garantizar el bienestar infantil en su sentido más amplio, con especial atención a aquellos sectores que se encuentran en situación de dificultad social. Para llevar a cabo estas acciones el dispositivo de referencia es el Centro de Protección.

Según el Decreto 355/2003, de 16 de diciembre, de Acogimiento Residencial de Menores, los Centros de Protección son establecimientos destinados al acogimiento residencial de menores sobre quienes se asuma u ostente previamente alguna de las medidas de tutela o guarda, sin perjuicio de la atención inmediata que se les preste cuando se encuentren transitoriamente en una supuesta situación de desprotección.

Constituyen espacios donde se atiende a menores, promoviendo el desarrollo integral de las diversas dimensiones como personas, combinando la calidad técnica y la calidez humana. Se clasifican en Casas y Residencias.

Según la Orden de 13 de julio de 2005, por la que se aprueba el Proyecto Educativo Marco para los centros de protección de menores en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, los programas residenciales son instrumentos técnicos para orientar la acción de los centros, de acuerdo al perfil de menores que se atiende en cada momento, variando de acuerdo a la necesidad de adaptación constante a los cambios en dichos perfiles. Dentro de este Proyecto Educativo Marco se encuentra un programa específico de atención a la diversidad, en el que se atiende a menores cuyas

necesidades específicas exigen un abordaje diferenciado. Las situaciones o perfiles que se incluyen entre estos programas son:

- ◆ el abordaje de graves trastornos del comportamiento relacionados con patologías psicosociales y educativas;
- ◆ el tratamiento de graves trastornos de conducta, asociados con trastorno mental y la atención a menores con grave discapacidad.

<http://juntadeandalucia.es/temas/familias-igualdad/infancia/servicios-proteccion.html>

8. Programas de Tratamiento a Familias con Menores en situación de riesgo o desprotección: se enmarcan en el Sistema de Protección a la Infancia que definen, tanto la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor como el posterior desarrollo normativo e institucional que se deriva de la misma.

El Decreto 494/2015, de 1 de diciembre, por el que se regula y gestiona el Programa de Tratamiento a Familias con Menores en situación de riesgo o desprotección va dirigido a familias y/o cuidadores con menores en situación de riesgo. Este programa consiste en la administración a las familias de un tratamiento específico e integrador que permita la adquisición de pautas rehabilitadoras que compensen la situación de riesgo que pueda afectar directa o indirectamente al bienestar de los y las menores. Se gestiona mediante la cooperación entre la Administración de la Junta de Andalucía y las Entidades Locales, a través del correspondiente Convenio, y su financiación a través del sistema de transferencias.

El Programa se lleva a cabo por Equipos de Tratamiento Familiar, que tienen carácter técnico e interdisciplinar. El número de equipos y su composición está en función de la población a atender y del ámbito de actuación de la Entidad Local.

<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/infancia-familias/apoyo-familias/paginas/tratamiento-familias.html>

9. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)

Institución pública que desarrolla y gestiona recursos de apoyo social específicos para personas usuarias de los servicios sanitarios públicos de salud mental con trastorno mental grave.

Los programas de atención social específicos para personas con enfermedad mental puestos en marcha por FAISEM se desarrollan básicamente en las siguientes áreas de intervención:

- ◆ Residencial,
- ◆ Ocupacional,
- ◆ Laboral,
- ◆ Fomento de relaciones sociales,
- ◆ Apoyo al movimiento asociativo,
- ◆ Promoción de instituciones de tutela

En cuanto a iniciativas de coordinación interinstitucional, es importante destacar la existencia de las Comisiones de Coordinación Intersectorial creadas como un espacio de coordinación socio-sanitaria para la atención de personas con enfermedad mental grave en Andalucía. Se constituyeron a nivel provincial a iniciativa de FAISEM. La componen responsables provinciales del Servicio Andaluz de Salud, Consejería para la Igualdad y Políticas Sociales y FAISEM.

Además hay una comisión a nivel autonómico con participación de las mencionadas instituciones y servicios para evaluar periódicamente el desarrollo de las actividades y conocer y resolver, en su caso, las incidencias que se presenten en el mismo, interviniendo sobre las discrepancias que pudieran presentarse en las Comisiones Provinciales de Coordinación.

En las Comisiones se abordan casos de personas con trastorno mental grave (TMG), si bien también son objeto de estudio en estas comisiones personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental y/o trastornos graves del comportamiento.

<http://www.faisem.es/index.php/es/>

Ámbito sanitario:

El primer contacto con el SSPA se realiza en atención primaria a través de los centros de salud de referencia, también puede producirse en los servicios de urgencias. El segundo nivel de atención es la atención especializada, que atiende todos los problemas de salud mental de la población andaluza, incluyendo los de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento.

La atención especializada a las personas con problemas de salud mental se realiza en los dispositivos, integrados en las áreas hospitalarias o áreas de gestión sanitaria, que más abajo se relacionan.

El dispositivo básico sobre el cual se organiza dicha atención es la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), al que se accede a través de las derivaciones realizadas desde atención primaria, primer nivel de atención de la persona usuaria.

Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC): es un dispositivo de orientación comunitaria y carácter multidisciplinar y se establece como el dispositivo básico de atención especializada a la salud mental, constituyendo el primer nivel de atención especializada. Su ámbito poblacional estará determinado por la población que tenga asignada en el área hospitalaria o área de gestión sanitaria correspondiente a la que esté adscrita. Dicha unidad constituye el dispositivo con el que se coordinarán el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la salud mental.

Unidad de Hospitalización de Salud Mental (UHSM): dispositivo asistencial destinado a atender las necesidades de hospitalización en salud mental en régimen de hospitalización completa y de corta estancia cuando el trastorno mental que presenta la persona así lo requiere. Asimismo participa en el desarrollo de programas de atención a pacientes con alto riesgo de hospitalización.

Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMI-J): dispositivo asistencial de salud mental destinado a desarrollar programas especializados para la atención a la salud mental de la población infantil y adolescente menor de edad con trastorno mental derivada desde las USMC del área hospitalaria de referencia o área de gestión sanitaria correspondiente. Presta atención especializada a la salud mental, en régimen ambulatorio y de hospitalización completa o parcial a esta población.

Dentro de la patología atendida se encuentran personas usuarias con autismo y trastornos generalizados del desarrollo.

Unidad de Rehabilitación de Salud Mental: dispositivo asistencial de salud mental que tiene por objeto la recuperación de habilidades sociales y la reinserción social y laboral, en régimen ambulatorio, de personas con trastorno mental grave derivadas desde las USMC del área hospitalaria de referencia o del área de gestión sanitaria correspondiente. Desarrolla programas terapéuticos con el objeto de mejorar el funcionamiento psicosocial de la persona usuaria, preferentemente con un trastorno mental grave, fomentando la recuperación de habilidades sociales y su reinserción social y laboral si es posible. Asimismo colabora, mediante una actuación coordinada, con los organismos e instituciones públicas con competencia en materia de servicios sociales, para la reinserción social de estas personas.

Hospital de Día de Salud Mental: dispositivo asistencial de salud mental de hospitalización parcial. Se configura como recurso intermedio entre la unidad de salud mental comunitaria y la unidad de hospitalización de salud mental. Presta atención especializada, en régimen de hospitalización diurna, a pacientes derivados desde las unidades de salud mental comunitaria de su ámbito de influencia, mediante el desarrollo de programas individualizados de atención de carácter intensivo.

Comunidad Terapéutica de Salud Mental: es un dispositivo de hospitalización de media y larga estancia, que se dirige al tratamiento intensivo de las personas con trastorno mental grave derivadas desde las unidades de salud mental comunitaria y que requieren una atención sanitaria más completa y prolongada en el tiempo.

Ámbito Educativo:

Según establece la Ley Orgánica 2/2006 de 3 de mayo de Educación, se entiende por alumnado que presenta necesidades educativas especiales aquel que requiera, por un periodo de su escolarización o a lo largo de toda ella, determinados apoyos y atenciones educativas específicas derivadas de discapacidad o trastornos graves de conducta.

Las personas con necesidades educativas especiales tendrán derecho a una efectiva integración en el sistema educativo general de acuerdo con lo que dispongan las leyes, disponiendo los centros ordinarios de medidas de atención a la diversidad, tanto organizativas como curriculares, que les permitan, en el ejercicio de su autonomía, una organización flexible de las enseñanzas y una atención personalizada al alumnado en función de sus necesidades.

Corresponde a la administración educativa asegurar los recursos necesarios para el alumnado que requiera una atención educativa diferente a la ordinaria. Con objeto de proporcionar la respuesta educativa adecuada, este alumnado podrá escolarizarse en aquellos centros que dispongan de recursos específicos que resulten de difícil generalización. La escolarización en unidades o centros de educación especial, sólo se llevará a cabo cuando las necesidades educativas no puedan ser atendidas en el marco de las medidas ordinarias de atención a la diversidad de los centros educativos.

La Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de educación de Andalucía, recoge que la Administración de la Junta de Andalucía establecerá el conjunto de actuaciones necesarias para prevenir, detectar e intervenir de forma precoz sobre estas necesidades educativas, así como para alcanzar el máximo desarrollo, personal, intelectual, social y emocional de este alumnado durante toda la escolarización.

La evaluación psicopedagógica, realizada por el orientador u orientadora del Equipo de Orientación Educativa (EOE) de zona o del Departamento de Orientación, está encaminada a recoger, analizar y valorar la información sobre las condiciones personales del alumno o alumna, su interacción con el contexto escolar y familiar y su competencia curricular, con objeto de delimitar sus necesidades educativas y fundamentar la toma de decisiones que permita proporcionar una respuesta educativa que logre desarrollar, en el mayor grado posible, las competencias y capacidades establecidas en el currículo y establecer la modalidad de escolarización más adecuada para este alumnado:

- ◆ Modalidad grupo ordinario.
- ◆ Modalidad grupo ordinario con apoyos en periodos variables.
- ◆ Modalidad en aulas específicas en centros ordinarios.
- ◆ Centros Específicos de Educación Especial.

La escolarización en aulas o centros de educación especial, que podrá extenderse hasta los 21 años, sólo se llevará a cabo cuando sus necesidades no puedan ser atendidas en el marco de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios.

La estructura de la educación especial en las aulas y centros específicos de educación especial en Andalucía se concreta en dos períodos:

- ◆ Período de Formación Básica Obligatoria. Coincide con las edades de escolarización obligatoria para todo el alumnado.
- ◆ Período de Formación para la Transición a la Vida Adulta y Laboral. Llevará al alumno o alumna, desde la finalización de la escolaridad obligatoria (16, 17 o 18 años) hasta los 21 años (edad máxima de permanencia en el sistema educativo).

Los perfiles profesionales que requiere este alumnado pueden ser los siguientes:

- ◆ Maestros o maestras especialistas en Pedagogía Terapéutica.
- ◆ Maestros o maestras especialistas en Audición y Lenguaje
- ◆ Maestros o maestras especialistas en Audición y Lenguaje conocedores o no de la Lengua de Signos.
- ◆ Monitores o monitoras de educación especial.
- ◆ Profesorado de Apoyo curricular en educación secundaria obligatoria y post-obligatoria.
- ◆ Intérprete de lengua de signos en educación secundaria obligatoria y post-obligatoria.
- ◆ Equipos de Orientación Educativa en educación primaria y Departamentos de Orientación en educación secundaria.
- ◆ Equipo de Orientación Educativa Especializado (ámbito provincial).
- ◆ Fisioterapeutas y personal sanitario: para la rehabilitación y atención sanitaria al alumnado de los centros específicos de educación especial.

Toda la información relacionada con el alumnado con necesidades educativas especiales quedará recogida en el módulo de gestión de la orientación del sistema de información SÉNECA.

<http://www.ced.junta-andalucia.es/>

Ámbito Judicial

En relación a este ámbito de atención, se encuentra una adecuada herramienta de apoyo en la guía editada por el Defensor del Pueblo Andaluz “Guía de intervención en procesos de jurisdicción civil relativos a personas con discapacidad derivadas de distintos tipos de problemas psíquicos”. El objeto de la guía es establecer pautas homogéneas dirigidas a conseguir la mayor eficacia en la atención a las personas en grave situación de desprotección social, con limitación de su capacidad como consecuencia de la concurrencia de factores de exclusión social y graves discapacidades derivadas de distintas patologías psíquicas. Personas que, en consecuencia, requieren asistencia sanitaria y social cuando se relaciona con la Administración de Justicia.

Por otro lado, pretende evitar la excesiva judicialización de las situaciones que, en muchas de las ocasiones, con una intervención preventiva podrían evitarse mediante una actuación socio-sanitaria acorde a las necesidades planteadas.

Fiscalía especialista en personas con discapacidad: las funciones de la fiscalía especialista en personas con discapacidad son las siguientes:

- La protección de las personas con discapacidad en los procesos de modificación de la capacidad (Diligencias Prejudiciales, Incapacitación, Internamientos, etc.).
- Las autoridades y funcionariado público tienen la obligación de poner en conocimiento de la Fiscalía cualquier causa de Incapacidad; obligación que se torna facultad en el caso de los particulares.
- El procedimiento puede iniciarse ante los Juzgados, con abogado y procurador, por los familiares, cónyuge o persona con análoga relación, padres, hermanos, hijos e incluso la propia persona con discapacidad.
- El Ministerio Fiscal actuará de forma coordinada con los Servicios Sociales y Sanitarios. Así, se tendrá un conocimiento completo, no sólo de la concurrencia de causa de incapacitación, desde la perspectiva médica, sino también de las circunstancias personales, familiares, vecinales, persona adecuada para tutela, sociales y patrimoniales de la persona con discapacidad.
- Constitución, vigilancia y control de las instituciones tutelares (tutores, curadores, tutela institucional, otros apoyos).
- Formación, divulgación e información de la materia a las personas con discapacidad, sus familias y organismos tutelares.

Cumplimiento de medidas privativas de libertad en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios: cuando una persona con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento está próxima a cumplir una medida de internamiento en el

Hospital Psiquiátrico-Penitenciario, con el objeto de garantizar la adecuada atención y seguimiento, se lleva a cabo de manera coordinada entre el Hospital Psiquiátrico Penitenciario y el Programa de Salud Mental del SAS, una derivación a los dispositivos sociales o sanitarios con la suficiente antelación, a fin de que ésta se produzca sin solución de continuidad, recabando para ello la colaboración de la Institución Penitenciaria y de los dispositivos externos implicados.

Justicia Juvenil: en España, la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de las personas menores, articula el régimen jurídico aplicable a las personas mayores de catorce años y menores de dieciocho que cometan infracciones contempladas como delitos o faltas en el Código Penal y leyes penales especiales. En Andalucía, la Consejería de Justicia e Interior, a través de la Dirección General de Justicia Juvenil y Cooperación, ejerce, entre otras, las siguientes competencias en materia de justicia juvenil:

- La organización, dirección y gestión de centros y servicios para la ejecución de las medidas judiciales.
- La creación, dirección, coordinación y supervisión de programas en relación con las personas menores y jóvenes sometidas a medidas judiciales

Agentes intervinientes con relación a esta materia:

- Juzgados de menores
- El ministerio fiscal
- La Dirección General de Justicia Juvenil y Cooperación de la Junta de Andalucía.
- Los equipos técnicos.
- Centros y servicios de justicia juvenil
 - ◆ Centros de internamiento de menores infractores.

Los equipos técnicos están formados por profesionales de las disciplinas de psicología, educación y trabajo social y cuya función es asistir técnicamente en las materias propias de sus disciplinas profesionales a los jueces de menores y al ministerio fiscal. Dependen orgánicamente de la comunidad autónoma y están adscritos a los juzgados y fiscalías de menores.

Las medidas que pueden imponer los jueces de menores se diferencian entre privativas y no privativas de libertad.

<http://juntadeandalucia.es/organismos/justiciaeinterior/areas/justicia/juvenil.html>

Redes de recursos

Ámbito Social:

Servicios Sociales Comunitarios

<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/inclusion/servicios-comunitarios.html>

Servicios Sociales Especializados

- ◆ Directorio de Centros de atención para personas con discapacidad: acceso al directorio de residencias para personas adultas y gravemente afectadas, así como el de unidades de estancias diurnas y viviendas tuteladas.

<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/entidades-centros/personas-discapacidad.html>

- ◆ Centros de Valoración y Orientación (CVO).

<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/discapacidad/cvo.html>

- ◆ Servicios y prestaciones para personas con discapacidad adultas

<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/discapacidad/prestaciones.html>

Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA)

<http://www.assda.junta-andalucia.es/>

Red de Atención a las drogodependencias en Andalucía.

- ◆ Directorio de Centros de atención a las Drogodependencias y Adicciones: acceso a los recursos y programas existentes en drogodependencias y adicciones, tanto para las personas afectadas, como para sus familiares. También ofrece un instrumento útil para profesionales que trabajan, tanto en el sector público como en el privado, en el ámbito de las drogodependencias y adicciones.

http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/modules/com.opencms.presentacionCIBS/paginas/detalle.jsp?listar=true&tipoContenido=/Publicacion/§or=/Sector/Drogodependencia/&contenido=/Drogodependencia/Publicacion/Directorio_Centros_2010

<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/drogodependencia/atencion.html>

Servicio de Protección al Menor.

<http://juntadeandalucia.es/temas/familias-igualdad/infancia/servicios-proteccion.html>

- ◆ **Programa de Tratamiento a Familias con Menores.**

<http://juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/infancia-familias/apoyo-familias/paginas/tratamiento-familias.html>

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)

<http://www.faisem.es/index.php/es/>

Ámbito Sanitario

Atención Primaria: Información sobre los centros de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud.

http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_conocerSAS_aps

Red de Salud Mental: información sobre la red de recursos públicos de atención a la salud mental, tanto sanitarios como de apoyo social, así como sobre la red de apoyo mutuo de personas usuarias y familiares existente en Andalucía.

http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosacc.asp?pagina=gr_smental_redr_1

Atención Temprana y Entidades prestadoras de servicios

<http://juntadeandalucia.es/temas/salud/infantil/temprana.html>

Ámbito Educativo

Red de centros educativos de Andalucía:

<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/vscripts/centros/>

<http://www.ced.junta-andalucia.es/>

Ámbito Judicial

Cumplimiento de medidas privativas de libertad en Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios.

http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA_DE_ACCI%N_HOSPITALES_PSIQUI%TRICOS_PENITENCIARIOS.pdf

<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/otrasUnidades.html>

Justicia Juvenil.

<http://juntadeandalucia.es/organismos/justiciaeinterior/areas/justicia/juvenil.html>

Glosario de términos

Ajustes razonables: son las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas del ambiente físico, social y actitudinal a las necesidades específicas de las personas con discapacidad que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular de manera eficaz y práctica, para facilitar la accesibilidad y la participación y para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos.

Apoyos: recursos y estrategias cuyo propósito es promover el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar personal que mejoran el funcionamiento individual. (Luckasson et al., 2002/2004. Definición adoptada por la AAIDD en 2002).

Atención infantil temprana: el conjunto de actuaciones en materia sanitaria, educativa y social, que tiene por objeto dar respuesta a las necesidades que presenta la población infantil menor de seis años con trastornos en su desarrollo o riesgo de padecerlos, así como la intervención sobre su familia y entorno, potenciando sus capacidades y mejorando su calidad de vida, considerando su globalidad.

Autodeterminación: proceso por el cual la acción de una persona es el principal agente causal de su vida y de las elecciones y toma de decisiones sobre su calidad de vida, libre de influencias externas o interferencias. (Wehmeyer, 2001).

Autoevaluación: implica un proceso de análisis en pro de cómo hacemos nuestro trabajo, según las directrices establecidas. Es un tipo de práctica de aprendizaje y mejora para la que es necesaria una organización o equipo de trabajo muy autorreflexivo y honesto. Puede resultar una experiencia de aprendizaje muy significativa

Buenas prácticas: conjunto de acciones que han rendido buen o incluso excelente servicio en un determinado contexto y que se espera que, en contextos similares, rindan similares resultados.

Calidad de vida: percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Organización Mundial de la Salud).

Código ético: conjunto de normas sobre la ética en el desarrollo de las actividades de los y las profesionales del servicio de información y asesoramiento.

Conducta problemática en personas con discapacidad intelectual: “se trata de conductas anormales desde el punto de vista cultural, de tal frecuencia, duración o intensidad que ponen en riesgo la seguridad física, el bienestar o la calidad de vida de la persona o de otros, o bien que impiden a la persona que las muestra el acceso a los recursos ordinarios de la Comunidad” (Eric Emerson, 1.995; 2.001)

Dependencia: el estado permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes

para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Discapacidad: la situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Diseño universal o diseño para todas las personas: es la actividad por la que se conciben o proyectan desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, programas, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas, en la mayor extensión posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El «diseño universal o diseño para todas las personas» no excluirá los productos de apoyo para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando lo necesiten.

Efectividad: mide los logros, avances y progresos de las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental en relación a los objetivos específicos que se habían establecido

Eficacia: informa sobre la idoneidad del contenido descrito en la guía en relación a los resultados que se están obteniendo

Impacto: mide la influencia positiva que tiene la puesta en práctica de dicha guía, favoreciendo una atención de calidad a dichas personas.

Medidas de acción positiva: son aquellas de carácter específico consistentes en evitar o compensar las desventajas derivadas de la discapacidad y destinadas a acelerar o lograr la igualdad de hecho de las personas con discapacidad y su participación plena en los ámbitos de la vida política, económica, social, educativa, laboral y cultural, atendiendo a los diferentes tipos y grados de discapacidad.

Modelo de calidad de vida: concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona con relación a ocho necesidades fundamentales: bienestar material, bienestar físico, bienestar emocional, desarrollo personal, relaciones interpersonales, inclusión social, derechos y autodeterminación. (R. Schalock y M.A. Verdugo 2002/2003).

Personal: referido a aquellas personas que de forma profesional o como parte del voluntariado trabajan para mejorar la calidad de vida de las personas usuarias.

Personas usuarias: referido a aquellas personas que en algún momento de su vida son usuarias de alguno de los servicios implicados en la presente guía.

Transversalidad de las políticas en materia de discapacidad: principio en virtud del cual las actuaciones que desarrollan las Administraciones Públicas no se limitan únicamente a planes, programas y acciones específicos, pensados exclusivamente para estas personas, sino que comprenden las políticas y líneas de acción de carácter general en cualquiera de los ámbitos de actuación pública, en donde se tendrán en cuenta las necesidades y demandas de las personas con discapacidad.

Abreviaturas

AIT: Atención Infantil Temprana

AP: Atención primaria

APROSUB: Asociación en favor de las personas con discapacidad intelectual de Córdoba

ASAS: Asociación Sevillana de ayuda a la discapacidad

ASSDA: Agencia de servicios sociales y dependencia de Andalucía

CERMI: Comité de entidades representantes de personas con discapacidad

CTA: Centro de tratamiento de adicciones

CVO: Centro de valoración y orientación

DID: Discapacidad intelectual y del desarrollo

DIDEMAC: Discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental o y/o del comportamiento

EVO: Equipo de valoración y orientación de personas con discapacidad.

FAISEM: Fundación pública andaluza para la integración social de personas con enfermedad mental

INTEGRACION PLENA: Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual.

PIT: Plan individualizado de tratamiento

PPA: Plan personal de apoyo

SM: Salud mental

SS.SS: Servicios sociales

SS.SS.CC: Servicios sociales comunitarios

SS.SS.EE.: Servicios Sociales Especializados

TC: Trastornos de conducta

TM: Trastorno mental

UED: Unidad de estancia diurna

UGCSM: Unidad de gestión clínica de salud mental

USMC: Unidad de salud mental comunitaria



Bibliografía

1. Almenara Barrios, J., García González-Gordon, R., Novalbos Ruiz, J. P., Merello Martel, B., Abellan Hervás, M. J., & García Ortega, C. (1999). Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. *Revista española de salud pública*, 73(3), 383-392.
2. Alonso García, J., & Cuesta Gómez, J. L. (2014). Necesidad de planes de formación interdisciplinar. Atención sanitaria en personas con trastorno de espectro autista. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*.
3. Arias, B., Irurtia, M. J., & Gómez, L. E. (2009). Conductas problemáticas en personas con discapacidad intelectual: un estudio preliminar sobre dimensionalidad y propuesta de clasificación. *Psicología Conductual*, 17(2), 257-275.
4. Bailey, N. M. & Cooper, S-A (1997) The current provision of specialist health services to people with learning disabilities in England and Wales. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 52-59.
5. Bouras N., Cowley, A., Holt G., J.T. Newton and Sturmey P (2003) Referral trends of people with intellectual disabilities and psychiatric disorders. *Journal Intellectual Disability Research*, 47, 439 - 446
6. Bouras N., Holt G., Day K.& Dosen A. (1999) Mental health in mental retardation: The ABC for mental health, primary care and other professionals. *World Psychiatric Association*.
7. Bouras, N. & Holt, G. (2004). Mental Health Services for adults with learning disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 184, 291-292.
8. Canelo, J. A. M., Sardón, M. A., de las Hazas, A. S. L., & González, M. D. C. S. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad intelectual en España. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(5).
9. Cilleros, M., & Victoria, M. (2009). Evaluación de factores asociados a la conducta problemática en adultos con discapacidad intelectual.
10. Cooper, S.A., Melville CA, Einfeld SL. (2003) Psychiatric diagnosis, intellectual disabilities and Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD). *J Intellect Disabil Res.* 2003; 47 Suppl 1:3-15.
11. Cooper, S.A. (1997): Epidemiology of psychiatric disorders in elderly compared with younger adults with learning disabilities. *British Journal of Psychiatry*, 170, 375–380.
12. Coster, F., Costello, H., Hemmings, C.P., Holt, G., Hammond, R., O'Hara, J., Xenitidis, K. and Bouras, N. (In Press) Comparison of adults with learning disabilities and mental health problems admitted to specialist and generic inpatient units? *The Psychiatric Bulletin*
13. Cruz Ortiz, M., Pérez Rodríguez, M. D. C., Jenaro Río, C., Vega Córdova, V., & Flores Robaina, N. (2011). Vivenciando las necesidades de apoyo en la enfermedad mental. *Índex de Enfermeria*, 20(1-2), 16-20.

- 14.** Davidson, P. y O'Hara, J. (2007) Clinical services for people with intellectual disabilities and psychiatric or severe behaviour disorders. In: *Psychiatric and Behavioural Disorders in Intellectual & Developmental Disabilities*. Eds: Nick Bouras & Geraldine Holt. Cambridge University Press, 346-387.
- 15.** Deb S, Thomas M, Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability. 1: Prevalence of functional psychiatric illness among a community-based population aged between 16 and 64 years. *J Intellect Disabil Res*. 2001; 45(Pt 6):495-505.
- 16.** Deb S, Thomas M, Bright C. Mental disorder in adults with intellectual disability. 2: The rate of behaviour disorders among a community-based population aged between 16 and 64 years. *J Intellect Disabil Res*. 2001; 45(Pt 6):506-14.
- 17.** Doody, G.A., Johnstone, E.C., Sanderson, T.L., Cunningham-Owens, D.G. & Muir, W.J. (1998). 'Pfpopschizophrenie' revisited: schizophrenia in people with mild learning disability. *British Journal of Psychiatry*, 173, 145-153.
- 18.** Elita Smiley (2005): Epidemiology of mental health problems in adults with learning disability: an update. *Advances in psychiatric treatment* vol 11, 214-222.
- 19.** Emerson E., Moss S. & Kiernan C. (1999) The relationship between challenging behaviour and psychiatric disorders in people with severe developmental disabilities. In: *Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation* (ed. N. Bouras), pp38-48. Cambridge University Press, Cambridge.
- 20.** Emerson, E., Kiernan, C., Alborz, A., et al (2001): The prevalence of challenging behaviors: a total population study. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 77-93.
- 21.** Esteban, B., & Jordán de Urríes, F. B. (2006). Empleo con apoyo para personas con discapacidad intelectual y para personas con enfermedad mental. Comparación metodológica en dos proyectos piloto. *Siglo Cero*, 37(2), 63-78.
- 22.** FEAPS (2005). *Trastornos de la salud mental en las personas con discapacidad intelectual. Declaración FEAPS e Informe Técnico*, Madrid.
- 23.** García Ruiz I, Mellado MS, Alonso F, Arroyo M, Revuelta A, Salvador-Carulla L. Rehabilitación sociolaboral en la minusvalía psíquica: Análisis de una población de trabajadores en empleo protegido. *Anales de Psiquiatría* 1995; 11 (10): 377-385.
- 24.** Garvía, B. (2005). *Salud mental y síndrome de Down. Síndrome de Down: aspectos médicos actuales*. Barcelona: Masson y Fundación Catalana Síndrome de Down, 203-14.
- 25.** González-Gordon R.G., Salvador-Carulla L, Romero C, González-Saiz F, Romero D. Feasibility, reliability and validity of the Spanish version of Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability: a structured psychiatric interview for intellectual disability. *J Intell Disabil Res* 2002; 46(3): 209-217
- 26.** Gratsa, A., Holt, G., & Bouras, N. (Eds.). (2004). *Guide to mental health for families and carers of people with intellectual disabilities*. Jessica Kingsley Publishers.

- 27.** Grupo de trabajo DI y SM (2013). Propuestas para la mejora de la atención de las personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Andalucía. 7/12/15:
- 28.** http://sid.usal.es/idocs/F8/FD027072/atencion_discapacidad_intelectual_salud_mental.pdf
- 29.** Hall, I., Parkes, C., Samuels, S. and Hassiotis, A. (in press) Working across boundaries: clinical outcomes for an integrated mental health service for people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*
- 30.** Harvey, K. & Fraser, J. (1999). Prevalence and characteristics of patients with severe mental illness and borderline intellectual functioning: report from the UK700 randomised controlled trial of case management. *British Journal of Psychiatry*, 175, 135-140.
- 31.** Hassiotis, A., Barron, P. & O'Hara, J. (2000). Mental health services for people with learning disabilities: a complete overhaul is needed with strong links to mainstream services. *British Medical Journal*, 321, 583-584
- 32.** Holden J.P. Gitlesen. 2004 The association between severity of intellectual disability and psychiatric symptomatology. *Journal of Intellectual Disability Research*. Vol. 48 part 6 pp556-562.
- 33.** Holt G., Gratsa, A., Bouras N., Joyce, T., Spiller, M.J. and Hardy, S. (2004): *Guide to Mental Health for Families and Carers of People with Intellectual Disabilities*. Jessica Kinglsey Publishers.
- 34.** Holt, G., Costello, H., & Bouras, N. (2008). European service perspectives for people with intellectual disabilities and mental health problems. *Journal of International Psychiatry*.
- 35.** Holt, G., Hardy, S. & Bouras, N. (Eds) (2005) *Mental Health in Learning Disabilities: A Training Package for Staff Working with People with a Dual Diagnosis of Learning Disability and a Mental Health Problem*. Third edition. Brighton, Pavilion Publishing.
- 36.** Ibáñez, J. G., Feliu, T., Usón, M., Ródenas, A., Aguilera, F., & Ramos, R. (2009). Trastornos invisibles: las personas con discapacidad intelectual y trastornos mentales o de conducta. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 230(40), 38-60.
- 37.** Jiménez Cubero, M., Aguilar Noguera, V., Pol Viedma, V., Mata García, G., Crespo Valera, S., Martínez Granados, F., ... & Pol Yanguas, E. (2013). Seguimiento de las recomendaciones sobre psicofarmacología y su repercusión conductual en la discapacidad intelectual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(119), 479-495.
- 38.** López, M., Laviana, M., López, A., & Tirado, C. (2007). El Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia y las personas con trastorno mental grave. *Rehabilitación psicosocial*, 4, 1-2.
- 39.** Márquez-Caraveo, M., Zanabria-Salcedo, M., Pérez-Barrón, V., Aguirre-García, E., Arciniega-Buenrostro, L., & Galván-García, C. S. (2011). Epidemiología y manejo integral de la discapacidad intelectual. *Salud mental*, 34(5), 443-449.
- 40.** Marston G. M., Perry D. W. & Roy A. (1997) Manifestations of depression in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 41, 476-80

- 41.** Martínez-Leal, R., Salvador-Carulla, L., Gutiérrez-Colosía, M. R., Nadal, M., Novell-Alsina, R., Martorell, A., ... & Rodríguez, A. (2011). La salud en personas con discapacidad intelectual en España: estudio europeo POMONA-II. *Revista de neurología*, 53(7), 406.
- 42.** McGill, P., Cambridge, P., McCarthy, M., Mansell, J., & Murphy, G. (2000). Better lives for people with learning disabilities: an evidence-based strategy for change. *Tizard Learning Disability Review*, 5(3), 37-44.
- 43.** Novell Alsina, R (2009). Alternativas a la atención a las PDITC. Experiencia de los Servicios Especializados en Discapacidad Intelectual en Cataluña.
- 44.** Novell Alsina, R., Rueda Quittlet, P., Salvador Carulla, L., & Forgas Farre, E. (2015). Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual: Guía práctica para técnicos y cuidadores. Madrid: Colección FEAPS.
- 45.** Pérez F. (Coord.). (2006); AEN: 239-273. Dos Décadas tras la Reforma Psiquiátrica. "Los Hospitales Psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria". López M, Laviana M y García-Cubillana P.
- 46.** Roy, A., Martin, D. M., and Wells, M. B. (1997) Health gain through screening mental health: developing primary health care services for people with an intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 22, 227-239.
- 47.** Salvador-Carulla L, García-Mellado MJ, Velázquez R, Romero C, Alonso F. A reliability study of the Spanish version of the Social Behaviour Schedule (SBS) in a population of adults with learning disabilities. *J Intell Disabil Res* 1998; 42 (1): 22-28.
- 48.** Salvador-Carulla L, Novell Alsina R. *Guía Práctica de la Evaluación Psiquiátrica en el Retraso Mental*. Barcelona: Aula Médica; 2002.
- 49.** Salvador-Carulla L, Rodríguez-Blázquez C, Rodríguez de Molina M, Pérez-Marín J, Velázquez R. Hidden psychiatric morbidity in a vocational programme for people with intellectual disability. *J Intell Disabil Res* 2000; 44 (part2): 147-154.
- 50.** Salvador-Carulla L, Rodríguez-Blázquez C, Velázquez R. Comparing Services for Learning Disability and Mental Health in Spain. *Learning Disability Review* 1999; 9 (European Issue): 26-33.
- 51.** Salvador-Carulla, L. , & Alsina, R. N. (2002). *Guía práctica de la evaluación psiquiátrica en el retraso mental*. Grupo aula médica.
- 52.** Salvador-Carulla, L., Martínez-Leal, R., Poole, M., Salinas-Perez, J. A., Tamarit, J., García-Ibanez, J., ... & Alvarez-Galvez, J. (2013). The mental health care gap in intellectual disabilities in Spain: impact analysis and knowledge-to-action plan. *J Ment Health Policy Econ*, 16(3), 131-41.
- 53.** Salvador-Carulla, L., Rodríguez-Blázquez, C., & Velázquez, R. (1999). Comparing services for learning disability and mental health in Spain. *Learning Disability Review*, 9, 26-33.
- 54.** Salvador-Carulla, L., Rodríguez-Blázquez, C., de Molina, M. R., Angel-Mérida, A., & Alonso-Trujillo, F. (1998). Mental retardation and psychiatric morbidity in a vocational programme. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 11(3), 215-221.

- 55.** Stavrakaki, C. (1999). Depression, anxiety and adjustment disorders in people with developmental disabilities. In N. Bouras (ed.), *Psychiatric & Behavioural Disorders in Developmental Disabilities & Mental Retardation* (pp. 175-187). Cambridge: Cambridge University Press.
- 56.** Tsiantis, J., Diareme, S., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Flios, A., Christogiorgos, S., ... & Costello, H. (2004). Care Staff Awareness Training on Mental Health Needs of Adults with Learning Disabilities Results from a Greek sample. *Journal of Learning Disabilities*, 8(3), 221-234.
- 57.** Verdugo, M. A., & Martín, M. (2002). Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25(4), 68-77.
- 58.** Verdugo, M. Á., Córdoba, L., Restrepo, A. M., Cardona, J., & Peña, P. (2009). Psychosocial factors affecting adults with intellectual disabilities with psychiatric disorders in Cali, Colombia. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(3), 173-179.
- 59.** Verdugo, M. A., Martín, M., López, D., & Gómez, A. (2004). Aplicación de un programa de habilidades de autonomía personal y sociales para mejorar la calidad de vida y autodeterminación de personas con enfermedad mental grave. *Rehabilitación psicosocial*, 1(2), 47-55.
- 60.** Walsh, P. N., Linehan, C., Kerr, M. P., Van Schrojenstein Lantman - de Valk, H. M. J., Buono, S., Azema, B., ... & Van Hove, G. (2005). Developing a set of health indicators for people with intellectual disabilities: Pomona project. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 2(3 - 4), 260-263.
- 61.** Xenitidis, K., Gratsa, A., Bouras, N., Hammond, R., Ditchfield, H., Holt, G., Martin, J. and Brooks, D. (2004). Psychiatric inpatient care for adults with intellectual disabilities: Generic or specialist units? *Journal of Intellectual Disability Research*. Vol 48 (1), 11-18.







JUNTA DE ANDALUCÍA