

Recomendaciones para la atención a las **personas con funcionamiento intelectual límite**

26 de mayo de 2017



**Generalitat
de Catalunya**

presidencia.gencat.cat/funcionament_intel_lectual_limit

Recomendaciones para
la atención a las
**personas con
funcionamiento
intelectual límite**

Índice

Capítulo I.	Presentación.....	5
Capítulo II.	Introducción	6
Capítulo III.	Objetivos y organización	9
Capítulo IV.	Mejora de la detección precoz y confirmación del diagnóstico FIL	17
	Apartado 1. Proceso de detección y señales de alarma	19
	Apartado 2. Proceso de diagnóstico.....	23
	Apartado 3. Medicina legal y forense	27
	Apartado 4. Recursos que intervienen en los procesos de detección y diagnóstico.....	30
	Apartado 5. Cribado e identificación.....	32
Capítulo V.	Plan individualizado de intervención	39
	Apartado 1. Niños y adolescentes con FIL diagnosticado o con riesgo de FIL	40
	Apartado 2. Personas adultas con FIL y enfermedad mental	46
Capítulo VI.	Inserción laboral.....	51
	Apartado 1. Proceso de intervención para la mejora de la inserción laboral.....	54
Capítulo VII.	Coordinación interdepartamental e interprofesional	57
	Apartado 1. Coordinación interservicios	58
	Apartado 2. Recomendaciones de información y documentación	59
	Apartado 3. Atención y apoyo a las familias	59
	Apartado 4. Formación de los profesionales	60
	Apartado 5. Recursos existentes.....	61
Capítulo VIII.	Glosario	65
Capítulo IX.	Bibliografía.....	75

I. Presentación

El funcionamiento intelectual límite (en adelante, FIL) es una condición que afecta a un porcentaje importante de la población y que tiene una repercusión en la calidad de vida de las personas y en su inserción social y laboral. A pesar de su impacto social y su frecuencia, el FIL todavía no está lo suficientemente reconocido por los sistemas sanitarios, sociales, educativos, laborales y judiciales a nivel internacional.

Hace ya muchos años, en Cataluña surgió una iniciativa por parte de diferentes empleados públicos de la Administración de la Generalitat y se creó la Asociación Catalana Nabiu, con el objetivo de conseguir la máxima normalización social y laboral de este colectivo, y se consiguió un buen modelo de inclusión laboral de estas personas en la Administración pública.

Asimismo, en el año 2009, desde el Departamento de Salud se apoyó un proyecto de investigación pionero a nivel internacional y se elaboró el *Manual de consenso sobre el funcionamiento intelectual límite*, coordinado por expertos de referencia nacional e internacional como el Dr. Luis Salvador Carulla, el Dr. Ramon Novell y el Dr. José García Ibáñez.

En el Gobierno de la Generalitat somos conscientes de que la atención a las personas con FIL requiere una visión transversal e intersectorial, con la implicación de los servicios de salud, educativos, sociales, laborales y judiciales. Por este motivo, en 2014 se impulsó un Grupo de Consenso FIL con la participación de profesionales de diferentes ámbitos; expertos en la atención a este colectivo. El objetivo de este grupo ha sido elaborar recomendaciones para mejorar la detección precoz y el diagnóstico del FIL, definir un plan individualizado de intervención, mejorar la integración social y laboral y garantizar la coordinación interdepartamental e interdisciplinaria en la atención a este colectivo.

Hoy, Cataluña dispone de un documento de recomendaciones para la atención integral a las personas con FIL que es pionero a nivel internacional. Esto ha sido posible gracias a la colaboración de los profesionales expertos en este ámbito y a la labor llevada a cabo durante todos estos años por la Asociación Catalana Nabiu.

II. Introducción

El funcionamiento intelectual límite (FIL) es una condición que afecta al menos a un 3 % de la población y que impide lograr un funcionamiento adecuado de la persona (por ejemplo, un nivel básico de escolarización o el acceso al mercado laboral).

Los estudios sobre la evidencia científica internacional en este ámbito son escasos y los resultados varían ampliamente. Desde un 12,3 % de población con FIL identificada en la población general británica (Hassiotis et ál., 2008) hasta un 3 % de la población española (Salvador-Carulla et ál., 2011). En el seno de la población penitenciaria esta prevalencia se muestra aún más variable en diferentes estudios, entre el 5,7 % (Murphy, Harnett y Holland, 1995), el 11 % (Herrington, 2009), el 23,6 % (Hayes, S.; Shackell, P.; Mottram, P.; Lancaster, 2007) y el 32,1 % (Porta, Martínez-Gómez y Pineda, 2003). Los factores propuestos para explicar estas variaciones porcentuales son el uso de diferentes muestras poblacionales, la falta de homogeneización de criterios para la categorización del FIL y la dificultad en la identificación de estas personas.

Por este motivo, un grupo de expertos elaboró una declaración y documento marco para dar respuesta a los retos de la atención a las personas con FIL, conocido como el **Manual de consenso sobre el funcionamiento intelectual límite** (en adelante, el Manual) en la que hizo diez recomendaciones:

1. El FIL es una metacondición de salud que requiere atención sociosanitaria, educativa y legal específica. Se caracteriza por disfunciones cognitivas diversas que se asocian a un coeficiente intelectual de entre el 71 y el 85 y que determinan un déficit en el funcionamiento de la persona, tanto en lo que se refiere a la restricción de actividades como en la limitación de su participación social.
2. La población infantil con FIL es más vulnerable que la población general, por lo que es necesaria la detección precoz y la evaluación psicopatológica y del potencial de aprendizaje de estos casos.
3. Las personas con FIL necesitan apoyo que facilite la adaptación escolar, laboral y social y, en algunos casos, una atención específica de salud.
4. En la etapa infantil y juvenil, se prevé la necesidad de definir el concepto FIL de acuerdo con criterios que permitan delimitar un grupo de personas que, sin tener discapacidad intelectual, no pueden seguir la escolarización como la mayoría de niños y niñas de la misma edad y entorno social.
5. El concepto FIL presenta una elevada variabilidad y carga cultural.

6. Las dificultades de accesibilidad jurídica y administrativa de la población con FIL determinan un desamparo que hay que corregir.
7. La detección precoz, la evaluación y la atención de las personas con FIL debe incorporarse de forma específica en ámbitos sanitarios, sociales, escolares, laborales y judiciales, con el fin de desarrollar una sociedad basada en los principios de justicia, equidad y diversidad.
8. Es necesario incentivar la investigación sobre los diferentes aspectos del FIL desde las perspectivas sanitaria, social, educativa, laboral y legal.
9. Debe mejorarse la formación sobre FIL de los profesionales de los diferentes ámbitos que intervienen en la atención de este colectivo.
10. Se debe promover la aparición de espacios territoriales de coordinación interdepartamental, así como espacios de transmisión del conocimiento entre profesionales de los diferentes sectores (salud, educación, trabajo, social y justicia).

Basándose en estas recomendaciones, el Gobierno de la Generalitat ha impulsado el Grupo de Consenso FIL, formado por profesionales de diferentes ámbitos, representantes de los diferentes departamentos implicados y la Asociación Catalana Nabiu, con el objetivo de elaborar un documento de recomendaciones sobre la atención integral a las personas con FIL.

FIL y enfermedad mental

El FIL es una agrupación heterogénea de síndromes, trastornos o enfermedades específicas del neurodesarrollo y posiblemente de variaciones extremas de la normalidad con una característica común: la limitación funcional secundaria en la capacidad intelectual.

En las últimas clasificaciones diagnósticas (DSM-5 y CIE-10) el FIL sigue sin estar clasificado como una categoría diagnóstica clínica dentro de la discapacidad, sino que se encuentra clasificado como una categoría secundaria. Aun así, se recomienda su codificación en los códigos diagnósticos utilizados habitualmente en el sistema sanitario (V62.89, según las CIE 9 y 10, y R41.83 según DSM-5).

La elevada prevalencia de la enfermedad mental en las personas con FIL nos obliga a mencionar de forma particular esta doble condición.

Existe gran variabilidad en la literatura científica a la hora de hablar de patología mental en el FIL, pero los estudios son muy escasos y las muestras rara vez se ciñen a esta población en exclusividad, por lo que es común observar estudios en los que se seleccionan pacientes

con FIL junto a pacientes con discapacidad intelectual leve e incluso moderada. La escasez de bibliografía sobre la psicopatología en el FIL ha llevado en el pasado a comparar pacientes con alteraciones neurológicas con este colectivo poblacional (Seidel, Chadwick y Rutter, 1975).

De forma general, se considera que al menos un 25 % de los sujetos con FIL tienen problemas psiquiátricos concomitantes a los déficits cognitivos (Koller, 1983; Rutter, 1970; Gostasson, 1985).

Hassiotis (1999, 2008) realiza un estudio con una muestra de 8.450 personas adultas extraídas de la base de datos *British National Survey of Psychiatry Morbidity* con el objetivo de evaluar la prevalencia de población con FIL y la frecuencia de enfermedad mental en este colectivo. Se describe un 12,3 % de personas con FIL en la muestra estudiada. Dentro de este grupo, la prevalencia de fobias, depresión, trastornos neuróticos, trastornos de personalidad y trastornos por abuso de sustancias (alcohol, cannabis y otras drogas) fue significativamente superior respecto al grupo de inteligencia normal.

Como personas que están en la frontera entre aquellas con inteligencia normal y aquellas con discapacidad intelectual, según las circunstancias que se den en su vida, sus capacidades para hacer frente a situaciones desfavorables y los apoyos que reciban, se acercarán más a un lado o al otro de la frontera.

Es sabido que hay individuos con FIL con un funcionamiento completamente independiente y que solo necesitan apoyos de forma puntual (Baxter et ál., 2006), por lo que se encuentran muy cerca del funcionamiento de la población general. No obstante, por otro lado, hay un grupo de personas con FIL que se sitúan en la parte más baja de esta horquilla que se solapan con la discapacidad intelectual.

Si la desviación se produce en el sentido de la discapacidad intelectual, los déficits cognitivos y funcionales para gestionar la vida diaria sin los apoyos adecuados, las repercusiones emocionales de las situaciones de fracaso y las vivencias de la percepción de ser diferente son aspectos que pueden repercutir en su salud mental y en su comportamiento.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la falta de reconocimiento y atención, por parte de la red de salud mental normalizada, de las inherentes dificultades cognitivas, especialmente ejecutivas, la forma atípica en que a menudo se manifiestan los trastornos mentales y la falta de formación de los profesionales pueden conllevar que sus necesidades especiales no sean identificadas y, por consiguiente, no reciban los apoyos necesarios para llevar una vida lo más normalizada y con la mayor calidad que les sea posible.

III. Objetivos y organización

Este documento recoge el consenso sobre criterios en actuaciones, medidas y apoyos para la atención integral de las personas con FIL destinados, fundamentalmente, a los profesionales de los ámbitos: sanitario (salud general y salud mental), educativo, social, laboral y jurídico.

También incluye propuestas y recomendaciones sobre aspectos organizativos, de formación, nuevos programas u otros, que se considera necesario impulsar y sobre los que es necesario que se trabaje en su definición, planificación e implementación.

El proceso, que va desde la detección de señales de alarma y el diagnóstico a la elaboración de un plan de intervención personal para las personas con FIL y que incluye propuestas para facilitar la integración laboral de estas personas, implica un trabajo en red de los profesionales de estos ámbitos.

El objetivo que se pretende con este documento es ofrecer recomendaciones para:

1. **Mejorar la detección precoz**, que debería intentarse conseguir a una edad temprana y desde el sistema educativo y sanitario en contacto con el niño, bien en atención primaria de salud (pediatría), en un CDIAP o en la etapa de educación infantil de 0 a 6 años. Un segundo nivel de detección sería en la etapa de la educación primaria y secundaria, ya que muchos de los alumnos con FIL pueden formar parte del conjunto de alumnos con riesgo de fracaso escolar si no reciben una atención educativa ajustada a sus necesidades.
2. **Confirmar el diagnóstico de FIL**, entendiendo que en estos momentos no se considera un diagnóstico de salud mental¹.
3. **Definir el plan individualizado de intervención** en todas las etapas de la vida de la persona con FIL:
 - Seguimiento social y sanitario.
 - Profesionales y ámbitos de intervención.
 - En la etapa infantojuvenil: concreción, en el plan de apoyo individualizado (PI) del alumno con FIL, de las medidas y apoyos adicionales o intensivos que se aplicarán

¹Atendiendo exclusivamente a la distribución normal del CI, el grupo de población con un CI entre 71 y 85 representaría el 13,6 % del total (EDAD 2008). La mayoría no presenta ninguna dificultad en la vida cotidiana. Como se indica en el Manual, desde una perspectiva conservadora, el Grupo de Consenso FIL ha estimado que la población en este rango de CI puede situarse en el 3 % de la población. Si consideramos de este grupo a aquellas personas con una clara necesidad de atención sociosanitaria, el «suelo» se situaría en torno al 1 %. Serían personas que desde pequeños han sufrido una exigencia que superaba sus capacidades (por ignorancia de su problemática en el entorno) y reactivamente han ido desarrollando trastornos. A veces estos trastornos son graves, como demuestra el ingreso de personas con FIL en la UHEDI y en residencias para personas con discapacidad intelectual y trastorno mental. Por eso es tan importante la detección precoz y el conocimiento de su situación en el ámbito educativo.

para que pueda alcanzar los objetivos de las diferentes etapas educativas.

- En la etapa adulta: concreción, en el plan de apoyo individualizado (PI) de la persona adulta con FIL, de las medidas y apoyos adicionales o intensivos que se aplicarán para que pueda alcanzar los objetivos personales, sociales y laborales en su vida, especialmente en las dificultades en la regulación de las emociones y la conducta que pueden provocar trastornos mentales. Es necesario que esta población sea considerada en el ámbito laboral como población de especial vulnerabilidad y favorecer su integración.
 - Soporte y, eventualmente, ayudas a la familia.
4. **Garantizar la coordinación interdepartamental e interprofesional** en la atención a las personas con FIL y también en las situaciones de mayor complejidad y, en estos casos, prever espacios de coordinación entre los profesionales implicados.

Grupo de Consenso FIL

Para elaborar este documento el Gobierno de la Generalitat ha impulsado la formación del Grupo de Consenso FIL, compuesto por profesionales de la Administración de la Generalitat que trabajan en áreas y servicios relacionados con este ámbito y por profesionales externos expertos en esta materia. Para facilitar la consecución de los objetivos, este Grupo de Consenso FIL se ha organizado de la siguiente manera:



Los diferentes actores que configuran el sistema del Grupo de Consenso FIL son:

- La Generalitat de Cataluña, impulsora del proyecto.
- La Asociación Catalana Nabiu, que ha sido el origen de la demanda que ha llevado a desarrollar este documento.
- Grupo de Trabajo FIL, sistema de trabajo que tiene por finalidad elaborar este documento.

Grupo de Trabajo FIL

El Grupo de Trabajo FIL está formado por el Consejo Consultivo, el Grupo de Coordinación y los diferentes grupos de trabajo.

Consejo Consultivo

Es el máximo órgano funcional de coordinación y aprueba el planteamiento del proyecto y el documento final. Está formado por las siguientes personas:

Por parte de la Generalitat de Cataluña:

- Joan Vidal de Ciurana. Secretario del Gobierno de la Generalitat. Departamento de la Presidencia.
- Elsa Artadi. Directora general de Coordinación Interdepartamental. Departamento de la Presidencia.
- Elvira Balcells. Analista de seguimiento sectorial. Departamento de la Presidencia.
- Francesc Fransí. Jefe del Área de Prevención, Salud Laboral y Políticas Sociales. Departamento de Gobernación, Administraciones Públicas y Vivienda.
- Neus Jornet. Secretaria ejecutiva del Consejo Catalán de Formación Profesional. Departamento de Enseñanza.
- Carme Altes. Jefa del Servicio de Atención a la Diversidad y la Inclusión. Departamento de Enseñanza.
- Cristina Molina. Directora del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña. Departamento de Salud.
- Dr. Jordi Medallo Muñiz. Director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña. Departamento de Justicia.
- Mònica Ribas. Subdirectora general de Atención y Promoción de la Autonomía Personal. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.
- Maria Antònia López Sala. Jefa del Servicio de Programas para la Diversidad. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.

Expertos profesionales:

- Dra. Marina Romeo. Directora de la Cátedra para la Integración Laboral de Personas con Discapacidad. Universidad de Barcelona.
- Fernando Barbancho. Profesor de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Universidad de Barcelona.
- Marcel·lí Medina. Profesor técnico de inserción. Unidad Docente. HDA de Nou Barris.
- Dr. Francisco Aguilera. Director médico del Sanatorio Villablanca. Institut Pere Mata.
- Dr. Ramón Novell. Jefe del Servicio de Discapacidad Intelectual. PH Martí i Julià. Instituto de Asistencia Sanitaria.
- Dra. Montse Pàmias. Presidenta de la Sociedad Catalana de Psiquiatria Infantojuvenil. Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares.
- Dra. Àurea Autet. Sociedad Catalana de Psiquiatria Infantojuvenil. Jefa de Servicio de Psiquiatria Infantojuvenil, Fundación Althaia.
- Assumpta Soler Ferràs. Instituto Municipal de Personas con Discapacidad. Ayuntamiento de Barcelona.

Grupo de Coordinación

Su función es la coordinación operativa del proyecto para facilitar la tarea de los grupos de trabajo.

Está formado por:

- Elvira Balcells. Analista de seguimiento sectorial. Departamento de la Presidencia.
- Francesc Fransí. Jefe del Área de Prevención, Salud Laboral y Políticas Sociales, Departamento de Gobernación, Administraciones Públicas y Vivienda.
- Carme Altes. Jefa del Servicio de Atención a la Diversidad y la Inclusión. Departamento de Enseñanza.
- Cristina Molina. Directora del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña. Departamento de Salud.
- Dr. Jordi Medallo Muñiz. Director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña. Departamento de Justicia.
- Mònica Ribas. Subdirectora general de Atención y Promoción de la Autonomía Personal. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.
- Maria Antònia López Sala. Jefa del Servicio de Programas para la Diversidad. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.

Grupos de trabajo



De acuerdo con los objetivos, se han configurado los siguientes grupos de trabajo: un grupo para desarrollar los objetivos 1 y 2, dos grupos para el objetivo 3 (uno para elaborar el plan individualizado de intervención y otro para trabajar los aspectos de integración laboral) y un último grupo para el objetivo 4.

1. Grupo de trabajo de mejora de la detección precoz y confirmación del diagnóstico de FIL

Responsable

- Carme Altes. Jefa del Servicio de Atención a la Diversidad y la Inclusión. Departamento de Enseñanza.

Profesionales

- Dr. Jordi Medallo Muñoz. Director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña. Departamento de Justicia.
- Dra. Claudina Vidal. Subdirectora de la División de Barcelona ciudad y L'Hospitalet de Llobregat. Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña. Departamento de Justicia.
- Mercedes Zayas. Psicóloga del CDIAP del paseo de Sant Joan. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.
- Dra. Montse Pàmias. Presidenta de la Sociedad Catalana de Psiquiatria Infantojuvenil. Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares.
- Dra. Montse Dolz. Jefa del Servicio de Psiquiatria del Hospital Sant Joan de Déu de Esplugues. Asesora del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña.

2. Grupo de trabajo de plan individualizado de intervención

Responsable

- Cristina Molina. Directora del Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña. Departamento de Salud.

Profesionales

- Núria Roig. Técnica docente del Servicio de Atención a la Diversidad y la Inclusión. Departamento de Enseñanza.
- Dr. Jordi Medallo Muñiz. Director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña. Departamento de Justicia.
- Elena Boira i Orantes. Responsable de Actuaciones de Apoyo a la Familia. Dirección General de Familias. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.
- Mercedes Zayas. Psicóloga del CDIAP del paseo de Sant Joan. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.
- Dra. Montse Pàmias. Presidenta de la Sociedad Catalana de Psiquiatría Infantojuvenil.
- Rosa Nicolau Palou. Psicóloga clínica. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica Infantojuvenil. Instituto de Neurociencias. Hospital Clínic de Barcelona.
- Francisco Aguilera. Director médico del Sanatorio Villablanca. Institut Pere Mata.
- Dr. Ramon Novell. Jefe del Servicio de Discapacidad Intelectual. PH Martí i Julià. Instituto de Asistencia Sanitaria.

3. Grupo de trabajo de integración laboral

Responsable

- Maria Antònia López Sala. Jefa del Servicio de Programas para la Diversidad. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.

Profesionales

- Francesc Fransí. Jefe del Área de Prevención, Salud Laboral y Políticas Sociales. Departamento de Gobernación, Administraciones Públicas y Vivienda.
- Mercè Escudero. Dirección General de Formación Profesional. Departamento de Enseñanza.
- Mercè Talavera Zamora. Área de Relaciones Interdepartamentales. Dirección General de Juventud. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.
- Glòria Gomez. Jefa de la Sección de Fomento para la Diversidad. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.
- Marcel·lí Medina. Profesor técnico de inserción. Unidad Docente. HDA de Nou Barris.
- Neus Palos. Directora del Área Laboral. Asociación Catalana de Integración y Desarrollo Humano (ACIDH).
- Dra. Marina Romeo. Directora de la Cátedra para la Integración Laboral de Personas con

Discapacidad. Universidad de Barcelona.

- Fernando Barbancho, profesor de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Universidad de Barcelona.

4. Grupo de trabajo de coordinación interdepartamental e interprofesional

Responsable

- Mònica Ribas. Subdirectora general de Atención y Promoción de la Autonomía Personal. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.

Profesionales

- Ariadna Corbera Arumí. Técnica del Servicio de Atención a la Diversidad y la Inclusión. Departamento de Enseñanza.
- Dr. Pere Bonet. Presidente del Consejo Asesor de Salud Mental y Adicciones. Departamento de Salud.
- Dr. Jordi Medallo Muñiz. Director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña. Departamento de Justicia.
- Montserrat Herrador Algaba. Directora del Centro de Atención a Discapacitados del Paral·lel. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.
- Maria Antònia López Sala. Jefa del Servicio de Programas para la Diversidad. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.

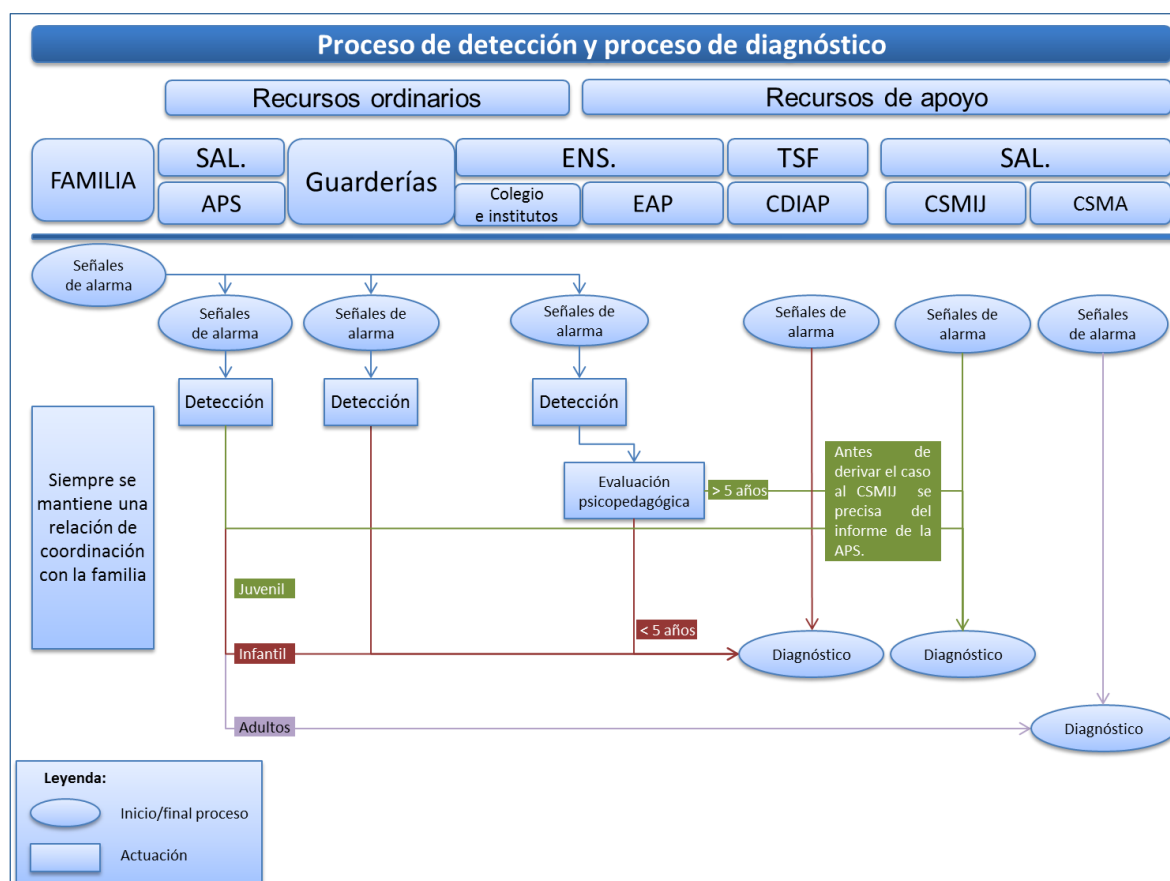
IV. Mejora de la detección precoz y confirmación del diagnóstico FIL

Las indicaciones que se recogen en este capítulo quieren completar la información del Manual concretando directrices de consenso dirigidas a los profesionales de los sistemas educativo, sanitario, social, laboral y legal que atienden a las personas con sospecha o evidencia de FIL en los ámbitos de la detección y el diagnóstico. El objetivo es facilitar la coordinación de las actuaciones entre estos profesionales y poder mejorar así la atención a las personas con FIL. Asimismo, se incorpora un apartado específico en el ámbito de la medicina legal y las ciencias forenses.

También incluye una breve explicación de los recursos que intervienen en los procesos de detección y diagnóstico y un apartado con explicaciones de los instrumentos de cribado que permiten identificar la sospecha de un funcionamiento intelectual límite.

Proceso de detección y diagnóstico

El gráfico siguiente muestra de manera esquemática los procesos de detección y diagnóstico que se desarrollan en este capítulo:



1. Proceso de detección y señales de alarma

Se entiende por señal de alarma aquellos signos, síntomas o conjunto de manifestaciones que si aparecen a determinada edad deben hacer pensar en la posibilidad de un FIL.

1.1. Niños y jóvenes

Es necesario que la detección del niño con un alto riesgo de padecer FIL se haga lo antes posible para que las intervenciones en el ámbito educativo, sanitario y social estén ajustadas a sus necesidades. Por ello es fundamental que los profesionales que atienden a los niños y jóvenes conozcan las señales de alarma.

La detección de los factores de riesgo y señales de alarma de FIL se puede producir tanto a partir de la observación directa de la conducta del niño como a partir del relato de la familia y los profesionales del ámbito educativo, sanitario y social que estén en contacto con el niño o la familia.

Es importante vigilar el desarrollo infantil de manera rutinaria en el protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud (*Programa de seguimiento del niño sano*) durante la edad pediátrica en la atención primaria de salud (APS), en las guarderías y en los colegios.

Cuando existe preocupación o se sospecha que el niño no sigue un desarrollo normal y se detecta la presencia de señales de alarma, se debe pasar a la evaluación específica de confirmación diagnóstica.

A continuación, se describen las principales señales de alarma que es importante que conozcan los profesionales de los diferentes centros que atienden a niños y jóvenes.

1.1.1. Guarderías y colegios

Las observaciones de los niños durante actividades de aprendizaje, de juego y de comunicación efectuadas por los educadores de las guarderías y los maestros en los colegios son valiosas para activar una sospecha de FIL.

En estos entornos son señales de alarma:

- ✓ Nivel bajo de comprensión.
- ✓ Pobreza en la fluidez verbal.
- ✓ Dificultades en procesos matemáticos y de lectoescritura.
- ✓ Dificultades en el proceso de simbolización.

- ✓ Falta de atención y concentración.
- ✓ Baja tolerancia a la frustración.
- ✓ Falta de iniciativa.
- ✓ Necesidad de adherencia a rutinas.
- ✓ Disminución de conductas exploratorias y falta de curiosidad.

Detectar la presencia de estas señales de alarma lo antes posible y concretar las características presentes (intensidad, desencadenantes, inhibidores...) son datos relevantes para la derivación a servicios especializados.

Cuando un docente detecta la presencia de señales de alarma debe derivar el caso a los profesionales del CDIAP, en el caso de alumnos de guarderías, o, en el caso de las escuelas, directamente a los profesionales del EAP o a la APS, para que estos confirmen o desestimen las sospechas de FIL mediante una evaluación psicopedagógica (EAP) o un diagnóstico (APS).

1.1.2. Institutos

Las dificultades de aprendizaje o relación señaladas en el apartado anterior pueden pasar desapercibidas durante las etapas de educación infantil y primaria o mostrarse de manera moderada, por lo tanto, se sigue exigiendo a los alumnos con FIL no diagnosticados un rendimiento escolar igual al de otros alumnos sin disponer de apoyos adicionales. Por ello, los alumnos con FIL entran en una situación de fracaso escolar que se puede complicar con comportamientos disruptivos o de inhibición, o desencadenar trastornos de conducta (véase el Manual, capítulo 4, apartado 1).

En la educación secundaria son señales de alarma:

- ✓ Información sobre dificultades de aprendizaje al finalizar la educación primaria.
- ✓ Fracaso escolar.
- ✓ Fracaso escolar asociado a sintomatología depresiva o ansiosa.
- ✓ Fracaso escolar asociado a trastornos de la conducta.

Cuando un docente detecta la presencia de señales de alarma debe derivar el caso a los profesionales del EAP, al orientador del instituto o a la APS, para que estos confirmen o desestimen las sospechas de FIL mediante una evaluación psicopedagógica (EAP y orientador del instituto) o un diagnóstico (APS).

1.1.3. Atención primaria de salud (APS)

Los profesionales de pediatría, médicos y personal de enfermería han de identificar los factores de riesgo y las señales de alarma en el seguimiento rutinario del *Programa de seguimiento del niño sano* para la atención primaria de salud y deben tener en cuenta las aportaciones de la familia que hagan referencia a los factores de riesgo.

En las revisiones pediátricas hay que tener en cuenta:

- ✓ Detección de alteraciones en el desarrollo neurológico.
- ✓ Información referente al rendimiento escolar.
- ✓ Alteraciones conductuales, especialmente en el ámbito escolar.
- ✓ Motivos de preocupación de las familias.

1.1.4. Centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP)

Los profesionales del CDIAP deben identificar desde las primeras etapas de vida los factores de riesgo y las señales de alarma en los niños que son atendidos en el centro y que presentan dificultades en el desarrollo.

Cuando un niño con signos de alarma finaliza el proceso de atención en los CDIAP, antes de recibir la baja del servicio habrá que hacer una valoración cognitiva mediante una prueba psicométrica para la determinación del CI y pruebas verbales y manipulativas, así como la evaluación de su funcionalidad en otros ámbitos (véase el apartado 5 en este capítulo).

1.1.5. Equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP) y orientadores de los centros de secundaria

Los equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP) y los orientadores de los institutos deben tener en cuenta las señales de alarma de FIL cuando, a petición del equipo docente y basándose en las señales de alarma descritas en los apartados 1.1.1. y 1.1.2., reciban la demanda de valoración de un alumno.

En este caso realizarán la valoración psicométrica y funcional del alumno a partir de los instrumentos descritos en el apartado 5 de este capítulo.

1.1.6. Centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ)

Cuando el CSMIJ atiende un niño o joven derivado directamente desde un centro de atención primaria de salud (APS) o desde un colegio o instituto, según el informe de derivación del EAP o del CDIAP, habrá que hacer una valoración de la capacidad intelectual a partir de los instrumentos descritos en el apartado 5:

- ✓ Siempre que haya un trastorno de aprendizaje.
- ✓ En cualquier otra psicopatología con antecedentes de fracaso escolar o dificultades en la adaptación al colegio.

En pacientes derivados del CDIAP con cualquier psicopatología y orientación diagnóstica de probabilidad de CI límite habrá que repetir la evaluación a los 8-9 años.

1.2. Personas adultas

Durante la etapa adulta, las personas situadas en la franja del funcionamiento intelectual límite tienen más dificultades para resolver problemas, ya sea en el trabajo o en las relaciones personales, que los conducen muchas veces a fracasos continuados en el acceso y permanencia en el trabajo o en sus relaciones sociales y familiares y a una mayor presencia de alteraciones de la conducta o enfermedades mentales.

Muestran dificultades en sus funciones ejecutivas, es decir, en las habilidades necesarias para organizar, planificar y dirigir la conducta hacia unos objetivos de forma ágil y eficiente.

Tienen problemas para:

- ✓ Generar conductas con una finalidad.
- ✓ Resolver problemas de forma planificada y estratégica.
- ✓ Prestar atención a diferentes aspectos de un problema a la vez.
- ✓ Dirigir la atención de forma flexible.
- ✓ Inhibir tendencias espontáneas que conducen a un error.
- ✓ Retener en la memoria de trabajo la información esencial para una acción.
- ✓ Captar lo esencial de una situación compleja.

Los centros de atención primaria de salud, los centros de atención terciaria de salud o los servicios de atención primaria de los servicios sociales que detecten alguna de las dificultades mencionadas derivarán la persona al CSMA o al SESM-DI.

2. Proceso de diagnóstico

En este apartado se concretan las características del proceso de confirmación de diagnóstico de FIL en cada uno de los equipos que intervienen en la valoración de las personas que han presentado señales de alarma. La confirmación de la existencia de FIL la realizan los profesionales de los equipos siguientes:

- CDIAP, en niños ya atendidos en el CDIAP por otras causas, niños derivados desde guardería o centros de atención primaria de salud, APS.
- EAP, en niños y jóvenes de colegios e institutos. En los institutos, el orientador/a del centro también puede hacer esta confirmación.
- CSMIJ, en niños y jóvenes ya atendidos en el CSMIJ por otras causas o derivados de los centros de atención primaria de salud (APS) o de los institutos y centros de secundaria, previo informe de la APS.
- CSMA, en personas adultas ya atendidas en el CSMA por otras causas o personas adultas derivadas del centro de atención primaria de salud, los centros de atención terciaria de salud o de los servicios de atención primaria de los servicios sociales.
- SESM-DI, en personas adultas ya atendidas en el SESM-DI por otras causas o personas adultas derivadas del centro de atención primaria de salud, los centros de atención terciaria de salud, el CSMA o los servicios de atención primaria de los servicios sociales.

Obtener un CI entre 71 y 85 es suficiente para establecer el diagnóstico de FIL, pero esta puntuación no nos ofrece una descripción de la conducta o de las funciones ejecutivas (Artigas et ál., 2007); habilidades imprescindibles para poder adaptarse al entorno más allá de la puntuación obtenida en el test de inteligencia. Por ello es imprescindible poder hacer un estudio más completo para describir y conocer cómo estas personas procesan la información y modulan la conducta, tal y como se concreta en el apartado 5 «Cribado e identificación».

2.1. Población infantil y juvenil

2.1.1. Centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP)

Durante la primera infancia no hay un diagnóstico cerrado, se habla de riesgo de FIL.

Las guarderías y los centros de atención primaria de salud (APS) que detecten señales de alarma en algún niño, derivan el caso al CDIAP para que haga un diagnóstico de

confirmación o desestimación de riesgo de FIL.

El protocolo de diagnóstico que hay que seguir es el siguiente:

- En cuanto al diagnóstico:
 1. Practicar pruebas psicométricas y funcionales para valorar el desarrollo global del niño (véase el apartado 5 de este capítulo).
 2. Elaborar el informe con una impresión diagnóstica del riesgo de FIL (véase el apartado 5).

- En cuanto a la atención terapéutica:
 1. Establecer coordinaciones con pediatras, equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP) y servicios sociales.
 2. Mantener una coordinación permanente con la familia para informarla del diagnóstico y de las pautas de tratamiento.
 3. Antes de recibir la baja en el servicio del CDIAP por edad, hacer una valoración cognitiva practicando una prueba psicométrica para la determinación del CI, pruebas verbales y manipulativas de acuerdo con los instrumentos que se explican en el apartado 5 de este capítulo y un análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados.
 4. Si existen otras dificultades conductuales o emocionales asociadas, derivar al CSMIJ.

2.1.2. Equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP) y orientadores de los centros de secundaria

En la evaluación psicopedagógica de los alumnos con riesgo de FIL, el profesional del EAP o el orientador del instituto debe descartar que no hay otras causas, como por ejemplo, alteraciones sensoriales que justifiquen las dificultades que muestra el alumno, y asegurarse de que este ha recibido previamente oportunidades escolares de aprendizaje adecuadas a su edad.

El EAP o el orientador del instituto debe explorar el CI y las dificultades de la conducta adaptativa, ya sea cognitiva, social o práctica, a partir de los instrumentos incluidos en el apartado 5 de este capítulo.

Esta evaluación se lleva a cabo en un contexto naturalístico, con las aportaciones de los docentes que conocen al alumno y otros profesionales externos implicados y con la

participación de la familia.

Si el EAP hace el seguimiento de un alumno diagnosticado por el CDIAP como en riesgo de FIL, debe confirmar o descartar la existencia de FIL en la evaluación psicopedagógica que haga en 3.º de primaria.

En cualquiera de los casos, la evaluación psicopedagógica del EAP debe orientar a los centros en las medidas y apoyos necesarios para prestar una atención educativa ajustada a las necesidades del alumno con FIL.

El protocolo de diagnóstico que el EAP debe seguir es el siguiente:

1. Practicar pruebas psicométricas y funcionales para valorar el desarrollo global del niño o joven (véase el apartado 5 de este capítulo).
2. Elaborar el informe de FIL o de riesgo de FIL de acuerdo con los resultados de la valoración.
3. Informar a la familia del resultado de la valoración y de las propuestas de atención.
4. Establecer coordinaciones con pediatras, CDIAP, CSMIJ y los servicios sociales.

2.1.3. Centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ)

La atención a un niño o joven derivado al CSMIJ desde el centro de atención primaria de salud (APS) sigue el modelo siguiente:

1. Aplicación de los criterios diagnósticos de FIL, empleando los instrumentos incluidos en el apartado 5 de este capítulo.
2. Antes de recibir la baja de los servicios del CSMIJ, en pacientes con FIL será necesario repetir la evaluación a los 18 años con instrumentos estandarizados para adultos, detallados en el apartado 5 de este capítulo, siempre que no hayan sido evaluados en los dos últimos años.

2.2. Población adulta. Detección y diagnóstico

En el acceso al circuito asistencial de la población adulta diferenciamos entre aquellas personas con FIL ya identificadas, que proceden de la red de atención infantojuvenil, de aquellas personas adultas con FIL que no han sido identificadas y que ya son tratadas por la

red de salud mental adulta (por razón de una enfermedad mental o por problemas de la conducta) o que accedan por primera vez.

- Personas con FIL ya identificadas y que han sido tratadas por la red de salud mental infantojuvenil o la red especializada en discapacidad intelectual (DI) y salud mental:
 1. Los profesionales de la red de salud mental infantojuvenil deben coordinarse con los profesionales de la red de salud mental adulta para garantizar el correcto proceso de derivación desde una red a la otra.
 2. En caso de que estas personas sean atendidas en la red especializada en DI y salud mental, deben continuar la atención en esta.
- Personas con FIL no identificado. La detección se puede producir en diferentes servicios:
 1. Atención primaria de salud
 2. Servicios especializados en salud mental
 3. Atención primaria de los servicios sociales
 4. Otros servicios y entidades del 3.^{er} sector proveedoras

En ambos escenarios es importante el diagnóstico y la validación por parte de los profesionales y que sean registrados mediante una codificación diagnóstica (CIE-9: V 62.89). Se trata de una recomendación básica para poder elaborar un censo compartido entre los servicios sociales y sanitarios.

2.2.1. Centros de salud mental de adultos (CSMA y SESM-DI)

En los centros de salud mental de adultos se aplica el mismo protocolo que en el CSMIJ en cuanto a los criterios de diagnóstico y a la baja del servicio (véase apartado 2.1.3.).

3. Medicina legal y forense

Según el Código Civil, la modificación total o parcial de la capacidad de una persona solo puede llevarse a cabo por sentencia judicial. Es necesaria la existencia de una enfermedad o deficiencia física o psíquica de carácter permanente y que conlleve un impedimento para la persona de gobernarse a sí misma. En la práctica, obligará a presentar una serie de documentos médicos y sociales que acrediten la presencia del trastorno o déficit físico o psíquico y el desarrollo de la persona en sociedad.

3.1. Detección

Dentro del protocolo que se sigue en las solicitudes familiares de modificación de la capacidad o en los procesos judiciales, se debe efectuar la evaluación psicométrica y de funcionalidad.

En esta evaluación se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. Vulnerabilidad:

- Precariedad social y económica.
- Claudicación familiar o falta de familia de referencia.
- Uso inadecuado del dinero.
- Evidencia o sospecha de manipulación de terceras personas o de toma de decisiones en su nombre (muy importante en casos de delitos muy complejos y elaborados).

2. Valoración en diferentes áreas de la capacidad de las personas:

- Decisiones que influyan en la propia salud y sobre la participación en investigaciones: Consentimiento informado, consentimiento/rechazo del tratamiento.
- Decisiones relacionadas con el patrimonio:
 - ✓ Patrimonio personal de mayor grado, como dinero y activos financieros, compraventas, permutas, aportaciones a sociedades.
 - ✓ Patrimonio personal de menor grado, como pequeños cobros y pagos, contratos habituales de luz, gas, electricidad, transporte y viajes.

3. Otras áreas que valorar:

- Autonomía en las actividades cotidianas y los desplazamientos.
- Necesidad de protección en las áreas habituales.
- Capacidad para contraer matrimonio.

4. Las habilidades mentales relacionadas con la competencia mental:

- Habilidad o capacidad de expresar una elección.
- Capacidad de entender la información.
- Capacidad de valorar el significado de esta información en relación con la propia situación y las consecuencias de las opciones.
- Razonamiento para comprender la información relevante.

3.2. Diagnóstico

Para hacer un informe médico-forense, tanto por la vía penal como civil, el protocolo básico es el siguiente:

1. Antecedentes personales:

- Médicos: incluir informe del parto, evolución posterior, controles pediátricos.
- Informes del CDIAP, CSMIJ, CSMA o SESM-DI.

2. Informes escolares.

3. Informes de los servicios sociales: son muy valiosos para valorar la funcionalidad del paciente.

4. Completar la valoración con una entrevista al núcleo familiar.

5. Entrevista o anamnesis personal siguiendo la siguiente estructura:

- Datos biográficos.
- Motivo de la exploración.
- Antecedentes personales somáticos, psiquiátricos y toxicofílicos.
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales con más relevancia, como son: parto, desarrollo psicomotriz, infancia y adolescencia, colegio, formación académica ulterior, vida

laboral, relaciones afectivas y factores que han podido favorecer o precipitar la aparición de una enfermedad mental.

- Es muy importante hacer constar: aprendizaje psicosocial, comportamiento ante terceros, habilidades con las relaciones y adquisición de nuevas amistades, motivación, hábitos de autonomía personal como higiene, orden y limpieza personal y del entorno, comidas y ocio.

6. Exploración psicopatológica.

7. Exploraciones psicométricas:

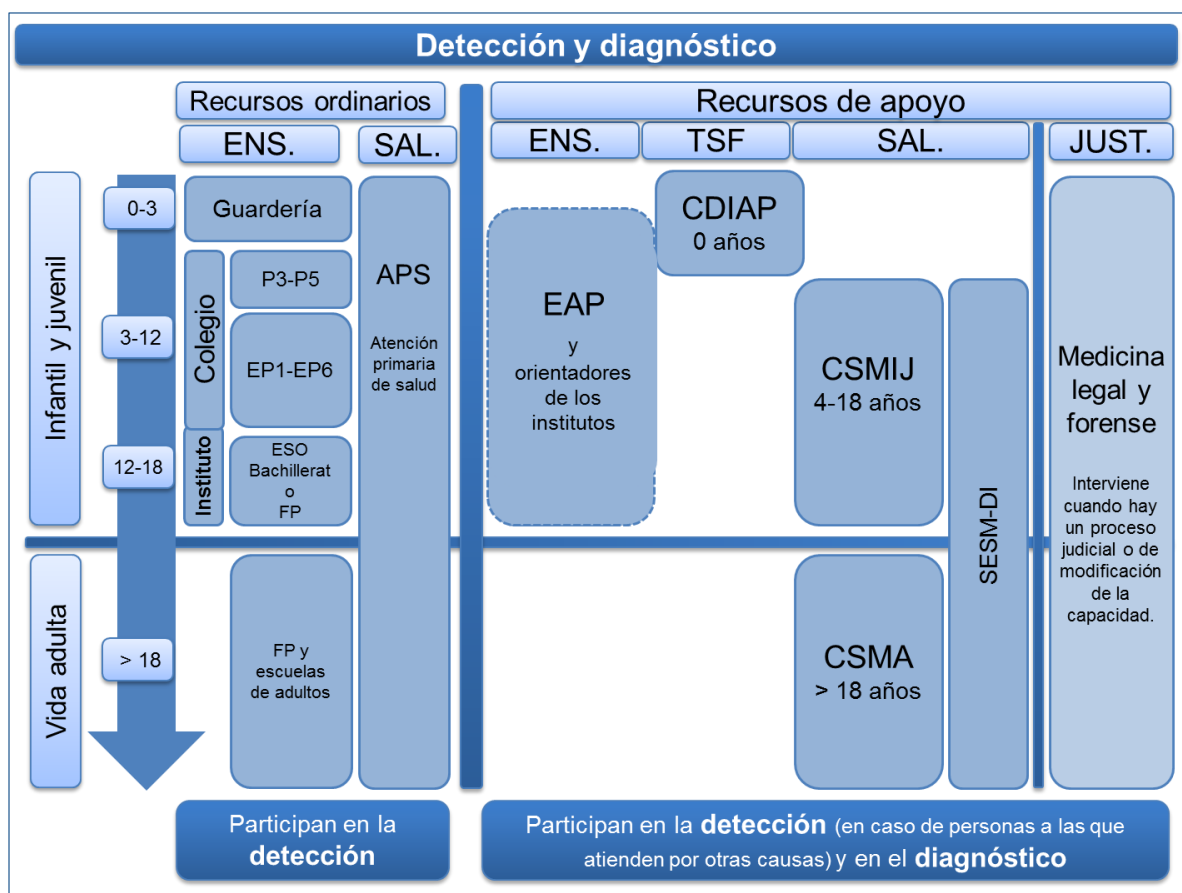
- Psicopatología: MMPI-II, SCL-90.
- Trastornos de personalidad: MCMI-III, MMPI-II, Minimult.
- Inteligencia: Raven, TONI-2, WAIS-III.

8. Consideraciones médico-legales.

- Grado de autonomía personal.
- Capacidad adaptativa.
- Capacidad de comunicación.
- Repercusión funcional.
- Responsabilidad.

4. Recursos que intervienen en los procesos de detección y diagnóstico

En los procesos de detección y diagnóstico descritos en este capítulo intervienen recursos ordinarios y especializados de las diferentes redes, como se muestra en el siguiente gráfico-resumen:



Recursos ordinarios

Son los que se ubican en los entornos ordinarios de relación, aprendizaje y regulación de la salud para niños, adolescentes, jóvenes y adultos. La acción de los profesionales de estos recursos es esencial en el proceso de detección de las primeras señales de alarma de existencia de FIL.

- Enseñanza: guarderías, colegios (etapa infantil, P3-P5, y primaria, EP1-EP6), institutos y escuelas de adultos.

- Salud: Atención primaria de salud (APS).

Recursos de apoyo o especializados

Participan en los procesos de detección, evaluación psicopedagógica y diagnóstico y ofrecen apoyo y orientación a las personas con FIL y a sus familias.

- Enseñanza: Equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP) y orientadores de los institutos.
- Trabajo, asuntos sociales y familias: Centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP).
- Salud: Centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ), centros de salud mental de adultos (CSMA) y servicio especializado en salud mental y discapacidad intelectual (SESM-DI).
- Justicia: Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña.

Otros recursos

Otros recursos de detección y diagnóstico se incluyen en otros capítulos del documento. Por ejemplo, para el Servicio de Ocupación de Catalunya (SOC), los centros de atención a personas con discapacidad (CAD) o los equipos de valoración y orientación laboral (EVO laborales), véanse los capítulos VI y VII.

5. Cribado e identificación

La discapacidad intelectual (DI) se encuentra sometida a un intenso debate en cuanto a la denominación, la definición conceptual y los criterios de clasificación (Salvador Carulla y Bertelli, 2008). No es posible entender el concepto de FIL sin una referencia detallada al concepto y clasificación de DI.

Por tanto, ante una sospecha de FIL es necesaria una valoración numérica de la inteligencia y la evaluación de la funcionalidad de la persona con riesgo de FIL.

5.1. Fase de cribado e identificación

En la fase de cribado e identificación hay que disponer de un sistema integral y multidisciplinario que, mediante unos instrumentos comunes compartidos, identifique de manera sensible la sospecha de un funcionamiento intelectual y un funcionamiento adaptativo por debajo de la media poblacional, especialmente para todas las personas con FIL en riesgo o bajo sospecha de presentar necesidades sociales y sanitarias complejas y concurrentes.

Sin menospreciar la operatividad o funcionalidad de los instrumentos de diagnóstico, se ha seleccionado un solo instrumento para evaluar cada una de las dimensiones que muestra el siguiente cuadro. Algunos de los instrumentos elegidos, de los que a continuación se hace una breve presentación, también se citan en el Manual, y otros son utilizados ampliamente en la actualidad por los profesionales de los diferentes ámbitos.

Dimensión	Instrumento
Evaluación cognitiva de cribado	K-BIT
Evaluación cognitiva completa	WISC-V (niños) WAIS-IV (adultos)
Evaluación funcional y conducta adaptativa	ICAP
Evaluación de salud mental y conductual	HoNOSCA (niños) y HoNOS-DI (adultos)

5.1.1. Evaluación cognitiva (coeficiente intelectual)

Se propone la utilización previa del instrumento llamado K-BIT como herramienta de cribado en los nuevos casos en que no haya habido intervención previa de la red de salud mental. Se realiza rápidamente y en caso de que el resultado sea positivo y se detecte el posible caso FIL, se pasaría al WISC-V (niños) o al WAIS-IV (adultos).

K-BIT, test breve de inteligencia de Kaufmann

El K-BIT está diseñado para la medida de la inteligencia general de individuos de un amplio rango de edad (desde los 4 a los 90 años).

Su aplicación es fácil y breve (entre 15 y 30 minutos aproximadamente), por eso, se trata de una excelente herramienta para realizar un cribado que permite llegar a una apreciación rápida de la inteligencia general y también aporta datos para decidir una exploración más profunda.

Está formado por dos subtest:

- Vocabulario: medida de la habilidad verbal que requiere respuestas orales. Se evalúan habilidades verbales, desarrollo del lenguaje, formación de conceptos verbales y caudal de información.
- Matrices: medida de habilidades no verbales y capacidad para resolver nuevos problemas. Evalúa la capacidad para resolver problemas de razonamiento a través de estímulos visuales tanto figurativos como abstractos.

La aplicación del K-BIT proporciona al profesional un coeficiente intelectual (CI) verbal, un CI no verbal y un CI compuesto que resume el rendimiento total en el test.

Además, ninguno de los test exige una respuesta motora, por lo que puede ser aplicado a sujetos con algún tipo de impedimento físico.

Las normas interpretativas del K-BIT son sencillas. El propio test presenta un sistema simple para interpretar las puntuaciones obtenidas en cada subtest.

Escala WISC-V

La escala de inteligencia de Wechsler para niños (WISC) es una escala para valorar la inteligencia y las aptitudes intelectuales en niños en el ámbito clínico y psicopedagógico. Derivada de la escala Wechsler-Bellevue, fue elaborada por David Wechsler para aplicar el

uso de aquella a personas menores de 16 años. Está constituida por dos subescalas, la verbal y la manipulativa, y cada una de ellas contiene seis subtest. Al igual que la WAIS, nos proporciona una puntuación global llamada *cociente intelectual total*.

Escala WAIS-IV

El WAIS es un test diseñado para evaluar la inteligencia global, entendida como concepto de CI, de individuos de entre 16 y 64 años, de cualquier raza, nivel intelectual, educación, orígenes socioeconómicos y culturales y nivel de lectura.

Es individual y consta de dos escalas: verbal y de ejecución. Está basada en la teoría bifactorial de Spearman de inteligencia, tomada desde un punto de vista global, ya que está compuesta por habilidades cualitativamente diferentes (rasgos), pero no independientes. No obstante, esta suma de habilidades no solo se expresa en función de su calidad, sino también en función de factores no intelectuales como puede ser la motivación. La inteligencia implica cierto grado de competencia global.

Criterios de resultados para FIL

Escala K-BIT, WISC-V y WAIS-IV: coeficiente intelectual entre 70 y 84.

5.1.2. Evaluación del funcionamiento adaptativo

El concepto de FIL asocia las disfunciones cognitivas diversas a un coeficiente intelectual de entre 71 y 85. Estas disfunciones determinan un déficit en el funcionamiento de la persona tanto en cuanto a la restricción de actividades como a la limitación de su participación social. Habrá que tener en cuenta, por tanto, que el déficit cognitivo no queda relegado exclusivamente a un simple CI, por lo que es necesaria una cuidadosa evaluación del funcionamiento adaptativo.

ICAP, Inventario para la Planificación de Servicios y Programación Individual

Es una herramienta que, entre otras cosas, permite realizar evaluaciones normativas de la conducta adaptativa y de los problemas de conducta.

En esencia, el ICAP se compone de un registro sistemático de datos relevantes sobre la persona atendida por un servicio y de dos instrumentos normativos de medida; uno de

conducta adaptativa y otro de problemas de conducta. El ICAP es aplicable a personas de todas las edades y fundamentalmente está pensado para ser utilizado en personas con discapacidades, aunque puede admitir un uso con otro tipo de poblaciones que a veces se excluyen de la categoría anterior, por ejemplo, con menores con problemas de marginación, tercera edad, personas con problemas de salud mental, personas con funcionamiento intelectual límite, etc.

El ICAP consta de:

- Un registro del diagnóstico o los diagnósticos de la persona, datos personales y limitaciones funcionales (movilidad, visión, audición y estado de salud).
- Un test de conducta adaptativa que mide el nivel de las personas en relación con destrezas básicas para desenvolverse con independencia en su entorno y se estructura en cuatro escalas:
 1. Destrezas sociales y comunicativas (tanto lenguaje expresivo como receptivo).
 2. Destrezas de la vida personal (satisfacción de una manera independiente de las necesidades personales más inmediatas, tales como comer o vestirse).
 3. Destrezas de vida en comunidad (por ejemplo, la utilización autónoma de transportes públicos, la habilidad de la persona para utilizar dinero o emplear el reloj).
 4. Destrezas motoras (tanto finas como gruesas).

Para cada escala, más una general que las engloba, hay puntuaciones normativas: de edad, percentiles y puntuaciones típicas, entre otras. Adicionalmente, es posible establecer un perfil de implicaciones instructivas en que se obtienen dos edades, entre las que se puede ajustar el contenido de los programas específicos destinados a la persona evaluada, de manera que su nivel de dificultad no sea percibido por esta como demasiado fácil o difícil.

Una prueba de problemas de conducta, que los analiza según ocho áreas, de las que se extraen cuatro índices normativos de problemas de conducta: interno, asocial, externo y general.

El ICAP es una prueba relativamente sencilla y rápida (unos 20 minutos cuando ya se conoce bien) que completa de manera independiente (autoadministrada) alguien que conozca bien a la persona evaluada. Cualquier profesional con un mínimo de práctica en completar cuestionarios puede rellenar el ICAP (profesores, monitores, asistentes sociales, psicólogos, etc.). La interpretación del ICAP y las decisiones posteriores sobre las personas evaluadas las deberá tomar personal debidamente cualificado.

Se dispone de la adaptación transcultural y la validación para la población española. (Montero, 1996).

Criterios de resultados para FIL

Nivel de puntuación de servicio en la escala del ICAP 7-8: Atención limitada a la persona o seguimiento periódico.

5.1.3. Evaluación de salud mental y conductual y de las necesidades de la persona

Escala HoNOSCA

La escala HoNOSCA (*The Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents*) es una medida de resultado desarrollada para su uso en servicios de salud mental de niños y adolescentes menores de 18 años. Está centrada en la salud general y el funcionamiento social.

Cuenta con 15 ítems que miden el comportamiento, el deterioro, los síntomas y el funcionamiento social. Los ítems se clasifican en una escala de 0 a 4 y los resultados o cambios en las calificaciones pueden atribuirse a los servicios prestados. La calificación se determina usando un glosario que tiene descriptores detallados de nivel de gravedad y complejidad. Hay que tener en cuenta la información de todas las fuentes disponibles al completar las calificaciones, incluida la del usuario del servicio y su familia.

Escala HoNOS-DI

Health of the Nation Outcome Scales for People with Learning Disabilities (HoNOS-LD - Roy, A.; Matthews, H.; Clifford, P.; Fowler, V.; Martin, D. M., 2002) es un instrumento constituido por un conjunto de escalas diseñadas para personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental. Ha sido diseñado para la obtención de un índice global de funcionamiento.

Proviene de la adaptación de otro instrumento, *Health of Nation Outcome Scales* (HoNOS, Wing, J. K.; Curtis, R. H.; Park, S. B. G.; Hadden, S.; Burns, A., 1998). Este fue desarrollado por la unidad de investigación del Royal College en el marco del proyecto Health of the Nation del Departamento de Salud británico. Está formado por escalas diseñadas para medir los diversos problemas físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental. Este instrumento está diseñado para su administración por parte de profesionales de la salud mental y para que pueda ser utilizado de forma rutinaria y en un contexto clínico.

El HoNOS-DI es una escala breve constituida por 18 ítems que evalúa problemas frecuentemente presentados por personas con discapacidad intelectual en diferentes ámbitos. Está formado por cuatro áreas clave: conducta, cognición, problemas clínicos y

actividades de la vida diaria. En concreto, incluye problemas conductuales (auto y heteroagresividad, control de impulsos), problemas asociados a déficits cognitivos (atención, concentración, memoria, orientación y comunicación), problemas afectivos, alucinaciones y delirios, problemas de salud, problemas de autonomía y problemas asociados al ámbito social. La máxima puntuación posible es de 72. Una mayor puntuación indica una mayor gravedad.

Se dispone de la adaptación transcultural y la validación para la población española. (Esteba-Castillo, S.; Torrents-Rodas, D.; García-Alba, J.; Ribas-Vidal, N.; Novell-Alsina, R., 2016).

5.2. Criterios de diagnóstico diferencial

Finalmente, aparte del cribado, en los casos de adultos sin identificar, es necesario plantear criterios para el diagnóstico diferencial. Con estos criterios se pretende evitar que el CI pueda enmascarar casos que no son FIL, pero que también se presentan con un CI similar. Estos criterios serían:

- Que no tenga previamente una historia de enfermedad mental crónica sin déficit cognitivo.
- Historial de uso crónico de medicación psiquiátrica.
- Rango de edad, que no se esté ante un deterioro cognitivo secundario, se debe acreditar que el déficit cognitivo haya comenzado antes de los 18 años.
- Que no haya historia de traumatismo craneal previo, daño cerebral secundario a una situación sobrevenida o un proceso de demencia precoz.

5.3. Instrumentos de valoración diagnóstica

Instrumentos	Edad
Pruebas de inteligencia verbal y no verbal	
BSID. Escala de Bayley de desarrollo infantil	0-2,5
MSCA. Escala de McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños	2,5-8,5
WISC-V. Escala de inteligencia de Wechsler para niños	6-16,9
WIPPSI. Escala de inteligencia para educación infantil y primaria	4-6,5
K-ABC. Batería de evaluación de Kaufman para niños	2,5-12,5
K-BIT. Test breve de inteligencia de Kaufman	4-90
Pruebas de inteligencia no verbal	
Test de matrices progresivas de Raven	12-65
TONI-2. Test de inteligencia no verbal	5-85,9
Leiter-R	2-20,9
Evaluación del funcionamiento adaptativo	
Inventario de destrezas adaptativas (CAL5), currículum de destrezas adaptativas (ALSC) e inventario para la planificación de servicios y la programación individual (ICAP).	

V. Plan individualizado de intervención

1. Niños y adolescentes con FIL diagnosticado o con riesgo de FIL

La atención a las personas con FIL debe ser individualizada y estar centrada en las necesidades de las personas con una visión integral y holística que tenga en cuenta los aspectos sanitarios, sociales y educativos. Por este motivo, es necesario que las personas con FIL y sus familias dispongan de un plan individualizado de intervención con una visión interdisciplinaria y que garantice la figura de un referente del caso, que deberá velar por el seguimiento individualizado y la coordinación con los diferentes servicios implicados en la atención del caso.

Las personas con FIL tienen unas dificultades escolares, sociales y laborales similares a las de las personas con discapacidad intelectual (DI), pero de carácter leve. En este apartado se hace referencia a la atención de los niños y adolescentes con FIL diagnosticado o con riesgo de FIL.

En cada una de las etapas se enumeran los recursos del Gobierno de la Generalitat en los ámbitos educativo, social y sanitario que intervienen en la atención a la persona con FIL.

1.1. Niños de 3 a 6 años

Recursos que intervienen:
Colegio, EAP, CDIAP, APS, servicios sociales

El plan terapéutico

El CDIAP establece el plan terapéutico del niño con riesgo de FIL, que debe ser interdisciplinario.

1. A nivel clínico, intervenir en las diferentes áreas del desarrollo:

- Cognición
- Atención y memoria
- Comunicación
- Lenguaje
- Simbolización
- Área afectiva emocional
- Motricidad fina y gruesa

2. En el trabajo con la familia o los tutores legales:

- Entrevistas periódicas con los padres (facilitar pautas de crianza, hábitos en casa,

juegos adecuados a la edad y desarrollo del niño...).

- Incluir a la familia durante las sesiones.
- Compartir los objetivos de trabajo con la familia.
- Promover con los padres estrategias relacionales.
- Recomendar otros recursos de la comunidad a la familia.

Actuación desde el ámbito educativo

Desde el colegio, el espacio natural de desarrollo del niño, los pasos a seguir serán los siguientes:

1. Además de las medidas universales que se implementen en el aula, el colegio, con el asesoramiento del EAP, debe valorar la conveniencia de que el niño disfrute de algún tipo de apoyo adicional o intensivo.
2. El equipo docente acuerda las medidas de atención educativa en función del nivel de funcionamiento y aprendizaje del alumno y efectúa el seguimiento (tutor, maestro de educación especial, comisión de atención a la diversidad...) de su evolución.
3. En las reuniones de tutorías con la familia, el equipo docente y la familia coordinan las pautas de actuación concretas y conjuntas y hacen el seguimiento del cumplimiento y el éxito de los acuerdos.
4. La comisión de atención a la diversidad del centro, u órgano equivalente, debe estar informada de los apoyos que está recibiendo el alumno.
5. Al terminar la etapa infantil, se debe asegurar el traspaso al tutor de educación primaria de la información de las actuaciones realizadas y, en su caso, de los apoyos recibidos por el alumno. Se recomienda dejarlas por escrito en el informe de final de etapa.

Coordinaciones entre los diferentes recursos que intervienen

Coordinaciones CDIAP-enseñanza

1. Informar al EAP de los niños bajo sospecha de FIL.
 - En el momento de la sospecha diagnóstica, si ya está escolarizado.
 - En el momento de inicio de la escolaridad.
 - En el momento del alta en el CDIAP.

2. Compartir información clínica sobre el niño y la familia con el fin de trabajar conjuntamente (frecuencia de coordinaciones: cada seis meses).
3. Informe clínico de alta a los padres que incluya el diagnóstico de riesgo de FIL (constará la valoración de desarrollo cognitivo y funcional) con grado de conciencia y aceptación por parte de los padres de esta orientación diagnóstica.

Coordinaciones CDIAP-CSMIJ

1. En casos de riesgo de FIL y alteraciones conductuales o emocionales asociadas, se deriva al CSMIJ.
2. En el parte de baja del CDIAP deben constar el día y la hora de la primera visita al CSMIJ de la zona.

Coordinaciones CDIAP-servicios sociales

En el caso de riesgo social o falta de respuesta de la familia en el paciente con riesgo de FIL, el trabajador/a social del CDIAP informará a los servicios sociales.

Coordinaciones CDIAP-pediatría del equipo de atención primaria de salud

1. Al llegar al CDIAP, se informa al pediatra del inicio de atención y de la impresión diagnóstica del niño.
2. A la baja del servicio, se informa al pediatra por la misma vía.

1.2. Niños y jóvenes a partir de 6 años.

Recursos que intervienen:
**Colegio o instituto, EAP, CSMIJ, APS,
servicios sociales**

El plan terapéutico

El CSMIJ establece el plan terapéutico.

1. El CSMIJ intervendrá cuando el niño o adolescente presente una enfermedad mental o alteraciones de la conducta, por lo tanto, se llevará a cabo la intervención específica del trastorno que presenta el paciente y además se intervendrá sobre aspectos del FIL.
2. La intervención debe prever diferentes niveles:

- Conductual: trabajar específicamente la autonomía personal.
 - Emocional: trabajar la autoestima, tanto las limitaciones como las capacidades.
 - Social: prevenir el acoso escolar, el abuso sexual, el consumo de drogas y otras conductas adictivas. Grupos marginales.
3. En el trabajo con la familia:
- Psicoeducación sobre el FIL: estrategias de manejo de la conducta y de las emociones, estrategias para incrementar la funcionalidad.
 - Recomendaciones para evitar el riesgo de abuso.
 - Acompañamiento y estrategias para facilitar contextos estructurados y supervisados para el niño con FIL.
4. En los niños que han sido derivados para una primera visita desde el CDIAP, el CSMIJ velará por la vinculación al recurso. Si no se asiste a dicha visita, se debe contactar por teléfono con la familia. Si no hay una respuesta adecuada, se comunicará a los servicios sociales de la zona.

Actuación desde el ámbito educativo

Niños de 6 a 12 años. Educación primaria

En la etapa de educación primaria los pasos a seguir son los mismos que en la educación infantil, con la diferencia de que:

1. La necesidad de medidas y apoyos adicionales o intensivos se puede haber hecho más evidente y puede aparecer la necesidad de concretarlos en un plan de apoyo individualizado (PI).
2. En caso de que el EAP haga un seguimiento de algún alumno diagnosticado por el CDIAP como en riesgo de FIL, en el tercer curso de educación primaria se revalorarán los indicadores de riesgo que fueron detectados (con una valoración psicométrica y funcional llevada a cabo por el EAP, si hay problemas de aprendizaje importantes, o por el CSMIJ si estos problemas son más globales).
3. Si a lo largo de la evaluación psicopedagógica del EAP se observasen dificultades conductuales y emocionales en un alumno ya diagnosticado con FIL, pero del que no se hace un seguimiento sanitario, se le debe derivar al CSMIJ de referencia.

4. En caso de que un alumno con FIL presente criterios de riesgo social, la comisión social del centro u órgano equivalente efectuará un seguimiento.
5. En el paso de la educación primaria a la secundaria, el colegio tiene que traspasar a los alumnos FIL tanto si han dispuesto de un PI como si el EAP ha llevada a cabo un seguimiento a lo largo de la etapa. En el traspaso se debe hacer énfasis en las actuaciones que han ayudado al alumno a asimilar aprendizajes valiosos, con el fin de facilitar su continuidad en la ESO. Esta transición debe llevarse a cabo acompañando a la familia, a través de entrevistas del colegio y con el EAP, en su caso.

Niños y adolescentes mayores de 12 años. Educación secundaria obligatoria

1. Desde el centro de secundaria, y a partir de la información del traspaso del centro de primaria, se decidirá cuál será la mejor respuesta educativa que recibirá el alumno:
 - Elaboración de un plan individualizado (PI) que concrete medidas y apoyos adicionales intensivos que aplicar.
 - Derivación al EAP: en caso de que el EAP o el orientador del centro lleve a cabo el seguimiento de algún alumno con riesgo de FIL que no sea atendido en el CSMIJ, al finalizar la secundaria se revalorarán los indicadores de riesgo que fueron detectados (y se hará una valoración psicométrica y funcional).
 - Seguimiento de la evolución durante la educación secundaria.
2. Si a lo largo de la evaluación psicopedagógica del EAP se observasen dificultades conductuales y emocionales en un alumno ya diagnosticado de FIL, se le derivará al CSMIJ de referencia.
3. En caso de que un alumno con FIL presente criterios de riesgo social, la comisión social del centro hará un seguimiento.
4. En las reuniones de tutoría, compartir con la familia con la frecuencia que se considere necesaria los acuerdos y el seguimiento, así como las actuaciones que se deban llevar a cabo desde el centro y desde casa.
5. Informar a la comisión de atención a la diversidad del centro del alumno y de los apoyos que está recibiendo.
6. El centro elaborará el documento orientador del alumno en colaboración con el orientador de centro o el EAP, en su caso, para garantizar la continuidad de la formación u orientación laboral, teniendo en cuenta las características del alumno con FIL. Este documento debe contener los aspectos más relevantes del aprendizaje competencial del

alumno a lo largo de la etapa educativa.

7. En caso de que el alumno sea atendido por algún servicio externo al centro (CSMIJ, servicios sociales...) se tendrán en cuenta las aportaciones de estos servicios en este documento.
8. El tutor, el orientador de centro o el EAP, en su caso, mantendrá una entrevista con la familia y el alumno para acompañar esta transición.

Coordinaciones entre los diferentes recursos que intervienen

Durante la intervención se llevarán a cabo las coordinaciones siguientes:

Coordinaciones CSMIJ-enseñanza

En las coordinaciones periódicas para pacientes atendidos en el CSMIJ se incluirá la información relacionada con el FIL en aquellos pacientes con comorbilidad:

- Intervención realizada desde el CSMIJ y evolución.
- Trabajo con la familia.

Coordinaciones CSMIJ-servicios sociales

Servicios sociales: en los casos en que se detecte riesgo social, se contactará con los servicios sociales de base y se seguirá la evolución. En estos casos cabe plantear la derivación al CAD para valorar si es pertinente el certificado de discapacidad.

Coordinaciones CSMIJ-pediatría del equipo de atención primaria de salud

Pediatría del equipo de atención primaria: se informará al pediatra de la intervención del paciente en las reuniones de interconsulta.

2. Personas adultas con FIL y enfermedad mental

Como ya se ha mencionado, aproximadamente un 25 % de las personas con FIL tienen problemas psiquiátricos concomitantes a los déficits cognitivos, siendo estos el principal motivo de contacto con la Red de Salud Mental.

2.1. Proceso de intervención

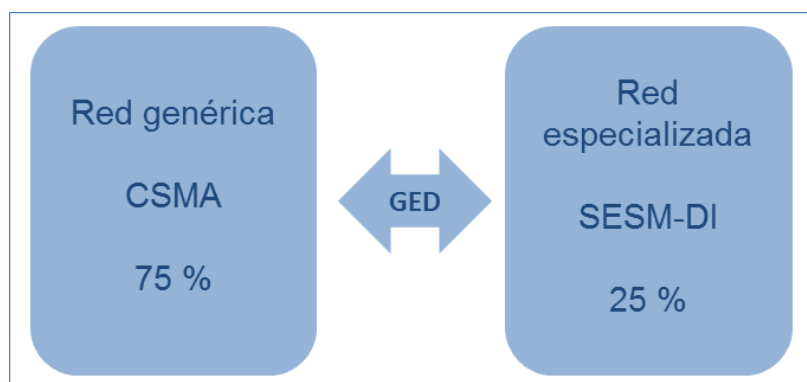
Hay que asegurarse de que las personas adultas con FIL que presentan enfermedades mentales o problemas de la conducta sean atendidas por la Red de Salud Mental (XSM), ya sea genérica o especializada.

Aunque hay numerosas dudas sobre el beneficio de la utilización de los servicios especializados en discapacidad intelectual por parte de las personas con FIL, ya que lo pueden percibir de forma estigmatizante, la experiencia en Cataluña, después de años de funcionamiento de la Red Especializada en Discapacidad Intelectual (DI), nos indica que un porcentaje cercano al 25 % de las personas de este colectivo pueden beneficiarse de los recursos, servicios y apoyos que se pueden ofrecer desde esta (SESM-DI y UHEDI) (véase *Quaderns de Salut Mental* núm. 5, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya; 2003).

Ámbito territorial de Cataluña	Población
Personas adultas ≥18 años	5.979.952*
Personas con FIL (3 % de las pers. adultas)	179.398
Personas con FIL + trastorno mental (25 % de las pers. con FIL)	44.850
Población FIL potencial XSM genérica (75 %)	33.637
Población FIL potencial XSM especializada en DI (25 %)	11.213

* IDESCAT 2016

2.2. Acceso a la Red de Salud Mental



El acceso a la Red de Salud Mental de adultos (genérica y especializada) se rige por los siguientes criterios:

Los usuarios deben cumplir los criterios A, B, C y D, o cuando no los tengan, seguir el esquema A, B y D:

- A. A partir de los 18 años
- B. Funcionamiento intelectual límite, entendido como un déficit en diferentes áreas cognitivas (atención, lenguaje, memoria, ejecución, gnosis, visión y percepción...) que suponen una dificultad en la correcta ejecución de las habilidades adaptativas y del funcionamiento social. Este déficit no será única y etiológicamente secundario a una enfermedad mental. Habrá que tener en cuenta que el déficit cognitivo no queda relegado exclusivamente a un simple CI (70-84)
- C. Evidencia de una enfermedad mental definida por criterios operacionales como «cualquier diagnóstico» incluido en los sistemas de clasificación DSM-5 o CIE-10.
- D. Presencia de una o más conductas desafiantes² que por su intensidad, frecuencia y duración limiten de forma importante a la persona para la utilización de recursos comunitarios.

² Se entiende como conducta desafiante aquella que es socialmente inaceptable, cuyas frecuencia, gravedad y duración ponen en riesgo la integridad física del sujeto, de los demás o del entorno, o que la limitan significativamente para llevar a cabo una vida lo más normalizada posible, desplazándolo del acceso a entornos más comunitarios. Se trata de un constructo de naturaleza social que no se incluye en los sistemas de clasificación habituales y que implica que toda alteración en una persona con FIL reta a los servicios, que deben buscar las estrategias para satisfacer sus complejas necesidades.

2.3. Criterios de derivación a la Red Especializada en Discapacidad Intelectual

1. Clínicos

- CI entre 70 y 84 (preferentemente entre 70 y 75)
- Índice de Problemas de Conducta (ICAP): entre -31 y -35
- Puntuación en la escala HoNOS-DI ≥ 54 (severo)

2. Sociales (repercusiones psicosociales)

Puntuación en la escala del ICAP: ≤ 5 . (Atención periódica a la persona o supervisión frecuente).

Estos criterios sociales y de utilización son los siguientes:

- Perturbación o limitación de una función (disfunción).
- Incapacidad funcional (discapacidad para el desarrollo de un papel social).
- Dependencia (necesidad permanente de mantenimiento por parte de otra persona o de un servicio concreto).
- Sobrecarga familiar manifiesta o persistente, o bien ausencia de familia.
- Ausencia de red social.

Como hemos señalado, las dificultades para acceder a los servicios genéricos pueden llevar a las personas con FIL a una situación de estancamiento sin recibir el tratamiento apropiado. El objetivo de la intervención integral y multidisciplinar, inicialmente bajo la coordinación del SESM-DI, es garantizar que las personas que pertenecen a este colectivo no queden «en tierra de nadie».

El objetivo que alcanzar en los próximos años, especialmente con la mejora de las competencias profesionales de la red genérica y con la mejora del registro poblacional, debe comportar que el porcentaje de personas con FIL atendidas por la red genérica vaya aumentando progresivamente.

3. Servicios sociales

La atención y la intervención de los equipos básicos de atención social (EBAS) dan respuesta a las necesidades sociales que la familia o la persona con FIL manifiesten.

La intervención debe ser siempre mediante enfoques integrados e incorporando la coordinación del equipo y el trabajo en red con el resto de servicios que atienden al niño o a la persona con FIL, como la atención primaria de salud, los recursos de salud mental, los centros educativos, los servicios territorializados de inserción laboral y de vivienda y los demás agentes del sistema.

Las intervenciones se pueden realizar de forma individual, grupal o comunitaria según el plan de atención que se elabore y su evolución.

El profesional de referencia siempre tendrá en cuenta esta coordinación con los servicios especializados en el caso de FIL. Es importante que sea este profesional quien actúe como interlocutor principal con la persona, la familia y otros profesionales que intervengan, velando para que la atención sea integral y coherente y canalice los diferentes servicios y prestaciones que se necesiten.

VI. Inserción laboral

El acceso al mundo del trabajo es un derecho básico que proporciona al ser humano la autoestima, la seguridad económica y la independencia necesarias para formar una vida autónoma.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), cuyo objetivo principal es promover oportunidades para que todas las personas obtengan un trabajo productivo en condiciones de libertad y dignidad, reconoce que el trabajo es un elemento fundamental de la realización personal, la integración social y el reconocimiento y que tener un trabajo decente de calidad es la manera más efectiva de escapar del círculo vicioso de la marginación, la pobreza y la exclusión social (Conferencia Internacional del Trabajo, Ginebra, junio de 1999).

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas reconoce en su artículo 27 el derecho de las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones que las demás; esto incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida con un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad.

El Manual de consenso sobre el FIL ejemplifica la experiencia práctica de la inserción laboral de personas con FIL en Cataluña mediante su contratación en diferentes departamentos de la Generalitat de Cataluña. Esta experiencia se llevó a cabo gracias al esfuerzo coordinado entre la Asociación Catalana Nabiu y los representantes de la Administración catalana.

- Acuerdo de Gobierno de 11 de noviembre de 1997, por el que se aprueba un proyecto de gestión de integración laboral para personas con deficiencia mental límite.
- Acuerdo de Gobierno de 21 de octubre de 1998, por el que se amplía el número de puestos de trabajo previstos en el Acuerdo de 11 de noviembre de 1997 relativo al proyecto de gestión de integración laboral para personas con deficiencia mental límite.
- Acuerdo de Gobierno de 15 de junio de 1999, por el que se prorroga y amplía el proyecto de gestión de integración laboral para personas con deficiencia mental límite.
- Acuerdo de Gobierno de 29 de mayo de 2001, por el que se prorroga el proyecto de integración laboral para personas con discapacidad intelectual límite y se amplía a otros colectivos de jóvenes con discapacidades psíquicas.
- Acuerdo de Gobierno de 27 de mayo de 2003, por el que se prorroga el proyecto de integración laboral para personas con discapacidad intelectual límite y a otros colectivos de jóvenes con discapacidades psíquicas.
- Propuesta de acuerdo de Gobierno de la Generalitat de Cataluña por el que se aprueba

la oferta de empleo público para el año 2005, de 31 plazas del grupo y categoría E, ayudante de oficio de servicios generales, para personal fijo, del Departamento de Gobernación y Administraciones Públicas.

Por otra parte, es importante constatar que las competencias laborales corresponden al Estado y, por tanto, es el Ministerio de Empleo y Seguridad Social quien determina las políticas que deben seguirse y quien distribuye los fondos de los presupuestos generales del Estado a las comunidades autónomas para llevar a cabo las políticas activas dirigidas a toda la población, y es también quien regula y legisla qué y cómo subvencionar.

Las comunidades autónomas tienen poco margen de actuación dado que con el presupuesto proveniente del Estado solo tienen capacidad de gestión. Las actuaciones de fomento solo se pueden llevar a cabo con presupuesto propio y siempre que primero se hayan llevado a cabo las acciones comunes que establece el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Esto significa que el margen de las comunidades autónomas es estrecho y sujeto a consideración estatal.

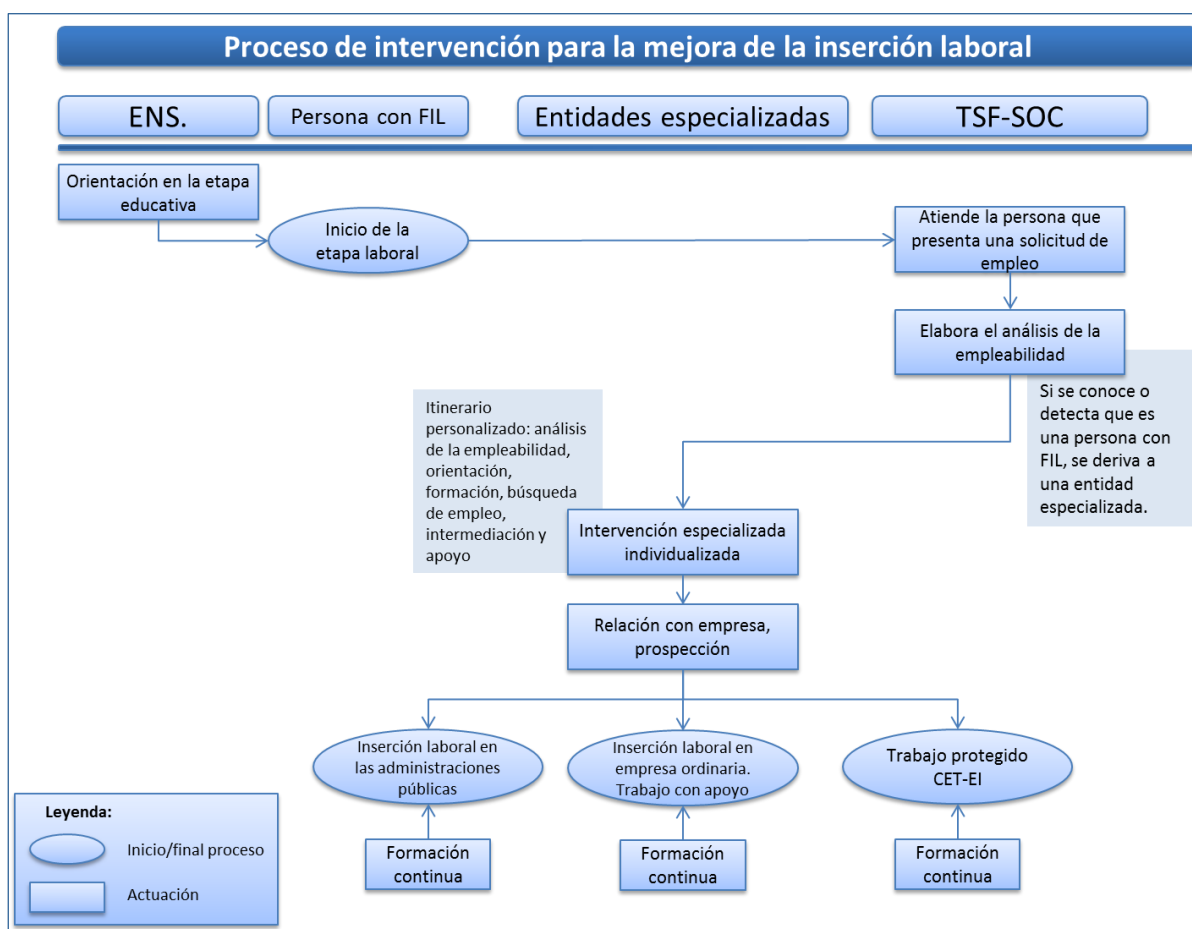
Este grupo de trabajo tiene como objetivo elaborar unas recomendaciones con tal de mejorar la inserción laboral de las personas con FIL.

Las personas con FIL tienen dificultades especiales para alcanzar y ejercer los derechos que les otorga la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas; necesitan un periodo de adaptación y formación previo que permita el ajuste de sus capacidades potenciales a la realidad sociolaboral que deben afrontar.

Se ha definido un proceso de intervención desde una óptica integral, lo que quiere decir que son los diferentes departamentos que intervienen en el proceso los que se coordinan para facilitar la inserción laboral de las personas.

1. Proceso de intervención para la mejora de la inserción laboral

Para favorecer la integración laboral de las personas con FIL es necesaria una intervención a lo largo de la vida que abarca desde las etapas formativas, cuando la persona se prepara para adquirir los conocimientos y las habilidades necesarias que la formen para poder desarrollar una vida lo más autónoma posible, hasta la etapa ya adulta, cuando la persona se incorporará al mercado de trabajo.



1.1. Coordinación etapa escolar-etapa laboral

De acuerdo con el plan individualizado de intervención (véase capítulo V), en la etapa escolar es importante que las personas diagnosticadas con FIL reciban el apoyo adecuado que les permita aprovechar al máximo sus capacidades, la orientación adecuada hacia las

ofertas formativas que les faciliten la mejor inserción laboral y la orientación hacia los recursos de inserción y formación que sean más acordes con sus necesidades.

Desde el centro de secundaria, el tutor, el orientador del centro o el EAP, en su caso, elaborará un documento orientador hacia ofertas formativas que dirijan a la transición al mundo laboral de las personas con FIL.

1.2. Etapa laboral

Cuando la persona con FIL llega a la etapa laboral, habrá que diferenciar las personas diagnosticadas con FIL de las que no tienen el diagnóstico.

1. Personas con diagnóstico de FIL

El Servicio de Ocupación de Cataluña (SOC) realizará el cuestionario de empleabilidad y derivará a la persona a una entidad especializada para que elabore el itinerario individualizado de inserción y pacte la intervención necesaria para lograr la inserción laboral.

2. Personas con FIL sin diagnóstico diferencial

En estos casos es muy posible que no se detecte su problemática y, por lo tanto, la persona no sea derivada a ninguna entidad especializada. Por ello se recomienda que se forme al personal del SOC para que conozcan los rasgos diferenciales de las personas con FIL y las puedan detectar en la entrevista inicial.

En cualquier caso, para mejorar las oportunidades de la persona con FIL y hacer más eficiente el proceso de intervención, desde el Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias se velará por que las personas con FIL tengan visibilidad como colectivo diferencial en las políticas activas de empleo.

Concretamente, se podría considerar que, en las convocatorias de subvención para políticas activas del departamento con financiación de la Generalitat, se especifique el colectivo de las personas con FIL como colectivo diferenciado, al igual que se hace con otros colectivos.

Otra actuación para favorecer la empleabilidad de las personas con FIL sería que el departamento planificara formación específica que tenga en cuenta a las personas con FIL.

Además, desde el Departamento de Gobernación, Administraciones Públicas y Vivienda se podría estudiar la posibilidad de recuperar y actualizar el proyecto de gestión de integración

laboral para personas con funcionamiento intelectual límite iniciado en 1997.

1.3. Acreditación del diagnóstico de FIL

La acreditación del diagnóstico de FIL se puede hacer mediante un certificado emitido por los profesionales del CSMIJ, el CSMA o el SESM-DI a petición de la persona interesada.

También, a petición de la persona interesada, y previa presentación de un certificado de diagnóstico de FIL emitido por un profesional del CSMIJ, el CSMA o el SESM-DI, se puede solicitar un dictamen técnico de diagnóstico de FIL con valoración de la discapacidad, emitido por los equipos de valoración de la discapacidad de la Subdirección General de Atención a las Personas y de Promoción de la Autonomía Personal del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.

Las personas con FIL que también dispongan del certificado de grado de discapacidad pueden acceder a los recursos y ayudas que prevé la normativa para las personas con discapacidad.

VII. Coordinación interdepartamental e interprofesional

1. Coordinación interservicios

Como ya se ha explicado en apartados anteriores, el modelo de atención debe estar fundamentado en:

- La atención y la valoración integral centrada en la persona, considerando a esta como copartícipe y corresponsable en la planificación, el desarrollo y la evaluación del proceso de atención para con sus necesidades.
- El proceso asistencial integrado de los recursos, adaptándolos a las necesidades individuales de cada momento del proceso.
- La gestión del caso como marco metodológico que sustenta el proceso asistencial y que incorpora necesariamente una redefinición de los liderazgos profesionales, del rol del profesional de referencia y de las prácticas compartidas.

La gestión del caso debe poder proporcionar respuesta de manera transversal a las necesidades de las personas con FIL, ya que pueden ser varios los recursos y los profesionales que deben intervenir de forma coordinada para asegurar la continuidad asistencial guiada por un único plan de seguimiento individual (PSI).

Se debe garantizar que en la elaboración del PSI intervengan de manera multidisciplinaria todos aquellos profesionales, tanto de la red genérica como de la especializada, que tienen responsabilidad y capacidad ejecutiva a la hora de definir y proporcionar los apoyos necesarios para la persona.

Por ello es recomendable la figura del gestor del caso, que coordina a los diferentes profesionales que intervienen en todo el proceso y que es el referente que da el apoyo a la persona con FIL y orienta a la familia.

En el caso de aquellas personas con diagnóstico de FIL y con enfermedad mental o problemas de la conducta añadidos, es relevante el seguimiento del caso desde la región sanitaria.

En estos casos, el gestor del caso se coordinará con el coordinador local de la región sanitaria mediante la articulación en dos espacios:

- La reunión mensual de circuito en el marco territorial del grupo de estudio y derivación (GED).
- El encuentro regular de supervisión de casos.

Se propone la existencia de un coordinador local para cada región sanitaria,

preferentemente un miembro de la Red Especializada en Discapacidad Intelectual (trabajador/a social).

Funciones del coordinador local:

- Mantener y actualizar permanente un registro de personas con FIL de la región donde conste la utilización de servicios por parte de cada cliente.
- Encargarse de la coordinación con la Red de Salud Mental Infantojuvenil para la derivación del caso.
- Encargarse de la coordinación con la Red Genérica de Salud Mental para personas adultas.
- Convocar a las reuniones multidisciplinarias territoriales (GED) tanto a las personas implicadas en la resolución de las necesidades individuales del sujeto de las diferentes redes (de salud mental genérica y especializada, para adultos e infantojuvenil, trabajo, asuntos sociales y familias, educación, justicia y tercer sector) como a la propia persona afectada o a sus representantes legales.
- Mantener actualizados los registros individuales de cada paciente. En estos registros deberán constar los criterios por los que el paciente entró en el PSI, los objetivos, las actuaciones, las evaluaciones, etc.
- Ser la persona que garantiza el proceso de atención y coordina y conoce las intervenciones de los diferentes servicios y departamentos.

2. Recomendaciones de información y documentación

Es necesario tener un sistema de acceso a la información compartido y ágil, sin perder las debidas garantías de confidencialidad de la información y el respeto a los derechos de las personas usuarias.

Es importante que en los informes que emiten los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de un caso se incluya información que haga referencia a los aspectos funcionales del individuo y se hagan constar todas las intervenciones que se han llevado a cabo, con el fin de poder enfocar y orientar mejor las respuestas y líneas de actuación que se deban formular.

3. Atención y apoyo a las familias

Siempre respetando la toma de decisión de las personas, es importante también el papel

que juega la familia como núcleo que puede favorecer la funcionalidad de la persona con diagnóstico de FIL.

La familia debe estar acompañada en todas las fases de intervención para recibir el apoyo y la orientación que necesite.

Es necesario que en todas las fases de intervención:

- Se conozca la relación de la persona con diagnóstico de FIL con el resto de miembros de su núcleo de convivencia.
- Se conozca la red de apoyo de que disponen la persona y la familia.
- El gestor de caso facilite toda la información a la persona con diagnóstico de FIL y a la familia (diagnóstico, tratamiento, información sobre profesionales...).
- Se acompañe a la familia en la derivación a los servicios que correspondan en cada caso (servicios sociales básicos, servicios educativos especializados, equipos de valoración de la discapacidad y de la dependencia) para gestionar, su caso, el acceso a determinados recursos.

4. Formación de los profesionales

Es fundamental disponer de profesionales capacitados y con experiencia para mejorar la respuesta a las personas con diagnóstico de FIL.

Se debe potenciar la formación de profesionales de los ámbitos de la psiquiatría y la psicología, personal de enfermería, educadores/as, trabajadores/as sociales y personal de atención directa y niveles asistenciales primarios.

Con este fin, se propone realizar un plan formativo para estos profesionales e impartirlo en todo el territorio. Este plan formativo será desarrollado por los profesionales de la red especializada en personas con discapacidad intelectual.

Contenido básico de la propuesta de formación:

- El concepto de funcionamiento de inteligencia límite.
- Cómo detectar el FIL.
- Las principales enfermedades mentales en las personas con FIL (diferencias y semejanzas con la población general).
- Abordaje integral de las necesidades de las personas con FIL.

También se recomienda una formación más específica para poder afrontar y tener herramientas ante aquellos casos de personas con FIL que además tengan una enfermedad mental o problemas de conducta.

El objetivo es la capacitación de los profesionales con responsabilidad sobre los servicios de atención a la salud mental para las personas con FIL para:

- Conocer los principales referentes teóricos en el ámbito de las personas con FIL y las alteraciones mentales o de la conducta.
- Adquirir las habilidades necesarias para la evaluación y el diagnóstico de las alteraciones mentales o de la conducta en personas con FIL.
- Adquirir las habilidades necesarias para el diseño y la aplicación de una evaluación biopsicosocial, esto es, integral y eficaz.

5. Recursos existentes

En este apartado se explican los diferentes recursos que intervienen en los procesos, ordenados por administración y especificando en qué franja de edad intervienen.

Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias

Cartera de Servicios Sociales

Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011.

La Cartera de Servicios Sociales tiene como destinatarias a las personas que se encuentran en situaciones con necesidad de atención especial, como son, entre otras, las personas con dependencia o discapacidad; enfermedad mental; con drogodependencia y otras adicciones; las que sufren violencia; las inmersas en delincuencia juvenil; las sometidas a medidas de ejecución penal, a vulnerabilidad, riesgo o dificultad social para las personas mayores, la infancia y la adolescencia, a exclusión o urgencia social y las víctimas de violencia machista, discriminación o pobreza.

Hay que tener presente que las personas diagnosticadas con FIL, que tienen este diagnóstico como único, no obtienen el grado de discapacidad, como tampoco obtienen un grado de dependencia, según lo previsto en la normativa vigente.

Por lo tanto, es importante destacar que para acceder a los recursos residenciales o

programas residenciales es necesario tener reconocido al menos un grado del 33 % de discapacidad. Esta valoración la realizan los servicios de valoración y orientación. Estos servicios los forman los equipos de valoración y están distribuidos por todo el ámbito geográfico de Cataluña.

Si se tiene reconocido el grado de discapacidad necesario, así como valorada la dependencia, los recursos de tipo residencial a los que pueden optar las personas que cumplen estos criterios de acceso son los siguientes:

- Servicios de atención diurna para personas con discapacidad intelectual.
- Servicio de apoyo a la autonomía en el propio hogar para personas con discapacidad intelectual.
- Servicios de acogida residencial para personas con discapacidad intelectual.

Servicio de Empleo de Cataluña. Formación

Gestiona medidas, entre las que destaca la formación para el empleo. En este sentido, ofrecen cursos dirigidos a personas trabajadoras inscritas en las oficinas de trabajo de la Generalitat de Catalunya que se encuentren en situación de paro, programan acciones de experimentación en nuevas cualificaciones y realizan pruebas de profesionalidad para evaluar las competencias profesionales y emitir los certificados correspondientes.

Su objetivo principal es ser el referente en el ámbito de la formación para el empleo dirigida a trabajadores/as desempleados y en activo.

Cabe hacer referencia al reciente Acuerdo GOV/49/2016, de 26 de abril, por el que se aprueban las directrices del Plan de acreditación y cualificación profesionales, que debe desarrollarse.

Dirección General de Economía Social, el Tercer Sector, las Cooperativas y la Autoempresa. Empleo

Gestiona medidas de inserción laboral para personas con discapacidad o enfermedad mental mediante ayudas a entidades sin ánimo de lucro, fundaciones y corporaciones locales especializadas en esta tarea.

Departamento de Enseñanza

Centros educativos

Puede encontrar información sobre los centros educativos en el sitio web del Departamento de Enseñanza.

<http://ensenyament.gencat.cat/ca/inici/>

Equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP)

Los EAP son equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica que apoyan al profesorado y a los centros educativos en la respuesta a la diversidad del alumnado y con relación a los alumnos que presentan necesidades educativas especiales, así como a sus familias.

Departamento de Salud

Los CSMIJ, los CSMA y los SESM-DI

Los CSMIJ, en la etapa infantojuvenil, y los CSMA y SESM-DI, en la etapa adulta, actúan como una atención primaria en la Red de Salud Mental, son la puerta de entrada a esta red. En ellos pivota toda la atención y valoración y coordinan, una vez hecha la valoración del caso, la necesidad de intervención en otros dispositivos:

- Hospitales de día: recurso de hospitalización parcial de atención diurna.
- Unidades de hospitalización de agudos y subagudos con internamiento completo.
- Centros de día / servicios de rehabilitación: recurso de intervención para mejorar habilidades de relación y de funcionalidad de actividades de la vida comunitaria.
- UHEDI: recurso especializado de hospitalización compartido con asuntos sociales
- Centros de atención a las drogodependencias (CASD) en aquellas situaciones de patología con comorbilidad con consumo de sustancias.

Al mismo tiempo, con el programa de colaboración con la atención primaria de salud, los CSM se coordinan para la intervención en el recurso más idóneo para la persona.

Departamento de Justicia

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña

El instituto está regulado por la normativa siguiente:

Decreto 411/2006, de 31 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento del Instituto de Medicina Legal de Cataluña. DOGC núm. 4753.

Decreto 279/2016, de 2 de agosto, por el que se modifica el Reglamento del Instituto de Medicina Legal de Cataluña, aprobado por el Decreto 411/2006, de 31 de octubre, y su denominación como Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cataluña. DOGC núm. 7177.

Gráfico-resumen de los recursos existentes.

EDAD			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	>21		
Justicia	IMLCFC																										
Asuntos sociales	Básicos	Municipio																									
	Especializados	CDIAP																									
		CAD infantil																									
		CAD adultos																									
		EVO laboral																									
		Entidades tutelares																									
Enseñanza	Escolar																										
	Escuelas de adultos																										
	EAP																										
Trabajo	SOC	Formación																									
	Trabajo																										
Salud	Básicos	Pediatría																									
		Adultos																									
	Especializados	CSMIJ																									
		CSMA																									
		SESM-DI																									

VIII. Glosario

Atención primaria de salud (APS)

La atención primaria de salud es el primer punto de acceso presencial al sistema sanitario público. Al resto de servicios del sistema se accederá por derivación desde la atención primaria, excepto en el 061 CatSalut Respon o en las urgencias médicas, a las que se puede acceder directamente en caso de necesitar una atención urgente.

El centro de atención primaria (CAP) es el lugar de atención presencial donde hay que ir cuando se tiene un problema de salud o cuando se quiere prevenir alguna enfermedad. Ofrece diagnóstico y atención a los principales problemas de salud; asistencia sanitaria y social; servicios de promoción de la salud, de atención preventiva, curativa y rehabilitadora; servicio de atención a domicilio; atención urgente o continuada y atención a la salud sexual y reproductiva.

Los servicios de atención primaria forman parte de la cartera común básica, que son los servicios asistenciales cubiertos de forma completa por financiación pública.

El equipo de atención primaria (EAP) es el conjunto de profesionales de medicina de familia, pediatría, enfermería, odontología, trabajo social y de atención al ciudadano preparado para ofrecer una atención integral que incluye la atención y la promoción de la salud, la educación en los hábitos saludables, la prevención de enfermedades y la orientación en la asistencia social.

Es un servicio del Departamento de Salud.

Centro de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP)

Centros especializados en la atención integral de los niños hasta los seis años con dificultades o trastornos en su desarrollo o con riesgo de padecerlos. Como servicios de atención públicos, se extienden por todo el territorio catalán y trabajan coordinados con el resto de dispositivos implicados en la atención de la primera infancia.

Actualmente hay 86 CDIAP (entre servicios y antenas, es decir, servicios que solo se ofrecen algún día de la semana)

distribuidos por todo el territorio catalán.

Es un servicio del Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.

**Centro de salud mental
de adultos (CSMA)**

Son servicios básicos de atención ambulatoria especializada en atención psiquiátrica y salud mental. Están dirigidos a las personas mayores de 18 años que presentan un trastorno mental, en cualquiera de las etapas evolutivas de la enfermedad, que por su gravedad o complejidad no puede ser atendido únicamente desde el ámbito de los servicios de atención primaria de salud (APS).

También apoyan la atención primaria de salud mediante programas de prevención de la enfermedad y con el desarrollo de tareas de investigación y docencia en el ámbito de la salud mental.

Es un servicio del Departamento de Salud.

**Centro de salud mental
infantil y juvenil (CSMIJ)**

Son servicios básicos de atención ambulatoria especializada en atención psiquiátrica y salud mental. Están dirigidos a las personas menores de 18 años que presentan un trastorno mental, en cualquiera de las etapas evolutivas de la enfermedad, que por su gravedad o complejidad no puede ser atendido únicamente desde el ámbito de los servicios de atención primaria de salud (APS).

Está integrado dentro del circuito asistencial, articulándose con el resto de dispositivos y estableciendo un sistema de coordinaciones que posibiliten la continuidad asistencial del proyecto terapéutico del paciente.

Es un servicio del Departamento de Salud.

**Certificado de grado de
discapacidad**

La resolución de reconocimiento de grado de discapacidad (llamado comúnmente «certificado») es el documento administrativo que acredita la discapacidad. Este

documento facilita el acceso a diversos derechos, servicios, programas y prestaciones que tienen por objeto compensar las desventajas sociales derivadas de la discapacidad o de las barreras sociales que limitan la participación plena y efectiva en la sociedad.

Para poder acceder a las ayudas establecidas para las personas con discapacidad, es requisito imprescindible tener una discapacidad igual o superior al 33 %.

La valoración de la discapacidad se expresa en porcentaje y se realiza mediante la aplicación del Real Decreto 1971/199, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad.

Son objeto de valoración las discapacidades físicas, psíquicas, sensoriales y de la comunicación y el habla que presente la persona, así como los factores sociales complementarios relativos al entorno familiar y la situación laboral, educativa y cultural que puedan dificultar la integración social.

Clasificación diagnóstica

Categoría diagnóstica
clínica / Categoría
secundaria

La *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión* (CIE-10), es la traducción al castellano de la *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision* (ICD-10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En Cataluña, la CIE-10 se utiliza principalmente para la codificación de las causas de muerte y de las enfermedades y los problemas relacionados con la salud que se atienden en centros de atención primaria (CAP), de urgencias de atención primaria (CUAP) y de salud laboral, entre otros.

Esta clasificación forma parte del catálogo de diagnósticos y procedimientos del Plan de Sistemas del Servicio Catalán de la Salud.

**Centro de atención a las
personas con
discapacidad (CAD)**

Los centros de atención a las personas con discapacidad (CAD) prestan servicios de información y orientación a las personas con discapacidad, a sus familias y a la comunidad de profesionales que lo requieren. Están distribuidos por todo el territorio y cada uno de estos centros tiene asignado un ámbito de influencia determinado.

En estos centros se ubican los equipos de valoración y orientación (EVO), equipos multiprofesionales formados por director/a, médico/a, psicólogo/a, trabajador/a social y personal administrativo.

**Comisión de atención a
la diversidad**

Es el espacio institucional en el que se planifican las medidas del centro para atender la diversidad del alumnado. Se hace el seguimiento de estas medidas, se revisan y se promueven cambios para mejorar los resultados, la acogida y el éxito de todo el alumnado.

Participan: el equipo directivo, los docentes especializados en atención a la diversidad, maestros de educación especial, el orientador del centro, profesorado de pedagogía terapéutica, maestros de refuerzo, profesorado del aula de acogida, profesionales de la unidad de apoyo a la educación especial (USEE), el psicopedagogo del equipo de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP) y los coordinadores o representantes de los diferentes equipos docentes o ciclos, según la etapa educativa.

Es un servicio del Departamento de Enseñanza.

Comisión social

Espacio interdisciplinario, que surge de la comisión de atención a la diversidad, donde se recogen las demandas detectadas en el colegio o en otros servicios sobre problemáticas sociales que se manifiesten y donde se hacen un análisis y una reflexión para consensuar el diagnóstico, delimitar la intervención y establecer un proceso de seguimiento.

Es un servicio del Departamento de Enseñanza.

**Discapacidad
intelectual (DI)**

Derivada de limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, en la conducta adaptativa y en habilidades prácticas. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media que coexiste con limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, habilidades sociales, uso de la comunidad, autogestión, salud y seguridad, contenidos escolares funcionales, ocio y trabajo.

DSM-5

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (en inglés, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM) de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (en inglés, *American Psychiatric Association* o APA) contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores de las ciencias de la salud puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales.

La edición vigente es la quinta, DSM-5, publicada el 18 de mayo de 2013.

**Equipos de
asesoramiento y
orientación
psicopedagógica (EAP)**

Son equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica que apoyan al profesorado y a los centros educativos en la respuesta a la diversidad del alumnado y con relación a los alumnos que presentan necesidades educativas especiales, así como a sus familias.

Forman parte de los servicios educativos de zona (SEZ) junto con los centros de recursos pedagógicos (CRP) y los equipos de asesoramiento en lengua, interculturalidad y cohesión social (ELIC).

Los destinatarios son los centros educativos, los equipos

directivos, el profesorado y otros profesionales implicados en la atención al alumnado con dificultades o con necesidades educativas especiales, el alumnado y sus familias.

Es un servicio del Departamento de Enseñanza.

Equipos básicos de atención social (EBAS)

El servicio básico de atención social consiste en un conjunto de acciones profesionales que tienen el objetivo de atender las necesidades sociales más inmediatas, generales y básicas de las personas, familias y grupos.

Estas actuaciones también contribuyen a la prevención de las problemáticas sociales y a la reinserción e integración de las personas en situación de riesgo social o exclusión.

Las funciones principales de los equipos técnicos que ofrecen este servicio son las siguientes:

- Proporcionar información, orientación, asesoramiento, trabajo social comunitario, detección, prevención y tratamiento social y educativo.
- Formular propuestas de atención a las personas y de interés para la comunidad, diseñar programas de actuaciones sociales y cooperar con los demás servicios de la red de bienestar.
- Conocer los recursos y las prestaciones sociales existentes e informar y ayudar en la gestión de los trámites.

Es un servicio municipal.

Funcionamiento intelectual límite (FIL)

Es una condición que afecta a un porcentaje importante de la población y que tiene una repercusión en la calidad de vida de las personas y en su inserción social y laboral. A pesar de su impacto social y su frecuencia, el FIL todavía no está lo suficientemente reconocido por los sistemas

sanitarios, sociales, educativos y judiciales a nivel internacional.

Grupo de estudio de derivación (GED)

Órgano mixto que coordina en cada región sanitaria el estudio y la evaluación de las necesidades de las personas con DI que presentan trastornos mentales o de conducta y decide derivar hacia un recurso más adecuado cuando la gravedad del caso lo requiere.

Cociente intelectual (CI)

El cociente intelectual (en inglés, *IQ*) es un valor que resulta de la realización de un examen estandarizado para medir las habilidades cognitivas y la capacidad intelectual de una persona (la inteligencia) en relación con su grupo de edad. Se expresa de forma que el CI medio de un grupo de edad sea 100 (una persona de CI = 110 está por encima de la media de su grupo de edad; una persona de CI = 90 está por debajo de la media de su grupo de edad). Lo más normal es que la desviación estándar (σ) de los resultados sea de 15 o 16, y los test se diseñan de forma que la distribución de los resultados sea una distribución gaussiana, es decir, que siga la curva normal.

Servicio de Empleo de Cataluña (SOC)

De acuerdo con la Ley 13/2015, de 9 de julio, de ordenación del sistema de empleo y del Servicio Público de Empleo de Cataluña, el SOC es un organismo autónomo de carácter administrativo, adscrito al Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias de la Generalitat de Cataluña.

El SOC enmarca su actuación en la Estrategia Europea sobre Trabajo y en los planes nacionales sobre trabajo del Estado.

El SOC tiene como funciones principales:

- Ofrecer y prestar servicio a todas las personas que buscan trabajo, independientemente de que su situación laboral sea en activo o en paro, y a las empresas.
- Ofrecer un marco de igualdad de oportunidades

laborales para todos.

- Fomentar el espíritu emprendedor y apoyar a la pequeña y mediana empresa.
- Conseguir que el diálogo y el compromiso entre los actores públicos y privados sean el motor de las políticas de empleo.
- Conseguir un nivel de ocupación alto mediante una acción activa junto con la promoción y creación de trabajo.

**Servicio especializado
en salud mental para
personas con
discapacidad intelectual
(SESM-DI)**

Es un servicio básico de atención ambulatoria especializada en atención psiquiátrica y salud mental. Está dirigido a las personas de cualquier edad con discapacidad intelectual y que presentan un trastorno mental, en cualquiera de las etapas evolutivas de la enfermedad, que por su gravedad o complejidad no puede ser atendido únicamente desde el ámbito de los servicios de atención primaria de salud.

Está integrado dentro del circuito asistencial, se articula con el resto de dispositivos y establece un sistema de coordinaciones que posibilitan la continuidad asistencial del proyecto terapéutico del paciente.

Centra su actividad en el paciente y la familia, pero especialmente da apoyo a los equipos de atención de los centros de educación especial y de reinserción laboral.

Es un servicio del Departamento de Salud.

**Unidad de
hospitalización
especializada para
personas con
discapacidad intelectual
(UHEDI)**

Es una unidad hospitalaria altamente especializada. Atiende a personas adultas con discapacidad intelectual que presentan de forma asociada graves trastornos mentales o de conducta.

**Unidad de apoyo a la
educación especial**

Son unidades de recursos (humanos, técnicos y materiales) que se facilitan a los centros para ayudar en el proceso de

(USEE) participación de los alumnos con necesidades educativas especiales en la escolarización ordinaria.

XSMA, Red de Salud Mental y Adicciones

La Red de Salud Mental y Adicciones es la red pública especializada en la atención a la salud mental. Dispone de servicios de hospitalización total o parcial, servicios de atención comunitaria que se prestan a través de centros de salud mental de adultos, infantojuveniles y de atención a las adicciones y centros de rehabilitación comunitaria.

Departamentos de la Generalitat de Catalunya

Estos son los 4 departamentos de la Generalitat de Catalunya que se incluyen en este documento:

Siglas usadas

Departamento

ENS. Departamento de Enseñanza,

JUST. Departamento de Justicia,

SALT. Departamento de Salud,

TSF. Departamento de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias.

IX. Bibliografía

- Artigas-Pallares, J.; Rigau-Ratera, E.; Garcia-Nonell, C. Borderline intellectual capacity and executive dysfunction. *Rev. Neurol.* 2007;44, Suppl. 2:S67-9.
- Ballesteros-Urpi, A.; Pardo-Hernández, H.; Ferrero-Gregori, A.; Torralbas Ortega, J.; Puntí, J.; Tàpies Olivet, P.; Izaguirre Eguren, J.; Lara Lloveras, A.; Bertomeu, S.; Peramiqel, M.; Herreros, V.; Vidal, À.; Font, E.; Romero, S.; Garcia, M.; Lázaro, L.; Morer, À. Validation of the Spanish version of the Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA). *European Child and Adolescent Psychiatry* (presentado).
- Baxter, H.; Lowe, K.; Houston, H.; Jones, G.; Felce, D.; & Kerr, M., (2006). Previously unidentified morbidity in patients with intellectual disability. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 56(523), 93–8.
- Convenció dels Drets de les Persones amb discapacitat de les Nacions unides, ONU, Nueva York, 2006.
- Esteba-Castillo, S.; Torrents-Rodas, D.; García-Alba, J.; Ribas-Vidal, N.; Novell-Alsina, R. Traducción y validación de la versión española de la escala Health of the Nation Outcome Scales for People with Learning Disabilities (HoNOS-LD). *Revista de Psiquiatria y Salud Mental* (Barc.). 2016.
- Gostasson, R.; 1985. Psychiatric illness among the mentally retarded. A swedish population study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 318:1-17.
- Hassiotis, A.; Strydom, A.; Hall, I.; Ali, A.; Lawrence-Smith, G.; Meltzer, H. et ál. Psychiatric morbidity and social functioning among adults with borderline intelligence living in private households. *Journal of Intellectual Disability Research* 2008; 52 Pt2: 95-106.
- Hassiotis, A.; Ukoumunne, O.; Tyrer, P.; Piachaud, J.; Gilvarry, C.; Harvey, K.; et ál. Prevalence and characteristics of patients with severe mental illness and borderline intellectual functioning. *British Journal of Psychiatry*, 1999, 175:135-140.
- Hayes, S.; Shackell, P.; Mottram, P.; and Lancaster, R. (2007). The prevalence of intellectual disability in a major UK prison. *British Journal of Learning Disabilities*, 35, 162–167.
- Hernández, Ana; Aguilar, Cristina; Paradell, Erica y Vallar, Frédérique. WISC-V: L'Escala d'intel·ligència de Wechsler per a nens-V. Pearson Educación, 2014.

- Herrington, V. (2009). Assessing the prevalence of intellectual disability among young male prisoners. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 53(5), 397–410. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2008.01150.x.
- Kaufman, A. S.; Kaufman, N. L. Test Breve de Inteligencia de Kaufman (K-BIT). Pearson Educación, 1990.
- Koller, H. 1983. Behavior disturbance since childhood among a 5-year birth cohort of all mentally retarded young adults in a city. *American Journal of Mentally Deficiency*; 87 (4): 386-395.
- Montero Centeno, D. Evaluación de la Conducta Adaptativa en Personas con Discapacidades. Adaptación y Validación del ICAP 2.ª edición. Ediciones Mensajero, 1996.
- Murphy, G. H.; Harnett, H.; & Holland, A. J. (1995). A Survey of intellectual disabilities amongst men on remand in prison. *Mental Handicap Research*, 8(2), 81–98. DOI: 10.1111/j.1468-3148.1995.tb00147.x.
- Puerta, I. C.; Martínez-Gómez, J.; & Pineda, D. A. (2003). [Prevalence of mental retardation in teenagers with dissocial conduct disorder]. *Revista de Neurología*, 35(11), 1014–8.
- Roy, A.; Matthews, H.; Clifford P.; Fowler V.; Martin, D. M. The Health of the Nation Outcome Scales for People with Learning Disabilities (HoNOS-LD). 2002.
- Salvador-Carulla, Luis; Ruiz Gutiérrez-Colosia, Mencia; Nadal Pla, Margarida; et ál. (2011) Manual de Consens sobre el Funcionament Intel·lectual Límit. Obra Social Caja Madrid. ISBN: 978-84-693-9202-7.
- Salvador-Carulla, Luis; et ál. Funcionamiento intelectual límite: guía de consenso y buenas prácticas. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 2013;6(3):109-120.
- Seidel, U. P.; Chadwick, O. F.; & Rutter, M. (1975). Psychological disorders in crippled children. A comparative study of children with and without brain damage. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 17(5), 563–73.
- Wing, J. K.; Curtis, R. H.; Park, S. B. G.; Hadden, S.; Burns, A. Health of Nation Outcome Scales (HoNOS) *British J. Psychiatry* 1998 Jan;172:11-8.