

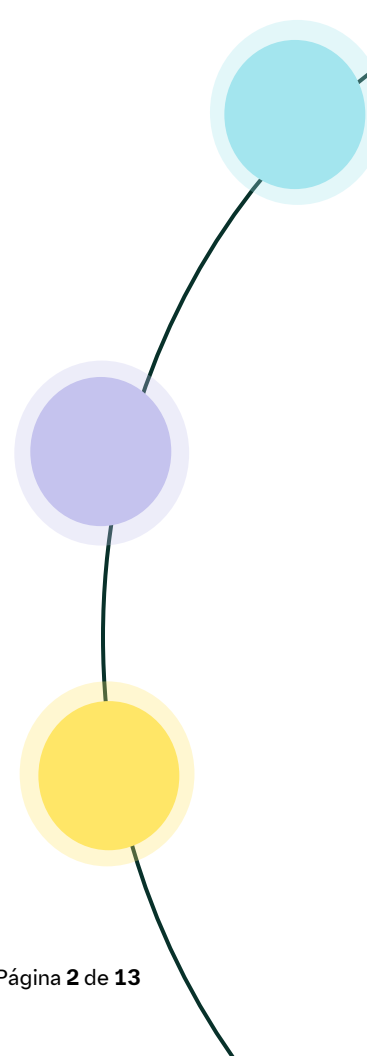


MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA

Resumen ejecutivo

ÍNDICE

1.	Introducción y contexto	3
2.	Modelo de atención integral de la persona con esquizofrenia	3
2.1.	Estructura del modelo: fases y actividades.....	4
2.2.	Ámbitos de actuación de las fases del modelo	5
2.3.	Principales áreas de mejora y recomendaciones	6



1. Introducción y contexto

La **esquizofrenia** es un **trastorno psicótico grave** que se caracteriza por una combinación de signos y síntomas distintivos. Estos síntomas afectan a diversos procesos psicológicos, tales como la **percepción** (alucinaciones), la **ideación**, la **verificación de la realidad** (delirios), los **procesos de pensamiento** (asociaciones laxas), las **emociones** (afecto plano e inapropiado), la **atención**, la **concentración**, la **motivación** y el **juicio**. Cabe destacar que ningún síntoma por sí solo es patognomónico, y que no todas las personas presentan el mismo perfil clínico. Las manifestaciones sintomáticas se asocian a diversos grados de deterioro funcional, impactando de forma significativa en la calidad de vida de quienes la padecen.

Los **datos epidemiológicos más recientes en España** respaldan esta necesidad. En el **año 2023**, se registraron **183.512 personas con esquizofrenia**, lo que supone una tasa de **3,9 casos por mil habitantes**. Esta cifra refleja una **estabilidad respecto a 2021**, cuando la tasa fue de **3,91 por mil habitantes** (Sistema Nacional de Salud). A pesar de la estabilidad, continúa evidenciándose la **carga constante de la esquizofrenia** sobre el sistema de salud. Según datos de 2023, las **personas con trastornos mentales** realizan aproximadamente **1,5 veces más visitas anuales a los centros de atención primaria (AP)** que la **población general**. Además, se atienden alrededor de **5,5 millones de consultas de psiquiatría en los centros ambulatorios de especialidades y en los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS)**.

En respuesta a la creciente necesidad de mejorar el abordaje clínico y social de la esquizofrenia, la **industria farmacéutica** ha intensificado su labor en la investigación y desarrollo de **nuevas soluciones terapéuticas**. En este contexto, la compañía **Boehringer Ingelheim (BI)** se posiciona como un referente en innovación dentro del campo de la salud mental, liderando ensayos clínicos orientados a cubrir necesidades no satisfechas y reforzando la importancia de implementar **un modelo de atención integral**, que contemple **estrategias personalizadas**, combinando **intervenciones médicas, psicosociales y comunitarias**.

2. Modelo de atención integral de la persona con esquizofrenia

El **Modelo de atención integral de la persona con esquizofrenia** surge como una **herramienta estratégica** diseñada para estructurar un **abordaje clínico, psicosocial y comunitario integral**, a lo largo de todo el proceso asistencial. Se fundamenta en un **enfoque biopsicosocial**, con **perspectiva de derechos, centrado en la persona**, y basado en la **coordinación multidisciplinar** entre niveles de atención y actores implicados.

Este modelo pone énfasis en la **prevención** y en la **detección temprana de los síntomas**, fortaleciendo la **formación de los profesionales** en distintos ámbitos de atención, con una **visión comunitaria y centrada en la persona**. Asimismo, promueve el **diagnóstico precoz** y la **intervención temprana**, con el propósito de abordar la enfermedad desde sus primeras manifestaciones y mejorar su pronóstico a largo plazo.

Además, el modelo prioriza una **valoración** y un **abordaje integral** en todas las fases del proceso asistencial, asegurando la **continuidad del tratamiento** entre los distintos niveles y

dispositivos asistenciales. Esta **coordinación** permite ofrecer **una atención sostenida en el tiempo**, adaptada tanto a las **necesidades individuales de la PDE** como a su **entorno familiar y social**.

De forma complementaria, se incorpora un **seguimiento longitudinal** y un **acompañamiento continuado**, orientado a garantizar la **estabilidad clínica** y a apoyar a la persona en el **desarrollo de su proyecto de vida**. Todo ello con un enfoque centrado en la **recuperación funcional**, la **inclusión comunitaria**, la **autonomía personal** y la **mejora de la calidad de vida**.

El objetivo principal es **garantizar la continuidad asistencial**, **facilitar la recuperación funcional** y **promover la inclusión comunitaria**, con especial atención a la **mejora de la calidad de vida**, el **empoderamiento personal** y la **autonomía de la persona diagnosticada con esquizofrenia (PDE)**.

2.1. Estructura del modelo: fases y actividades

El modelo propone un proceso asistencial de **cinco fases principales**, que recogen el recorrido asistencial de la PDE. Cada fase se compone de un **conjunto de actividades** que permiten **identificar acciones concretas, áreas de mejora y recomendaciones** específicas.

Esta **estructuración facilita la implementación del modelo**, su **evaluación sistemática** y su **mejora continua**. Las **fases descritas** abarcan desde la **prevención hasta el seguimiento a largo plazo**, integrando las distintas intervenciones necesarias para una atención de calidad.

Las **cinco fases y actividades del modelo de atención** son:

Ilustración 1. Fases y actividades del Modelo de atención integral de la persona con esquizofrenia.

FASES	ACTIVIDADES
1. Prevención	1.1. Prevención de los factores de riesgo
2. Detección	2.1. Detección de la persona con sospecha clínica de esquizofrenia 2.2. Derivación para diagnóstico 2.3. Información a la persona afectada y a las personas cuidadoras
3. Diagnóstico	3.1. Confirmación diagnóstica 3.2. Asignación del equipo responsable y determinación de primeras medidas asistenciales y terapéuticas 3.3. Valoración integral de la persona afectada
4. Plan de atención	4.1. Determinación del nivel de intensidad de la atención 4.2. Elaboración del plan de atención 4.3. Información a la persona con diagnóstico de esquizofrenia y a las personas cuidadoras
5. Atención y seguimiento	5.1. Atención a la persona con diagnóstico de esquizofrenia y a las personas cuidadoras 5.2. Revisión y reevaluación del plan de atención 5.3. Seguimiento de la persona con diagnóstico de esquizofrenia

Fuente: Elaboración propia.

2.2. Ámbitos de actuación de las fases del modelo

Cada **fase del modelo** incorpora diversos **ámbitos de actuación que responden a necesidades específicas detectadas en el proceso asistencial**. Estos ámbitos se presentan diferenciados en dos dimensiones: por **áreas de mejora y por recomendaciones**, con el fin de optimizar la atención integral de la persona afectada.

Esta estructura permite un **abordaje de las principales áreas de mejora y recomendaciones identificadas en la atención a la PDE**, facilitando la **alineación de estrategias entre profesionales, niveles asistenciales y recursos comunitarios**. Asimismo, fomenta una **intervención integral**, basada en la **colaboración interdisciplinar y en los derechos y preferencias de la PDE**.

Tabla 1. Ámbitos de actuación por áreas de mejora y recomendaciones de las cinco fases del modelo de atención de la persona con esquizofrenia.

Fases del modelo	Ámbitos de actuación	
	Ámbitos de actuación por áreas de mejora	Ámbitos de actuación por recomendaciones
1. Prevención	1.1. Abordaje de situaciones de riesgo. 1.2. Prevención, sensibilización y concienciación.	1.1. Identificación y atención a situaciones de riesgo. 1.2. Sensibilización y concienciación social. 1.3. Apoyo psicológico y social a familiares y cuidadores.
2. Detección	2.1. Atención integral y continuidad en el cuidado. 2.2. Comunicación y coordinación entre niveles asistenciales. 2.3. Formación y capacitación de los profesionales. 2.4. Reducción del estigma social y atención a grupos vulnerables.	2.1. Coordinación y protocolos de atención. 2.2. Herramientas de detección y respuesta temprana. 2.3. Formación y capacitación de los profesionales. 2.4. Apoyo integral a las personas afectadas y a su entorno. 2.5. Sensibilización y concienciación social.
3. Diagnóstico	3.1. Fortalecimiento del enfoque multidisciplinario y participativo. 3.2. Atención integral para la persona afectada y su entorno. 3.3. Valoración diagnóstica.	3.1. Comunicación y apoyo continuado a la persona afectada y a su entorno. 3.2. Valoración diagnóstica integral. 3.3. Coordinación y optimización de la atención. 3.4. Formación, capacitación y fortalecimiento del equipo multidisciplinario.

Fases del modelo	Ámbitos de actuación	
	Ámbitos de actuación por áreas de mejora	Ámbitos de actuación por recomendaciones
4. Plan de Atención	4.1. Incorporación y participación de la PDE y sus cuidadores. 4.2. Gestión y coordinación del Plan de Atención.	4.1. Apoyo integral y “Proyecto de vida”. 4.2. Personalización del Plan de Atención. 4.3. Coordinación y seguimiento del Plan de Atención. 4.4. Tratamiento y adherencia terapéutica. 4.5. Formación y capacitación de los profesionales.
5. Atención y seguimiento	5.1. Coordinación asistencial y continuidad de la atención. 5.2. Abordaje comunitario y apoyo al entorno familiar. 5.3. Empoderamiento y participación de la PDE. 5.4. Atención y tratamiento personalizados. 5.5. Recursos de atención y soporte. 5.6. Gestión y accesibilidad a la información clínica.	5.1. Atención personalizada y seguimiento en el tratamiento. 5.2. Seguimiento y continuidad del Plan de Atención. 5.3. Coordinación y comunicación entre ámbitos de atención. 5.4. Empoderamiento y corresponsabilidad de la PDE. 5.5. Acceso a recursos sociales y apoyo a los familiares. 5.6. Investigación y desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento. 5.7. Formación y especialización de los profesionales.

Fuente: Elaboración propia.

2.3. Principales áreas de mejora y recomendaciones

Como resultado de un proceso participativo que ha contado con la colaboración de profesionales sanitarios, junto a otros profesionales asistenciales y representantes de organizaciones de personas afectadas por la enfermedad, se han identificado un total de **58 áreas de mejora**, distribuidas a lo largo de las cinco fases del modelo y permiten orientar su implementación en distintos entornos, adaptándose a los recursos y necesidades de cada territorio. Entre estas, se han identificado **22 áreas de mejora prioritarias**, atendiendo a su impacto y relevancia, a modo de orientación para las organizaciones sanitarias para iniciar la mejora del abordaje de la atención.

Tabla 2. Áreas de mejora prioritarias de las fases del Modelo de atención integral de la persona con esquizofrenia.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora prioritarias
Fase 1. Prevención	
1.1. Abordaje de situaciones de riesgo	1.1.1. Foco en la detección de situaciones de riesgo de salud mental en el ámbito educativo, con foco en la etapa de educación secundaria y en situaciones de acoso escolar, negligencia en los cuidados y/o maltrato.

Ámbito de actuación	Áreas de mejora prioritarias
1.2. Prevención, sensibilización y concienciación	1.2.1. Sensibilización de la población, singularmente en el ámbito joven, respecto de los riesgos de aparición de sintomatología psicótica con el consumo de alcohol, cannabis y otras drogas.
Fase 2. Detección	
2.1. Atención integral y continuidad en el cuidado	2.1.1. Desarrollo de la atención basada en derechos del proceso y recursos disponibles, incluyendo el traslado, llegada a urgencias, triaje y eventual ingreso, para minimizar el efecto traumático sobre la persona afectada y su entorno.
2.2. Comunicación y coordinación entre niveles asistenciales	2.2.1. Desarrollar iniciativas de soporte y seguimiento de la unidad familiar de PDE, compaginando el apoyo a la unidad familiar en el marco del soporte a la persona cuidadora con la actuación preventiva y de potencial detección de situaciones de riesgo en los integrantes de la unidad familia.
2.3. Formación y capacitación de los profesionales	2.3.1. Formación específica en salud mental y estabilidad de profesionales en AP que refuerce la longitudinalidad en la atención y sospecha de trastorno psicótico incipiente ante signos y síntomas negativos y/o cognitivos.
2.4. Perspectiva de género en la detección y atención de síntomas psicóticos	2.4.1. Desarrollo de protocolos de detección precoz para identificar síntomas psicóticos en mujeres, debido a diferencias en la presentación clínica, influencia hormonal (como la teoría estrogénica) y momentos vitales clave como la adolescencia, el ciclo menstrual, el embarazo o la premenopausia.
2.5. Reducción del estigma social y atención a grupos vulnerables	2.5.1. Reducir el estigma social, un factor que dificulta que las personas soliciten ayuda ante la aparición de signos y síntomas de esquizofrenia, afectando su detección y abordaje temprano, así como a la sociedad en general.
Fase 3. Diagnóstico	
3.1. Fortalecimiento del enfoque multidisciplinario y participativo	3.1.1. Incluir una perspectiva más colaborativa entre profesional-PDE a través de talleres para profesionales que incluyan personas con experiencia propia.
3.2. Atención integral para la persona afectada y su entorno	3.2.1. Atención y soporte al impacto en la persona y su entorno del proceso de diagnóstico (p.ej. apoyo psicológico).
3.3. Valoración diagnóstica	3.3.1. Peso del deterioro cognitivo y del deterioro funcional en la valoración diagnóstica. 3.3.2. Consideración de los factores biológicos y hormonales específicos de la mujer en el proceso diagnóstico de los

Ámbito de actuación	Áreas de mejora prioritarias
	trastornos psicóticos, como la influencia del ciclo menstrual, las variaciones en los niveles de estrógenos o los cambios hormonales asociados a la premenopausia.
Fase 4. Plan de Atención	
4.1. Incorporación y participación de la PDE y sus cuidadores	4.1.1. Incorporación de la visión de la PDE y, en su caso, de sus cuidadores en el PA.
4.2. Gestión y coordinación del Plan de Atención	4.2.1. Disponibilidad y capacidad de asignación de gestores de casos.
Fase 5. Atención y seguimiento	
5.1. Coordinación asistencial y continuidad de la atención	5.1.1. Desarrollo de la figura y rol del gestor de casos en el abordaje de la atención y el seguimiento
5.2. Abordaje comunitario y apoyo al entorno familiar	5.2.1. Refuerzo de la red social de los PDE y de las personas cuidadoras.
5.3. Empoderamiento y participación de la PDE	5.3.1. Participación de la PDE y de sus cuidadores en la toma de decisiones compartida, desde las fases iniciales del proceso asistencial, especialmente con el apoyo de asociaciones de personas afectadas, para alinear perspectivas entre la PDE, sus cuidadores y los/las profesionales.
5.4. Atención y tratamiento personalizados	5.4.1. Existencia de tratamientos farmacológicos y de programas de atención psicológica y social adaptados a necesidades cognitivas y funcionales de las PDE. 5.4.2. Revisión y actualización periódica de los tratamientos de acuerdo con la evolución de la persona, tanto farmacológicos como no farmacológicos. 5.4.3. Consideración del impacto del tratamiento de acuerdo con la perspectiva de género, atendiendo al efecto en niveles hormonales, salud reproductiva y, en general, en calidad de vida de las mujeres afectadas.
5.5. Recursos de atención y soporte	5.5.1. Adecuación de recursos sociales a necesidades de PDE a lo largo de las diferentes etapas de su vida y de la evolución de su enfermedad.
5.6. Gestión y accesibilidad a la información clínica	5.6.1. Acceso al PA por los diferentes perfiles profesionales. 5.6.2. Garantizar una accesibilidad universal a la información y a los recursos digitales, asegurando el uso de un lenguaje claro y adaptado, así como la eliminación de barreras

Ámbito de actuación	Áreas de mejora prioritarias
	tecnológicas y sociales, especialmente en entornos rurales o con recursos limitados.

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, se han identificado **111 recomendaciones** para actuar sobre las áreas de mejora indicadas previamente en el conjunto de las fases contempladas en el modelo de atención. De estas, **se han valorado como prioritarias 34 recomendaciones**, considerando su relevancia sobre las áreas de mejora en términos principalmente de capacidad de actuación y efecto sobre dichas áreas de mejora.

Tabla 3. Recomendaciones prioritarias de las fases del Modelo de atención integral de la persona con esquizofrenia.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
Fase 1. Prevención	
1.1. Identificación y atención a situaciones de riesgo	1.1.1. Reforzar la formación de los/las profesionales educativos en relación con la detección de señales de riesgo y de posibles episodios psicóticos. 1.1.2. Fomentar la colaboración para establecer políticas públicas y estrategias preventivas que mejoren la salud mental y la accesibilidad y calidad de la atención, reduciendo variabilidad y heterogeneidad en el abordaje.
1.2. Sensibilización y concienciación social	1.2.1. Impulsar campañas orientadas a mejorar la comprensión sobre la enfermedad y erradicar el impacto del estigma en la sociedad, con especial incidencia en los ámbitos educativo y laboral. 1.2.2. Reforzar la concienciación social respecto del impacto del consumo de drogas (con foco en cannabis) en el riesgo de desarrollo de trastornos psicóticos.
1.3. Apoyo psicológico y social a familiares y cuidadores	1.3.1. Desarrollar iniciativas de soporte y seguimiento de la unidad familiar de PDE, compaginando el apoyo a la unidad familiar en el marco del soporte a la persona cuidadora con la actuación preventiva y de potencial detección de situaciones de riesgo en los integrantes de la unidad familia.
Fase 2. Detección	
2.1. Coordinación y protocolos de atención	2.1.1. Mejorar los protocolos de comunicación y derivación entre AP-AH-USM, clarificando registro de sintomatología y facilitando acceso a la información, teniendo en cuenta la heterogeneidad territorial y adaptando los procedimientos a las particularidades organizativas y sanitarias de cada territorio.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
2.2. Herramientas de detección y respuesta temprana	2.2.1. Diseñar y desarrollar un sistema de alerta temprana para identificar los primeros episodios, basado en patrones de comportamiento y señales de riesgo recurrentes que facilite la derivación directa desde AP a programas específicos de atención a primeros brotes psicóticos.
2.3. Formación y capacitación de los profesionales	2.3.1. Impulsar la formación específica a los profesionales de salud mental y adicciones en la atención de la patología dual, para asegurar un abordaje coordinado y efectivo de las PDE desde la detección hasta el seguimiento. 2.3.2. Impulsar la formación en criterios de detección temprana de casos tanto en los que predomine la sintomatología positiva como en aquellos en los que predomine la sintomatología negativa y/o problemas cognitivos (p.ej. Ineficacia de tratamiento farmacológico de posible episodio depresivo). 2.3.3. Incorporar la perspectiva de género en los protocolos de detección precoz, integrando formación específica para los/las profesionales sobre las particularidades clínicas con las que pueden manifestarse los síntomas psicóticos en mujeres, así como sobre la influencia de factores hormonales y momentos vitales relevantes, como el ciclo menstrual, el embarazo o la transición a la menopausia.
2.4. Apoyo integral a las personas afectadas y a su entorno	2.4.1. Revisar y rediseñar desde la perspectiva de humanización tanto los circuitos como los espacios de atención en urgencias, de las personas con posibles episodios psicóticos, tanto para la atención de dichas personas como de sus acompañantes. Este rediseño deberá considerar no solo la atención directa a estas personas, sino también el acompañamiento y el apoyo a sus cuidadores, con el objetivo de minimizar el impacto emocional y mejorar la experiencia global en el servicio de urgencias.
2.5. Sensibilización y concienciación social	2.5.1 Impulsar campañas orientadas a mejorar la comprensión sobre la enfermedad y erradicar el impacto del estigma en la sociedad, con especial incidencia en los ámbitos educativo y laboral.
Fase 3. Diagnóstico	
3.1. Comunicación y apoyo continuado a la persona afectada y a su entorno	3.1.1. Reforzar entre los/las profesionales la importancia de comunicar tanto a la persona afectada como a sus personas cuidadoras los pasos a seguir en relación con el diagnóstico, incluyendo una valoración realista de los tiempos necesarios y de los resultados a obtener.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
3.2. Valoración diagnóstica integral	3.2.1. Incluir sistemáticamente la valoración del deterioro funcional en el diagnóstico de la persona, a través de la valoración de patrones funcionales realizada por el personal del EMR, y aplicarla específicamente a trastornos psicóticos. 3.2.2. Integrar la evaluación de factores específicos de la mujer, como parte del enfoque clínico integral (p. ej.: niveles de prolactina, antecedentes ginecológicos, ciclos hormonales, etc.).
3.3. Coordinación y optimización de la atención	3.3.1. Optimizar los tiempos de espera entre la solicitud de derivación y la atención por parte de los profesionales de salud mental, asegurando una respuesta más rápida y accesible para las PDE. 3.3.2. Asegurar la puesta en marcha de mecanismos de coordinación y de sistemática de trabajo formal e informal de los EMR, que facilite un abordaje sistemático y organizado a la situación de la persona afectada y de sus personas cuidadoras.
3.4. Formación, capacitación y fortalecimiento del equipo multidisciplinario	3.4.1. Estructurar e impulsar la composición y funcionalidad multidisciplinar de los EMR, incluyendo psiquiatría, enfermería con especialización de salud mental, trabajo social, psicología clínica y terapia ocupacional.
Fase 4. Plan de Atención	
4.1. Apoyo integral y “Proyecto de vida”	4.1.1. Diseñar e implementar actividades específicas que proporcionen una red de apoyo adecuada, contribuyendo a la estabilidad y recuperación de la PDE, e involucrando a la comunidad y a las personas cuidadoras, personas vinculadas y/o familiares en el proceso.
4.2. Personalización del Plan de Atención	4.2.1. Usar el esquema de niveles de intensidad de la atención como orientación para facilitar la articulación y revisión del PA. 4.2.2. Fomentar los documentos de voluntades anticipadas con el objetivo de fortalecer el vínculo y la relación entre la PDE y el profesional, promoviendo su utilización e implementando todas las medidas posibles para minimizar la contención.
4.3. Coordinación y seguimiento del Plan de Atención	4.3.1. Asegurar el acceso al PA por parte de los distintos ámbitos y niveles de atención implicados en la atención a la PDE (p.ej. AP, servicios sociales).
4.4. Tratamiento y adherencia terapéutica	4.4.1. Asegurar la personalización del PA para las PDE, de acuerdo con sus características, etapa vital, sus prioridades y los tratamientos adicionales que pueda requerir para atender

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
	a otras condiciones de salud (p ej.: ajustes en el tratamiento farmacológico).
4.5. Formación y capacitación de los profesionales	4.5.1. Fomentar la formación de los/las profesionales de los EMR en la comunicación con PDE y cuidadores, con foco en la toma de decisiones compartida.
Fase 5. Atención y seguimiento	
5.1. Atención personalizada y seguimiento en el tratamiento	5.1.1. Asegurar la personalización del tratamiento farmacológico para las PDE, de acuerdo con sus características, su etapa vital, sus prioridades y los tratamientos adicionales que pueda requerir para atender a otras condiciones de salud, asegurando la mejor atención integral y optimizando los resultados terapéuticos y su calidad de vida.
5.2. Seguimiento y continuidad del Plan de Atención	5.2.1. Impulsar la existencia del gestor de casos (o perfil equivalente) en la atención a las personas con PDE, como figura clave de la coordinación de la atención y del seguimiento global del PA.
5.3. Coordinación y comunicación entre ámbitos de atención	5.3.1. Promover la existencia de profesionales referentes en AP de salud mental, que contribuyan a una correcta coordinación con USM y favorezcan el abordaje adecuado de las necesidades de las PDE en este nivel asistencial (foco en salud física y comorbilidades).
5.4. Empoderamiento y corresponsabilidad de la PDE	5.4.1. Potenciar el empoderamiento, responsabilidad y capacidad de autogestión de las PDE en su proceso de atención y tratamiento, con el objetivo de mejorar su recuperación, rehabilitación e independencia.
5.5. Acceso a recursos sociales y apoyo a los familiares	5.5.1. Impulsar el apoyo institucional en el ámbito de la salud mental, fortaleciendo la colaboración con asociaciones vinculadas a la esquizofrenia y ofreciendo recursos y apoyo a los familiares y cuidadores para mejorar su calidad de vida y facilitar el proceso de atención y rehabilitación.
5.6. Investigación y desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento	5.6.1. Impulsar la investigación en tratamientos farmacológicos con capacidad de actuación en necesidades cognitivas y funcionales de las PDE.
5.7. Formación y especialización de los profesionales	5.7.1. Impulsar la formación específica a los profesionales de salud mental y adicciones en la atención de la patología dual, para asegurar un abordaje coordinado y efectivo de las PDE desde la detección hasta el seguimiento.

Ámbito de actuación	Recomendaciones prioritarias
	5.7.2. Capacitación de los profesionales de servicios públicos y municipales en estrategias de atención y en el uso de una comunicación clara y comprensible, con el fin de mejorar la interacción con las PDE y sus cuidadores.
5.8. Accesibilidad a la información y los recursos digitales	5.8.1. Desarrollar iniciativas que faciliten el acceso digital a la información clínica y a los recursos asistenciales para PDE y sus cuidadores, y la adaptación de los contenidos a un lenguaje accesible y comprensible. 5.8.2. Provisión de medios digitales adecuados (dispositivos, soporte técnico, etc.) para reducir la brecha digital de las PDE y de sus cuidadores, especialmente en contextos rurales o con recursos limitados.

Fuente: Elaboración propia.

El **modelo de atención** proporciona un **marco común para mejorar la atención a las PDE, desde la detección temprana hasta la recuperación**. Basado en la experiencia de profesionales, PDE, familiares y personas cuidadoras, impulsa **intervenciones eficaces, coordinadas y centradas en la persona**, con el objetivo de **avanzar hacia una atención más accesible, continua y humanizada**.