



Equipo de Servicios Sociales
Área 20 Villaminaya

“Atención a los distintos grados de dependencia en los centros de día para mayores”

13-16 de Noviembre. Toledo

Ponencia: Proyecto Experimental de Atención Integral a la Dependencia. Area 20 de Servicios Sociales Villaminaya (TOLEDO)

Damián Rojas Gómez. Licenciado en Derecho, Diplomado en Trabajo Social y Diplomado en Educación Social. Trabajador Social de la Zona PRAS Orgaz y Coordinador del Proyecto

Introducción.

Esta ponencia es el fruto del trabajo de diferentes disciplinas profesionales de lo social, que veremos a lo largo de la exposición y sobre todo de diferentes personas que hacen posible el desarrollo de esta iniciativa “experimental” de trabajo interdisciplinar en la atención a las situaciones de dependencia. De forma más concreta represento a lo que nosotros denominamos “Equipo de Atención a la Dependencia del Área”: Cristina Bravo (trabajadora social de la Zona PRAS de Orgaz), Aurora Sánchez (Fisioterapeuta) e Inmaculada Fernández (Terapeuta Ocupacional), aunque como os explicaré hay otros profesionales que, de forma menos continua y más puntual participan del Proyecto: trabajadora social de apoyo al SAD y animadora sociocultural especialmente.

Por otro lado hay que hacer una aclaración inicial: cuando hablamos de “**Proyecto Experimental**”, no hay que confundirlo con “hacer experimentos con las personas mayores”, sino que lo que pretende como veremos más adelante es ofrecer una respuesta a las demandas de los ciudadanos del Área, y más concretamente de los ciudadanos que sufren en caso el problema de ser dependiente o cuidar de una persona dependiente y cuyos recursos sociales, rehabilitadores, educativos, sanitarios, son muy limitados.

Aquí primero surge la demanda y luego las posibles respuestas a esa demanda. Es conveniente aclararlo porque aventurarnos en poner en marcha iniciativas que la población no pide o no siente como necesario podría llevar a crear “falsas expectativas”, “dependencias artificiales”, y en definitiva llevar al fracaso final de la experiencia.

Esquema de contenidos.

El esquema o índice de contenidos que voy a exponer será el siguiente:

1. ***Antecedentes demográficos. Estudio de la incidencia de la dependencia en el Área 20 de Servicios Sociales Villaminaya 2003 y 2004.***
2. ***Ubicación del Proyecto dentro de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.***
3. ***El Proyecto de Atención Integral a la Dependencia del Área 20.***
4. ***Conclusiones Finales durante el primer año y medio de andadura técnica.***

1.- Antecedentes demográficos. El estudio de la incidencia de la dependencia en el Área 20 de Servicios Sociales Villaminaya.

Contexto sociodemográfico.

El **Área de Servicios Sociales nº 20 Villaminaya (Toledo)**, está formada por 11 municipios con un total de casi 13.000 habitantes según los últimos datos del INE. De este total de población, el 25,67 % del total son mayores de 60 años (frente a la media regional que se sitúa en torno al 19,4 % aproximadamente). Los municipios que conforman el Área son: Villaminaya, Mascaraque, Ajofrín, Manzaneque, Orgaz, Mazarambroz, Turleque, Nambroca, Almonacid de Toledo, Chueca y Marjaliza.

No podemos hablar de un perfil generalizado de municipios, puesto que por ejemplo, el municipio con mayor población es Nambroca, con casi 4.000 habitantes y el más pequeño es Chueca con 250 vecinos, y la media de población de la mayoría de

los municipios está entre 500 y 900 habitantes. Por lo tanto nos encontramos en un medio rural con una elevada tasa de población envejecida, que es la realidad de los municipios menores de 2.000 habitantes de Castilla-La Mancha donde la tasa de envejecimiento se dispara hasta casi el 30 %.

La ubicación geográfica del Área se encuadra al sur de la ciudad de Toledo, estando el municipio más próximo que es Nambroca a escasos 10 kms de la capital provincial y el más alejado que es Turleque a 55 kms. Las vías de comunicación entre los distintos municipios y con los núcleos urbanos próximos como Mora, Los Yébenes y Sonseca son buenas, siendo en su mayor parte autovía o bien carreteras nacionales.

No estamos hablando de un Área aislada, con escasez de recursos sanitarios, educativos, sociales, laborales incluso. De hecho existen recursos como veremos para la atención a las personas en situación de dependencia, pero no son suficientes y tampoco responden a las demandas y expectativas de las personas dependientes ni de sus cuidadores principales, normalmente la familia.

El Equipo de Servicios Sociales Básico del Área.

Dentro de la estructura territorial y funcional que nos marca el Decreto 287/2004 de Zonas y Áreas de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha, nuestra Área está compuesta por dos Zonas PRAS cuyo Centro Coordinador está ubicado en Villaminaya. El Equipo Básico de Servicios Sociales en la actualidad es bastante diverso y amplio contando con los profesionales siguientes:

- *2 Trabajadores Sociales de Zona (PRAS Mascaraque y PRAS Orgaz)*
- *1 Trabajador Social de Área (Programa de Apoyo a la Unidad Convivencial)*
- *1 Trabajadora Social de Apoyo al Servicio de Ayuda a Domicilio.*
- *1 Educadora Familiar.*
- *1 Animadora Sociocultural*
- *1 Auxiliar Administrativo.*

No nos podemos quejar, puesto que la cobertura de atención a los ciudadanos es importante y cubrimos la mayoría de las situaciones carenciales que se puedan dar dirigidas a toda la población general del Área.

Recursos sociales de atención a la dependencia en la comarca.

Podemos afirmar que la realidad a nivel de recursos sociales dirigidos a la atención a la dependencia en el Área o en la comarca de referencia es adecuada, pero insuficiente, de hecho contamos con los recursos siguientes:

- ***Servicio de Ayuda a Domicilio*** de gestión municipal directa en los once municipios.
- ***Servicios de Estancias Diurnas***, un centro en uno de los pueblos del Área: Ajofrín y 3 centros en municipios grandes cercanos: Mora, Los Yébenes y Sonseca. Todos cuentan con servicio de transporte adaptado.
- ***Centros Residenciales***: Tres Residencias con plazas públicas: Manzaneque, Mazarambroz y Orgaz, y dos Residencias Privadas ubicadas en Nambroca y Ajofrín. Además se cuenta con tres Residencias Públicas en Toledo, muy cercanas a la comarca.
- ***Teleasistencia*** en todos los municipios y con buena cobertura en cuanto a tiempo de espera para la instalación y adecuado funcionamiento del recurso en cuanto a agilidad y calidad de la respuesta ante situaciones de emergencia.
- ***Centros de Día para Discapacitados Psíquicos***, se cuenta con un Centro fuera del Área, pero muy cercano ubicado en Sonseca y Centros Ocupacionales en Yepes y Consuegra, además de los de Toledo capital.

Del análisis de los datos anteriores se desprende que la dotación de recursos no es deficiente, pero sí que **resulta insuficiente** o poco adaptada a las necesidades y demandas de las familias. Pero ¿cómo sabemos lo que quiere y opina la gente y de forma más especial los principales afectados y sus familias?. Entre los años 2003 y 2004 el Equipo de Servicios Sociales del Área llevó a cabo un estudio de la incidencia de la dependencia en los usuarios del SAD del Área, cuyos datos y resultados son los siguientes:

Características de las situaciones de dependencia del Área.-

Ya hemos señalado que entre los años 2003 y 2004 el Equipo de Servicios Sociales llevó a cabo un estudio de la incidencia de la dependencia en el SAD del Área. La población diana de dicho estudio, en principio fueron los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio de los 11 municipios del Área y sus cuidadores y familiares principales, en total 210 casos. Dicho estudio fue llevado a cabo por un psicólogo y los dos trabajadores sociales de la Consejería de Bienestar Social que entonces trabajaban en el Equipo de Servicios Sociales del área 20 Villaminaya.

El estudio consistió en la formulación de diferentes escalas de dependencia y de actividades básicas de la vida diaria como son el Índice de Katz de actividades de la vida diaria, el Índice AIVD, SPMSQ (Pfeiffer), GDS-15 Escala de Depresión Geriátrica y el EADG escala de depresión de Golberg.

No vamos a exponer todos los resultados cuantitativos y cualitativos de dicho estudio pero si analizar las principales conclusiones del estudio:

- *Del total de población, tras el estudio de la incidencia de la dependencia que se llevó a cabo entre los años 2003 y 2004 contábamos en el Área con un total de **74 personas** en situación de dependencia severa y gran dependencia atendidos en el SAD.*
- *El 52 % de las personas dependientes son mujeres y el 48 % varones.*
- *La edad de mayor incidencia de la dependencia estaba en el intervalo entre 71 y 80 años (49 %), seguida por los de entre 81 y 90 (37 %).*
- *La edad media de los cuidadores está entre los 60 y 80 años en un 56 %, por lo que se deduce que la persona principal cuidadora es el cónyuge.*
- *El 87 % de los cuidadores principales no se habían formado nunca sobre cómo cuidar a su familiar y el 63 % ni siquiera se habían informado de si los cuidados que prestaban a la persona dependiente eran los adecuados o no.*
- *Solamente el 27 % de los cuidadores afirmaban recibir apoyo emocional, bien fuera por parte de otros familiares o por parte de profesionales sociosanitarios: DUE, Trabajador Social, psicólogo, etc.*
- *El 47 % de los cuidadores principales no habían planificado su futuro ante la necesidad y obligación moral asumida de estar al lado de la persona dependiente.*
- *Un 59 % sufren depresión o indicios de depresión por la ansiedad que les ocasiona la prestación de una atención continuada. Un 35 % afirma afrontar dicha situación con normalidad.*
- *El 80 % de las personas dependientes habían dejado de asistir a reuniones familiares en los últimos dos años al menos.*
- *Las principales demandas de los usuarios y de los cuidadores eran: apoyo en la rehabilitación física y cognitiva y alternativas de respiro familiar.*

Crisis del Apoyo familiar e informal.

La comarca en la que nos encontramos depende económicamente de centros urbanos industriales como son Sonseca, Los Yébenes, Mora de Toledo y la propia capital regional, Toledo. La incidencia del desempleo es muy baja, y la incorporación de la mujer al empleo ha supuesto que las formas tradicionales de atención a la dependencia de tipo familiar e informal hayan entrado en crisis y en muchos casos hayan desaparecido. En otros casos, los familiares intentan compaginar el cuidado de sus familiares dependientes con el desempeño de una actividad laboral, lo que deriva en situaciones de estrés, depresión, ansiedad y agotamiento. En otros casos aparecen sentimientos de culpa por no poder atenderles de una forma digna y adecuada.

Este panorama nos hace plantearnos la necesidad de ofrecer desde los Servicios Sociales una respuesta ante estas situaciones por las que atraviesan numerosas familias del Área. Respuesta que debería ser de tipo integral, ofreciendo unas alternativas sanitarias, sociales, económicas y educativas a las familias; pero que a día de hoy, prácticamente son sólo de tipo social, ante la saturación de otros sistemas y/o a la inexistencia de programas de atención a la dependencia fuera del ámbito de Servicios Sociales.

Panorama actual y demandas de las familias.

Pero pese a este panorama planteado, hay muchas familias que deciden cuidar a su familiar y atenderlo en las mejores condiciones posibles, aunque en muchas ocasiones de mala manera y en precario, sin apoyo social ni formativa, ni económico tampoco. El **panorama actual** con el que nos encontramos a finales del 2005 es el siguiente:

- *Deseos de las familias de permanecer en sus propios domicilios durante el mayor tiempo posible. “Envejecer en Casa”.*
- ***Elevado coste** de alguno de estos recursos, añadido a las bajas pensiones que, generalmente perciben los pensionistas del Área, puesto que proceden en su mayoría del régimen de la agricultura y ganadería.*
- ***Limitaciones de algunos de los recursos**, sobre todo el Servicio de Ayuda a Domicilio, el cual no se adapta de forma flexible a las situaciones particulares de cada caso. El tiempo máximo de atención diaria no puede rebasar las 2,5 horas, y en los casos más graves se precisaría de más tiempo.*
- ***Saturación** de los Servicios de Estancias Diurnas, puesto que la media de plazas de cada uno de los mismos está en 20 usuarios, y la lista de espera es numerosa.*
- *Situaciones individuales que aún no precisan de un recurso tan especializado como pueda ser de alojamiento o de atención diurna, pero que están en situación de riesgo de sufrir deterioro progresivo si no se interviene a nivel físico y cognitivo.*
- *La **prevención** apenas se trabaja desde estos recursos, sobre todo la prevención dirigida a la población en general, quizás por la limitación de recursos y sobre todo por la necesidad de priorizar en la atención de aquellos que más lo necesitan.*

2.- ¿Dónde se ubica este Proyecto Experimental en la recientemente aprobada La Ley 39/2006 de 14 de diciembre?

Marco legal.-

La puesta en marcha de esta Ley supondrá para muchas personas con pérdida de autonomía tanto física como psíquica y para sus cuidadores principales una serie de derechos subjetivos y universales, que podrán ser exigidos administrativa y jurisdiccionalmente, referentes a la protección a la situación de dependencia en que se encuentran.

Para los profesionales que trabajamos en Servicios Sociales de Atención Primaria es ilusionante el hecho de que, por fin, se establezcan una serie de mínimos de atención a las personas en situación de dependencia a través de una ley estatal y que, además esos mínimos se puedan prestar desde un enfoque integral como establece la ley en el artículo 29 cuando desarrolla el Programa Individual de Atención.

Pero a los profesionales que trabajamos en el **medio rural** como es en el que se centra esta experiencia que vamos a desarrollar a continuación, nos preocupa el hecho de que no se puedan prestar a los usuarios los mismos servicios y prestaciones

que el catálogo de la Ley establece, por el hecho de residir en entornos rurales, a veces aislados y lejanos a otros recursos más propios de municipios más poblados: Residencias, Centros de Día y de Noche, etc.

De aquí surge la necesidad de poner en marcha iniciativas, que al principio puedan parecer experimentales, pero cuyo objetivo final es el fomento de la autonomía personal de las personas en situación de dependencia, en cualquiera de sus tres grados, la **prevención** en la aparición de los primeros síntomas o aspectos que limitan dicha autonomía así como la **rehabilitación** y **asistencia** a los ciudadanos en su entorno comunitario el mayor tiempo posible, evitando o retrasando el internamiento en Centros Residenciales o desarraigos en su medio habitual; además de ofrecer a los cuidadores principales una alternativa de cuidados que a la vez sea formativa, con el objetivo final de mejorar la calidad de vida de la persona dependiente y mantener su autonomía personal en la medida de lo posible.

De forma más concreta, nuestro Proyecto Experimental se enmarcaría dentro de los artículos siguientes de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia:

Artículo 7.- Niveles de Protección del Sistema:

3.º El nivel adicional de protección que pueda establecer cada Comunidad Autónoma.

Artículo 13.- Objetivos de las Prestaciones de Dependencia:

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos:

- a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.*
- b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.*

Artículo 21.- Prevención de las situaciones de Dependencia:

Tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos. Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.

Cuestiones para el debate.-

Pero pese a que este Proyecto esté perfectamente fundamentado legalmente, subvencionado de acuerdo a unos criterios técnicos correctos y adecuados, la evaluación continua nos diga que ya estamos desbordados por la existencia de lista de espera y el cumplimiento de objetivos se está logrando, **SURGEN PREGUNTAS POSIBLES PARA UN DEBATE**, que a mí me gustaría dejar sobre la mesa y que desde algunas instancias, incluidas nuestra propia Organización se han lanzado:

- 1. ¿Se debe prestar un servicio especializado desde una estructura de Servicios Sociales Generales?**

2. **¿Deben ser otros departamentos y/o instituciones quienes cubran las necesidades y doten de recursos en este ámbito? Por ejemplo Servicios Sociales Especializados o desde el ámbito Sanitario.**
3. **¿Cuál debe ser la función del Equipo de SS.SS de Área en el recurso? ¿Ejecución, simple tutelaje o promoción del recurso hasta que sea sostenible y autónomo?**

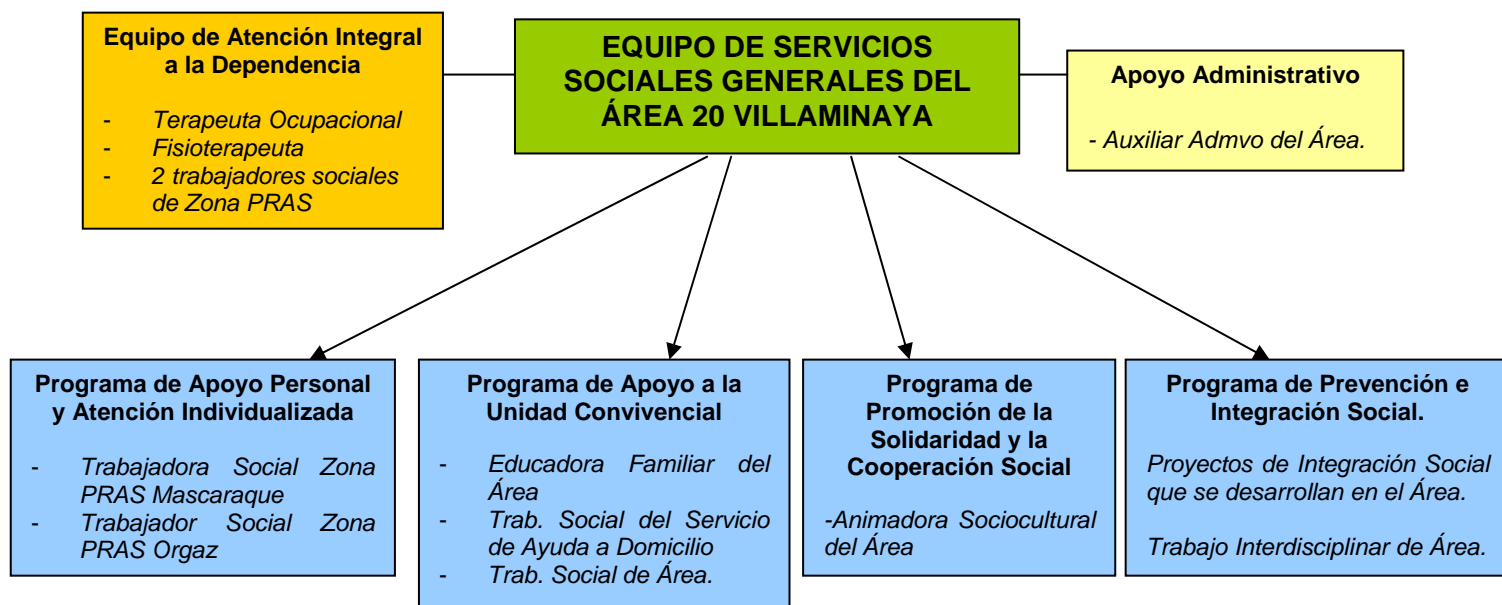
Estos interrogantes pueden dar lugar a un profundo debate. Yo simplemente lanzo mis **POSIBLES RESPUESTAS** ante este ficticio debate que pueden enriquecer el mismo puesto que son las respuestas que el Equipo damos cuando se nos plantean:

1. Hay una situación de necesidad a la que debemos ofrecer una respuesta, que además debe ser INTEGRAL (no quedarnos en meros parches a cada situación personal e individual)
2. Existe una fuente de financiación que nos permitiría poder afrontar este Proyecto siempre que la propia Delegación de Bienestar Social lo asuma y “se crea” el mismo.
3. Efectivamente se trata de un servicio especializado (no cubierto) que prestaremos desde SS.SS Básicos. ¿Y qué? Nos supondrá a todos los miembros del Equipo, en mayor o menor medida, más esfuerzos y horas de trabajo, pero... **ES NECESARIO INNOVAR, DIVERSIFICAR EL TRABAJO, ATENDER NUEVAS NECESIDADES...también como HIGIENE MENTAL Y PARA NO CAER EN LAS RUTINAS.**
4. Otras Instituciones no hacen frente a la atención sociosanitaria de continuidad: Sescam especialmente.

La ubicación del Proyecto dentro del Equipo de Servicios Sociales Básicos.

Consideramos tan fundamental la atención integral que se crea una unidad más dentro del Equipo que denominamos Equipo de Atención Integral a la Dependencia como figura en el cuadro adjunto

ORGANIGRAMA EQUIPO DE SERVICIOS SOCIALES AREA 20



3.- El Proyecto de Atención Integral a la Dependencia del Área 20 Villaminaya.-

Los comienzos.-

Ante el panorama anteriormente descrito, los profesionales del Equipo de Servicios Sociales del Área 20 decidimos a finales de 2005 plantear un proyecto experimental en nuestra provincia, que combinara una atención especializada lo más parecida posible al trabajo que se pueda desarrollar en un Servicio de Estancias Diurnas pero prestada desde los Servicios Sociales Generales y con un carácter itinerante para acercar los recursos a los 11 municipios del Área.

Indicar que el Equipo Básico de Servicios Sociales lo formábamos por entonces 6 profesionales: 2 trabajadores sociales de Zona PRAS 1 Trabajadora Social del Servicio de Ayuda a Domicilio, 1 Educadora Familiar, 1 Animadora Sociocultural y 1 Auxiliar Administrativo, y que especialmente en los últimos cinco años se ha reforzado la metodología del trabajo en equipo lo que facilita intervenciones sociales de carácter integral, así como una interdisciplinariedad muy enriquecedora, tanto para los ciudadanos como para los propios técnicos.

El Proyecto se presentó a la Delegación de Bienestar Social de Toledo para que fuera financiado por la Orden de Convocatoria de la Consejería de Bienestar Social de 28 de diciembre de 2005 de subvenciones y ayudas a entidades públicas para el desarrollo de actuaciones dirigidas a la atención a las personas mayores y fue resuelta favorablemente su puesta en marcha, que hicimos en junio de 2006.

Metas Principales.-

Este Proyecto tenía dos metas principales que eran: ***Mejorar la atención que las personas dependientes reciben por parte de sus cuidadores principales y mejorar a su vez la calidad de vida de ambos: personas dependientes y cuidadores.***

Objetivos Específicos.-

Pero para poder lograr esas dos metas principales (u objetivos generales como queramos denominarlos) era preciso articular de forma más concreta una serie de objetivos específicos que nos fijamos en la programación inicial:

1. ***Prevenir la aparición de deterioros cognitivos en las personas mayores y discapacitados psíquicos.***
2. ***Rehabilitación cognitiva y psicoestimulación de las personas dependientes que sufren algún tipo de deterioro cognitivo y funcional.***
3. ***Proporcionar una formación adecuada de atención a los cuidadores principales mediante el trabajo de terapia ocupacional y fisioterapia.***
4. ***Mantener la autonomía personal de las personas con movilidad reducida a través de la rehabilitación de fisioterapia y el entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria mediante técnicas de Terapia Ocupacional.***
5. ***Formar a las auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio en cuanto a técnicas de movilización, de prevención de accidentes, estimulación psíquica y física, etc, que mejore su cualificación profesional y la calidad de los servicios profesionales que prestan.***
6. ***Atender las demandas de tipo social que precisen las personas dependientes desde diferentes disciplinas: Trabajo Social, Fisioterapia y Terapia Ocupacional.***
7. ***Orientación, canalización y derivación hacia otros sistemas de protección social de las demandas de las personas dependientes así como de sus cuidadores principales.***

El trabajo Interdisciplinar.-

Evidentemente si hablamos de Atención Integral debemos contar con una metodología de trabajo interdisciplinar en la cual compartamos unos objetivos comunes a los que llegar cada uno desde nuestro ámbito técnico y profesional. En este hay “tres patas” que serán tres las disciplinas que “codo con codo” y de forma coordinada realizarán este Proyecto: **Trabajo Social – Terapia Ocupacional - Fisioterapia**, pero siempre con una predisposición de apertura para incluir a otros profesionales de otros ámbitos en el mismo: Educación Social, Animación Sociocultural, DUE, Médicos de Familia, profesionales de CRPSL y de Salud Mental con los que habitualmente se mantienen reuniones de coordinación, etc.

Niveles y ámbitos de intervención.-

Este Proyecto Integral pretende abordar la atención a la dependencia desde tres niveles y en tres ámbitos de intervención. Los **niveles de intervención** serían: **PREVENTIVO, ASISTENCIAL Y REHABILITADOR**. En cuanto a los ámbitos de intervención serían los siguientes:

- a) **Con la propia persona en situación de dependencia..**
- b) **Con los familiares y principales cuidadores de los mismos, así como con los/as auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio de cada municipio.**
- c) **Con el resto de la población, a través de la realización de Talleres de Prevención de Deterioro Cognitivo de 10 sesiones de duración en cada uno de los municipios del Área, dirigido a toda la población en general mayor de 60 años.**

Perfil de los usuarios atendidos en el Proyecto.-

Para la puesta en marcha de este Proyecto lo más fácil hubiera sido centrarnos en el colectivo de personas mayores, pero tras los estudios previos sobre la incidencia de la dependencia, se comprobó que había muchos posibles usuarios cuyo perfil no era el de persona mayor con problemas de autonomía tanto física como cognitiva. Además si queríamos que fuera un **recurso polivalente**, adaptado al entorno comunitario, especialmente en un medio rural, el recurso debía ser abierto a todas aquellas personas que en un momento dado puedan tener problemas de autonomía personal y dependencia.

Por otro lado si pretendíamos poder ofrecer este servicio al mayor número posible de personas, no podíamos poner límites de edad, o de tipología de colectivos.

De esta forma **perfiles** de personas que llevamos atendiendo desde junio de 2006 han sido los siguientes:

- *Personas Mayores de 60 años con problemas de movilidad reducida y/o patología osteoarticular.*
- *Personas Mayores con demencia senil y vascular, así como alzheimer.*
- *Menores de 60 años con alzheimer en sus primeros estadios.*
- *Discapacitados físicos por accidentes: tetraplegias y paraplejías*
- *Discapacitados físicos por enfermedades degenerativas que provocan limitaciones de movilidad.*
- *Discapacitados intelectuales: síndrome de down y otras discapacidades intelectuales.*
- *Discapacitados por Alteraciones Neurológicas tales como Accidentes Cerebro Vasculares, Parkinson, ect...*
- *Enfermos mentales.*
- *Cualquier otro tipo de patología que pueda provocar una situación de dependencia tanto física como psíquica.*

Metodología.-

El trabajo de la fisioterapeuta y de la Terapeuta Ocupacional ha sido coordinado por uno de los Trabajadores Sociales de Zona, puesto que era preciso que hubiera un coordinador general del Proyecto, con el apoyo de los otros dos trabajadores sociales del Equipo.

Servicio de Fisioterapia.- La atención de fisioterapia se ha realizado de forma individualizada y en el domicilio del usuario. En 2006 el contrato fue de media jornada y su cobertura de intervención máxima fue de atención a 15 usuarios en los 7 meses de duración del proyecto. Sin embargo en 2007 se consiguió financiar la contratación a jornada completa y hasta este mes de noviembre llevamos atendidas en este servicio a 31 usuarios.

Servicio de Terapia Ocupacional.- Por otro lado, la atención de terapia ocupacional se viene desarrollando bajo dos modalidades:

- **Grupo Terapéutico**, con un número variado de participantes, de forma que se trabajaba la terapia ocupacional en grupo, aunque cada participante contaba con su proyecto terapéutico individualizado de acuerdo a sus necesidades. En total tenemos en la actualidad cinco grupos terapéuticos: Orgaz, Nambroca, Mascaraque, Villaminaya y Almonacid.
- **Atención Individualizada**, llevada a cabo con aquellos usuarios que por su elevado grado de dependencia no pueden desplazarse a un local para el trabajo grupal, o bien en municipios donde solamente se atendía a un caso en terapia ocupacional.

En total llevamos atendidos en este servicio a 44 usuarios hasta el pasado 1 de noviembre.

Seguimientos y coordinación.-

Se estableció en la programación inicial reuniones de coordinación semanales, que se han celebrado todos los viernes, y con una duración de dos horas. En estas reuniones han participado de forma ordinaria: el coordinador del proyecto y trabajador social de la Zonas PRAS Orgaz, la trabajadora social de Zona PRAS Mascaraque, la Fisioterapeuta del Proyecto y la Terapeuta Ocupacional. De forma ocasional y a demanda, han participado también la animadora sociocultural del Área y la Trabajadora Social del Servicio de Ayuda a Domicilio. En estas reuniones de coordinación se trabajaban los siguientes aspectos:

- Seguimiento de casos individualizados, especialmente aquellos en los que se detectaban novedades importantes: necesidad de ayudas técnicas o eliminación de barreras, cambio de horarios de las auxiliares del SAD, ampliación horaria, etc.
- Cuadrantes horarios mensuales de atención a los usuarios del Proyecto.
- Organización de la semana entrante en cuanto a valoraciones conjuntas entre: Profesional del Proyecto – Trabajador Social de Zona.
- Altas y Bajas en el Proyecto.
- Necesidades materiales del Proyecto.
- Distribución de tareas semanales en cuanto a la atención de los casos: entrevistas con los familiares y/o cuidadores, notificación a los usuarios de incidencias particulares, etc.
- Seguimientos de los Grupos Terapéuticos: cambios de locales, frecuencia de asistencia, nuevas actividades, etc.
- Coordinación externa con otras entidades: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Centro Estatal de Autonomía y Ayudas Técnicas (CEPAT), y Asociaciones de discapacitados como Asdownto, Adace, etc.
- Valoración de posibles derivaciones hacia otros recursos más adecuados: Centros Residenciales, Servicio de Estancias Diurnas, Centros Hospitalarios, etc.
- Cualquier incidencia que pudiera producirse en el transcurso de la semana.

El **proceso metodológico** de forma esquemática y gráfica es el siguiente:

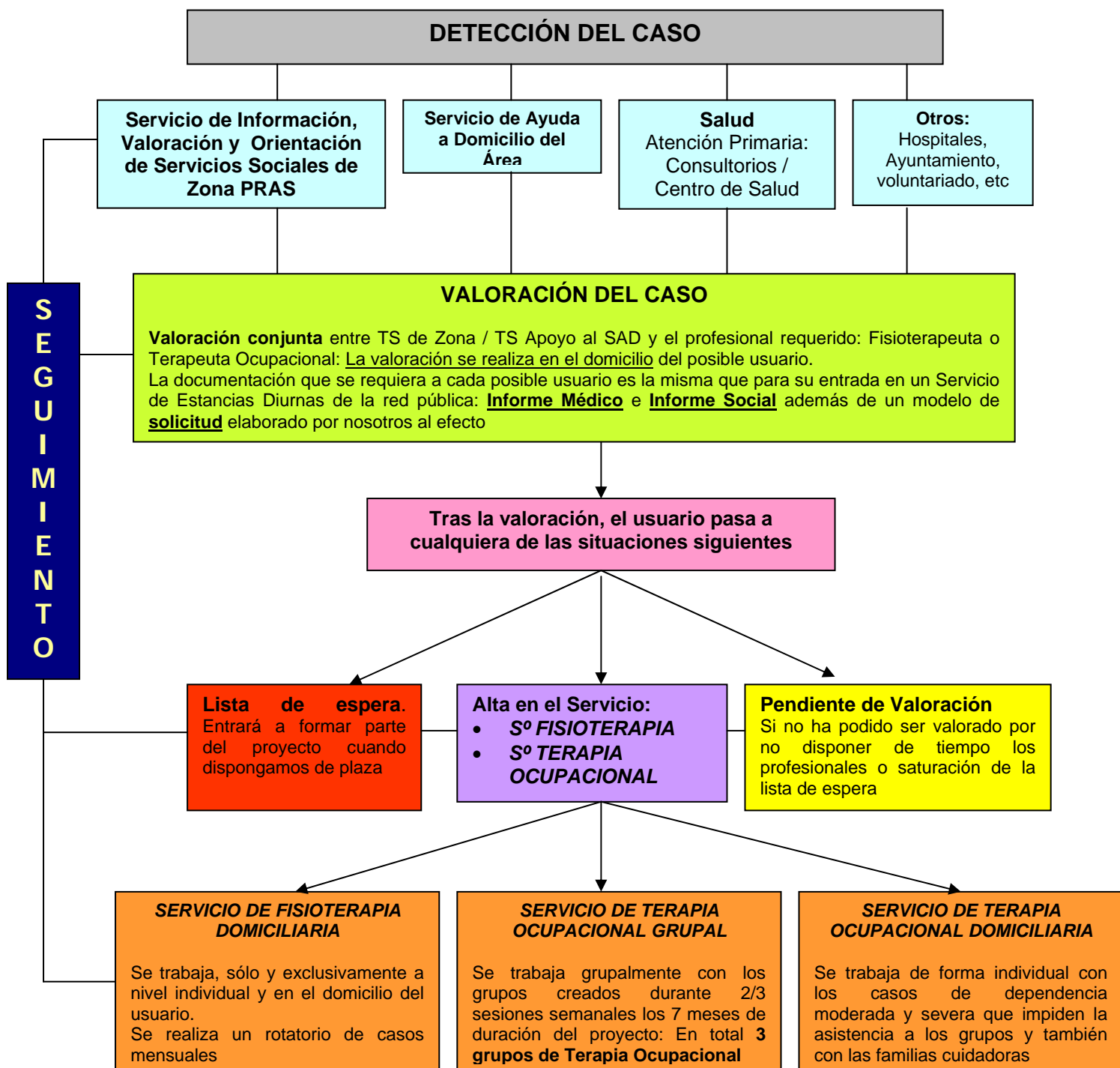


Figura 2.- Proceso metodológico de atención al usuario del Proyecto Integral de Atención a la Dependencia.

Funciones de los profesionales.-

En este proyecto nos hemos involucrado **de forma directa** en el mismo cuatro de los profesionales del Equipo, que constituyen lo que denominamos **Equipo de Atención a la Dependencia**: los dos Trabajadores Sociales de Servicios Sociales Generales (de Zona PRAS), de los cuales uno de ellos ha hecho funciones de coordinador, además de la Terapeuta Ocupacional y la Fisioterapeuta; y **de forma**

indirecta y en labores de apoyo la Trabajadora Social del Servicio de Ayuda a Domicilio y la Animadora Sociocultural.

Las funciones específicas de cada profesional pueden resumirse de la siguiente forma:

PROFESIONALES DE INTERVENCIÓN DIRECTA (EQUIPO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.-

Coordinador.-

- *Elaboración del Proyecto inicial.*
- *Coordinación con el Ayuntamiento de Villaminaya.*
- *Seguimiento y control económico del gasto.*
- *Moderar y preparar las reuniones de coordinación interna y externa.*
- *Adquisición de material del Proyecto a propuesta de la terapeuta y fisioterapeuta.*
- *Reuniones de coordinación externa con otras entidades: Delegación de Bienestar Social de Toledo, Consejería de Bienestar Social, otros Ayuntamientos, etc.*
- *Resolución de posibles conflictos.*
- *Control de cuadrantes horarios y reparto de casos.*
- *Difusión del Proyecto.*
- *Asistencia a jornadas, cursos, etc, así como elaboración teórica para buenas prácticas.*
- *Evaluación continua y final así como retroalimentación en la planificación.*

Trabajador Social de Zona.-

- *Detección de los posibles casos a través del Servicio de Información, Valoración y Orientación o a demanda de otras entidades.*
- *Primera entrevista con el solicitante y con sus familiares y cuidadores.*
- *Valoración de la solicitud conjuntamente con el profesional de referencia: Terapeuta Ocupacional o Fisioterapeuta.*
- *En caso de alta en el Proyecto, presentación del profesional y distribución de horarios.*
- *Seguimiento del Proyecto junto al coordinador.*
- *Gestión de Ayudas Técnicas y de Eliminación de Barreras de aquellos casos que sean propuestos por Terapeuta Ocupacional o Fisioterapeuta.*
- *Gestión de Ayudas Económicas de Atención a Personas con Discapacidad para apoyo en rehabilitación.*
- *Prescripción de otros recursos complementarios que favorezcan la autonomía personal: Plaza en SED, Servicio de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia, otras ayudas de contenido económico, etc.*
- *Evaluación continua y final del Proyecto.*

Fisioterapeuta.-

- *Valoración de la solicitud de inclusión en el servicio.*
- *Priorización de casos, en función del estado y del pronóstico de recuperación del paciente.*
- *Elaboración del listado de material de fisioterapia necesario, una vez estudiadas las características de la población del área.*
- *Actualización de cuadrantes horarios mensuales de atención a usuarios.*
- *Tratamientos individualizados a domicilio.*
- *Detección de problemas personales y/o de adaptación del entorno, comunicación al resto del equipo y búsqueda conjunta de soluciones.*
- *Reuniones de coordinación con el Equipo de Servicios Sociales del área.*
- *Formación continua de las auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio, especialmente en los casos que precisan de movilización.*
- *Formación y pautas de trabajo con el usuario, para los familiares cuidadores principales.*
- *Evaluación continua y final del Proyecto.*

Terapeuta Ocupacional

- *Diseño, ejecución y evaluación de los Talleres de Prevención del Deterioro Cognitivo (en coordinación con la Animadora Sociocultural del Área)*
- *Valorar a las personas en situación de dependencia para obtener e interpretar los datos necesarios para planificar la intervención y para llevarla a cabo.*
- *Seguimiento y reevaluación periódica de cada caso.*
- *Establecer prioridades dentro del Servicio de Terapia Ocupacional.*
- *Desarrollar e implantar planes de intervención personalizados e individualizados, donde se incluyan objetivos, abordajes y métodos para alcanzar los propósitos establecidos conjuntamente.*
- *Desarrollar programas/actividades adecuados de soporte domiciliario y comunitario en el entorno natural*
- *Entrenamiento y reeducación de las actividades de la vida diaria.*
- *Búsqueda y asesoramiento de intereses de ocio y tiempo libre: actividades culturales, termalismo social, turismo social, etc.*
- *Realización, prescripción y entrenamiento en el uso de ayudas técnicas, prótesis y ortesis.*
- *Adaptar el entorno, las herramientas, los materiales y las actividades.*
- *Eliminación de barreras arquitectónicas del entorno físico del usuario a través de las propuestas al Equipo de Servicios Sociales de Zona.*
- *Proporcionar asesoramiento y formación, a los miembros del equipo, familia y usuarios.*
- *Gestionar la adquisición y mantenimiento de dispositivos, equipamiento,...*
- *Diseñar el horario de terapia ocupacional y de las intervenciones.*
- *Participación en la formación continua de las Auxiliares del SAD del Área (Cursos y Jornadas Formativas)*
- *Evaluación continua y final.*

PROFESIONALES DE ATENCIÓN INDIRECTA Y PUNTUAL.-

Trabajadora Social del Servicio de Ayuda a Domicilio.-

- *Detección de casos susceptibles de alta en el proyecto que estén siendo atendidos en el SAD.*
- *Coordinación entre auxiliar SAD y profesional de referencia: terapeuta/fisioterapeuta.*
- *Coordinación con los familiares cuidadores principales.*
- *Diseño de la formación continua de las auxiliares del SAD con el apoyo técnico de terapeuta y fisioterapeuta.*

Animadora Sociocultural.- El trabajo de esta profesional es importante en el apartado preventivo y de forma más concreta en la ejecución de los Talleres de Prevención del Deterioro Cognitivo (Estimulación de la Memoria). De forma resumida las funciones de la Animadora Sociocultural han sido:

- *Captación de participantes en los Talleres de Prevención del Deterioro Cognitivo.*
- *Preparación de locales y coordinación con Ayuntamientos.*
- *Preparación de materiales lectivos: carpetas, fotocopias, fichas, colores, etc.*
- *Elaboración del cuadrante horario de todos los talleres.*
- *Coordinación con los monitores (todos terapeutas ocupacionales).*
- *Resolución de posibles incidencias y cambios.*

3.1.- El Servicio de Terapia Ocupacional.-

Introducción teórica:

De acuerdo a las definiciones teóricas que explican en qué consiste esta disciplina profesional, *la terapia ocupacional se define como una disciplina socio-sanitaria, que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida diaria e interviene cuando dicha capacidad está alterada por cualquier*

problema físico, psíquico, sensorial o social, con un adecuado tratamiento ocupacional.

El terapeuta ocupacional utiliza la actividad con propósito y el entorno, para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo posible de independencia y/o autonomía personal, por lo tanto es un profesional imprescindible en este proyecto de atención a la dependencia.

El proceso de valoración de los posibles usuarios de este Servicio se realiza en el domicilio particular de la persona y mediante escalas estandarizadas, entrevistas al usuario y familia, observación directa, registros específicos de terapia ocupacional, etc. La valoración abarca los siguientes aspectos:

- *Recogida de datos personales, diagnóstico médico, antecedentes educacionales y ocupacionales, desempeño ocupacional en la actualidad, cronograma diario de las actividades, hábitos...*
- *Valoración cognitiva: MEC, Pfeifer, Escala de la Cruz Roja Mental*
- *Valoración del estado anímico, en ocasiones, mediante Yessavage.*
- *Valoración física: Escala de la Cruz Roja Física y mediante observación directa.*
- *La Valoración funcional incluye: Valoración de las ABVD utilizándose la escala de Barthel, valoración de las AIVD mediante Lawton y registros específicos del desempeño ocupacional del usuario en el hogar.*
- *Valoración del domicilio y posible necesidad de ayudas técnicas.*

Objetivos del servicio de terapia ocupacional.

El Servicio de Terapia Ocupacional se marca tres niveles de actuación dentro de este programa: usuario, familia e institucional. Dentro de cada uno de ellos hemos fijado los siguientes objetivos:

a) Nivel del usuario:

- *Promoviendo el envejecimiento activo y la capacidad funcional al máximo posible*
- *Recuperación del grado de autonomía e independencia personal*
- *Mantenimiento de las capacidades indemnes*
- *Reducción de las funciones deficitarias, unido a la seguridad afectiva verdadera, que proporciona el mantenimiento de usuario en su entorno familiar.*
- *Integración en la comunidad.*
- *Reducción de ingresos prematuros en una institución*

b) Nivel familiar:

- *Aliviar a los cuidadores en la atención permanente de la persona en situación de dependencia, ya que produce altos niveles de estrés y descompensación emocional.*
- *Proporcionar formación en los distintos aspectos del cuidado del usuario.*

c) Nivel institucional:

- *Evitar ingresos hospitalarios o en residencias precoces o continuados, siempre caros, tanto desde el punto de vista económico como social, al ser atendido y controlado el usuario por un equipo interdisciplinario experto.*
- *Potenciar el uso de la red comunitaria de servicios sociales, optimizándose la utilización de los recursos y mejorando así la calidad de la atención recibida para el usuario.*

Posteriormente, una vez realizada la evaluación de TO, establecimiento de objetivos y planificación del programa individualizado y específico de cada usuario, y decidida la incorporación del mismo al Servicio de Terapia Ocupacional, se establece

el número de sesiones necesarias, el horario de atención y la inclusión del usuario en el tratamiento individualizado o grupal, en función de la carga de trabajo y del pronóstico de cada caso.

Metodología.

La metodología y técnicas de terapia ocupacional son variadas y diversas, utilizando las actividades como medio de tratamiento y nos centramos en el desempeño ocupacional de las personas mayores dentro de su entorno. Este desempeño ocupacional se subdivide en Actividades de la vida diaria, laboral y ocio (AOTA)¹. Puesto que son personas mayores, en edad de jubilación, el área laboral se descarta del desempeño ocupacional.

Los **Marcos Teóricos de Referencia** utilizados en la práctica profesional son variados de acuerdo al tipo de patología atendida: Biomecánico, Neurodesarrollo, Rehabilitador, Cognitivo-Conductual, etc..., con técnicas específicas para cada marco teórico. En función de la persona afectada, la zona de trabajo y los recursos existentes en el lugar, se intenta una organización de las actividades en programas, así como la implantación de otras actividades y programas que potencien globalmente las capacidades del usuario en su propio hogar.

Las **actividades** que se han trabajado han tenido un carácter preventivo, rehabilitador y compensador con el fin de potenciar las capacidades físicas, sensoriales, cognitivas, psicomotrices, psicológicas, sociales, emocionales para una mejora o mantenimiento en la Actividades de la Vida Diaria y actividades de Ocio y Tiempo Libre, es decir de la autonomía e independencia del usuario en su hogar. Entre estas actividades destacamos las siguientes:

- *Estimulación sensorial por medio de la música*
- *Estimulación cognitiva: orientación, atención, esquema corporal, percepción, memoria, abstracción, praxias, cálculo y lenguaje y lecto-escritura.*
- *Mantenimiento o mejora a nivel neuromuscular y motor, gerontogimnasia y/o tablas articulares, estimulación psicomotriz...*
- *Dinámicas grupales: grupos de reminiscencia, grupos de actualidad,...*
- *Entrenamiento en AVD: aseo personal, higiene oral, ducha, vestido, comida y alimentación, movilidad funcional (transferencias) y manejo del dinero.*
- *Actividades de ocio y tiempo libre y reorientación de intereses.*
- *Actividades individualizadas y personalizadas para diferentes patologías*
- *Valoración y asesoramiento de ayudas técnicas (sillas de ruedas...), prótesis y ortesis,*
- *Grupos de información / educación sanitaria a usuarios, miembros del equipo y familiares.*
- *Valoración y Adaptación del entorno. Eliminación de barreras en el hogar.*
- *Entrenamiento / formación al personal sociosanitario, auxiliares del SAD y/o familia.*

El material de terapia ocupacional que se está utilizando se adquirió durante las dos primeras semanas de comienzo del Proyecto, en junio de 2006, pero hemos ido comprando nuevo material y ha consistido sobre todo en: reproductor de CD, material de papelería en general, instrumentos musicales, férulas, alguna ayuda técnica, y sobre todo material especializado de terapia ocupacional para: psicomotricidad, trabajo cognitivo, terapias recreativas, laborterapia, trabajo biomecánico, etc.

Todo el material, tanto de fisioterapia como de terapia ocupacional lo tenemos centralizado en la Sede del Equipo de Atención a la Dependencia ubicada en el antiguo centro operativo de Villaminaya, lugar además donde se trabaja grupalmente con los usuarios del Grupo de Terapia Ocupacional de esta localidad.

¹ AOTA (Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales)

Programas de Terapia Ocupacional que se están desarrollando actualmente:

- Estimulación sensorial por medio de la música
- Estimulación cognitiva
- Mantenimiento o mejora a nivel neuromuscular y motor
- Dinámicas grupales: grupos de reminiscencia, grupos de actualidad, etc.
- Entrenamiento en AVD: aseo personal, higiene oral, ducha, vestido, comida y alimentación, movilidad funcional (transferencias) y manejo del dinero.
- Actividades de ocio y tiempo libre y reorientación de intereses.
- Actividades individualizadas y personalizadas para diferentes patologías
- Valoración y asesoramiento de ayudas técnicas
- Valoración y Adaptación del entorno. Eliminación de barreras en el hogar.
- Entrenamiento / formación al personal sociosanitario, auxiliares del SAD y/o familia.

Cabe destacar también la participación de la terapeuta ocupacional en la formación y reciclaje profesional de auxiliares del SAD previsto para el próximo 15 de diciembre. Vamos a realizar una Jornada de Reciclaje con el título **“El Servicio de Ayuda a Domicilio en la atención a enfermos de alzheimer y otras demencias”**, y la TO expondrá una ponencia con contenidos prácticos para trabajar la psicoestimulación y entrenamiento en AVD con enfermos en las dos primeras fases de la enfermedad especialmente, con la intencionalidad de la mejora continua de la calidad de los servicios que prestamos en los 11 municipios del Área.

3.2.- El Servicio de Fisioterapia Domiciliaria.

Introducción teórica.

La **Fisioterapia** es *“la ciencia y el arte del tratamiento físico, es decir, el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas que, mediante la aplicación de medios físicos curan y previenen las enfermedades, promueven la salud y recuperan, rehabilitan y adaptan a las personas afectadas de disfunciones psicofísicas o a las personas que desean mantener un nivel adecuado de salud”*²

El proceso de selección de los usuarios.

El proyecto se inicia con una **valoración individual** de cada posible usuario detectado previamente por los trabajadores sociales del Equipo. Este proceso incluye valoración articular, muscular, sensorial, del dolor, equilibrio, transferencias y el desplazamiento (incluyendo el Test Tinetti), capacidad respiratoria, etc, junto con el correspondiente diagnóstico, tanto médico como de fisioterapia.

El segundo paso es la **priorización de casos** en función de varios criterios: estado del paciente, pronóstico de rehabilitación y posible mejora, disponibilidad de tiempo e inexistencia de otros recursos similares a los que pudiera tener derecho (por ejemplo, la rehabilitación de fisioterapia que el Sescam pudiera prestar, bien en Centro Hospitalario o en Centro de Salud) para evitar duplicidades en la intervención.

Posteriormente, y una vez decidida la incorporación del usuario al Servicio de Fisioterapia, se establece un horario mensual de tratamientos, oscilando entre atenciones de dos y tres días semanales con una duración entre 45 y 60 minutos de trabajo.

² Consejo General del Colegio de Fisioterapeutas. 27 de septiembre de 2002.

Las principales **patologías atendidas** son muy variadas, entre otras destacamos: lesión medular, hemiplejías (en el caso de estas dos patologías existen pacientes jóvenes), enfermedad de Parkinson, problemas de movilidad, algias (secundarias a artrosis o traumáticas), la mayoría de las cuales requieren tratamientos prolongados, incluso de varios meses.

Tratamientos y actividades que se están desarrollando actualmente:

En líneas generales se ha llevado a cabo los tratamientos siguientes:

- a) Tratamiento del hemipléjico. Aunque en ocasiones se han llevado a cabo ejercicios propios del Concepto Perfetti, la mayoría de las técnicas empleadas se han basado en el concepto Bobath, siendo el fin último de lograr el movimiento normal y un mecanismo de control postural normal (tono postural, inervación recíproca y coordinación del movimiento normales).
Se han tratado a personas con hemiplejía en diferentes estadios, desde fases tempranas de la enfermedad hasta reeducación de la marcha.
- b) Tratamiento del lesionado medular. Distinguimos:
 - *Lesiones Medulares Completas (ASIA A): mantenimiento de los recorridos articulares, potenciación de la musculatura infralesional, trabajo del equilibrio, lograr la máxima colaboración posible por parte del paciente en las distintas posiciones.*
 - *Lesiones Medulares Incompletas (ASIA B – ASIA D): potenciación muscular, trabajo del equilibrio, transferencias, entrenamiento de la marcha.*
- c) Enfermedad de Parkinson: Se realiza un tratamiento de mantenimiento con el fin de frenar las consecuencias de la enfermedad. Así pues, se realiza cinesiterapia (mantenimiento de la funcionalidad), trabajo de la marcha (incremento de la longitud de los pasos, aumento de la flexión de cadera, braceo, bloqueos, giros), entrenamiento en las transferencias, ejercicios de gesticulación y fisioterapia respiratoria (incremento de los volúmenes respiratorios y flexibilidad de la caja torácica).
- d) Recuperación de la movilidad articular, lo que permite a los pacientes volver a realizar sus actividades cotidianas.
- e) Tratamiento del dolor: masoterapia, electroterapia, termoterapia, consejos ergonómicos.
- f) Formación a pacientes y familiares sobre actividades que pueden hacer en su domicilio, consejos ergonómicos, adaptación del entorno...

Al igual que la Terapeuta Ocupacional, la Fisioterapeuta realiza la función de asesoramiento y formación continua de auxiliares del SAD. En enero y febrero de este año ha estado realizado formación individualizada acompañando a las auxiliares a los domicilios de personas con las que deban realizar transferencias, movilización o aseo personal y evaluación del servicio que prestan, explicándoles la mejor manera de cuidar su salud y la del usuario durante el desempeño de su trabajo.

Además, entre el 26 y 30 de este mes de noviembre desarrollamos en Almonacid de Toledo el Curso Anual de Formación Inicial de Auxiliares del SAD dirigido a todos/as aquellos/as auxiliares que están en bolsa de empleo o que no trabajan y quieren aprender el trabajo de auxiliar, y la fisioterapeuta impartirá una clase práctica relativa a movilización de personas encamadas, así como técnicas de higienes postural en el trabajo diario del Auxiliar del SAD.

3.3.- Trabajo Social en la atención a la dependencia.

Introducción teórica:

Ya dijimos anteriormente que este Proyecto de Atención Integral cuenta con una mesa de “tres patas”, la última de ellas es la disciplina del Trabajo Social, la cual la podemos definir como *“La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de conflictos en las relaciones humanas y la atribución de poder (empowerment) y liberación de las personas para reforzar el bienestar, utilizando teorías del comportamiento humano y sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en que las personas actúan recíprocamente con sus ambientes. Los principios de derechos humanos y justicia social son fundamentales para el Trabajo Social.”*³

El trabajador social dentro de este Proyecto cumple una función de captación y detección de necesidades, puesto que el TS de Zona está en contacto continuo con la realidad social y con los ciudadanos de cada uno de los 11 municipios. El 90 % de los casos detectados llegan a través del Servicio de Información, Valoración y Orientación y es desde aquí desde donde canalizamos las demandas de atención a la dependencia: unas se derivarán hacia recursos sociales especializados: Residencias Asistidas, Viviendas de Mayores, Centros Ocupacionales para Discapacitados, Estancias Temporales, Servicios de Estancias Diurnas, etc; pero otras, y siempre partiendo de las posibilidades reales de cada caso, se buscará la permanencia en el propio entorno comunitario de forma que se pueda gestionar: SAD, Teleasistencia, Ayudas Técnicas, Eliminación de Barreras, etc.

Otras funciones de coordinación que realiza el Trabajador Social en el Proyecto:

- *Diseño y elaboración del Proyecto.*
- *Presupuestación.*
- *Control económico del gasto: material, personal, kilometrajes, etc.*
- *Coordinación en la elaboración de material teórico: Jornadas, cursos, congresos, artículos científicos, etc.*
- *Evaluación y retroalimentación continua.*
- *Difusión del Proyecto.*
- *Coordinación con los responsables políticos: Ayuntamientos, Centro Coordinador, Delegación de Bienestar Social, etc.*
- *Coordinación del personal: reuniones, actas, cuadrantes horarios, preparación de agenda semanal, citas usuarios y familias.*
- *Coordinación con otros Proyectos: Programa de Apoyo Emocional a Cuidadores de la Fundación Gerón (Orgaz), etc.*

3.4.- Otras actuaciones que se desarrollan desde este Proyecto:

- A) **FORMACIÓN DE AUXILIARES DEL SAD.-** Se ha ampliado la oferta formativa a las Auxiliares del SAD en ámbitos de la rehabilitación física y cognitiva impartido por la Terapeuta Ocupacional y la Fisioterapeuta en las modalidades de: formación grupal y formación individualizada en el domicilio de los usuarios dependientes atendidos por el SAD.
- B) **TALLERES DE PREVENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO.-** Son los tradicionales “Talleres de Memoria” dirigidos a los mayores de 60 años sin

³ Definición de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales. Montreal. 2002.

problemas manifestados, con un carácter de prevención primaria. Se han desarrollado en los 11 municipios del Área con una participación aproximada de 300 mayores. La profesional encargada de coordinar los talleres es la Animadora Sociocultural del Área.

C) FORMACIÓN CONTINUA DE CUIDADORES.-

- Se realiza de forma continua e individualizada en el domicilio de la persona dependiente.
- Son las terapeuta ocupacional y la fisioterapeuta quienes trabajan con los cuidadores principales: pautas de cuidados, movilizaciones, técnicas de estimulación tanto física como cognitiva, etc.

4.- Conclusiones más importantes del primer año y medio de funcionamiento del Proyecto.

Los datos estadísticos referidos a estos 18 meses aún no están disponibles. Si que podemos decir que hasta este mes de noviembre han pasado por el Proyecto un total de 73 usuarios. Aún contamos con lista de espera y en diciembre se incorporará alguna persona dependiente más a cualquiera de los dos servicios que prestamos.

Cuando éste epígrafe se refiere a las conclusiones más importantes del Proyecto, nos centraremos en aspectos y resultados generales y en análisis subjetivos procedentes de la evaluación realizada en 2006 y la evaluación continua que estamos haciendo durante todo el año 2007.

Resultados:

- ❑ *En total han sido atendidos desde junio de 2006, **73 usuarios**.*
- ❑ *El **coste medio** por persona atendida en 2006 ha sido de **613 €**, cuantía muy inferior al coste de una plaza residencial que durante este año 2007 está fijado en 17.155 € anual por persona o en Servicio de Estancias Diurnas 5.890 € anual por persona.*
- ❑ *El Proyecto de Atención Integral debe ser complementado por la articulación de otros recursos comunitarios: Teleasistencia, SAD, Ayudas de Eliminación de Barreras, Ayudas Técnicas, Programas de Voluntariado, etc.*
- ❑ *El coste total del Proyecto en 2007 será de 62.783 euros, lo que significa que se financia con el precio de menos de 4 plazas en Residencia Asistida, de forma que **estamos ahorrando dinero a la Administración** y la valoración de los usuarios es muy positiva ante el hecho de "PERMANECER EN CASA EL MAYOR TIEMPO POSIBLE Y HACERLO EN LAS MEJORES CONDICIONES.*
- ❑ ***Saturación de ambos servicios** a los pocos meses de comienzo, lo que provocó la existencia de lista de espera, situación en la que nos encontramos actualmente (Tenemos a 10 usuarios bien pendientes de valoración o en lista de espera)*
- ❑ *Los usuarios y sus familiares consideran necesario el **aumento del tiempo de atención semanal**, la cual, en la actualidad está en una media de entre 3 y 4 horas semanales.*

- ❑ Los **Talleres de Prevención del Deterioro Cognitivo** (Talleres de Estimulación de la Memoria) se han mostrado como una actividad de carácter preventivo muy atractiva para aquellas personas mayores que, por su edad y salud, aún no tienen problemas que les limiten su autonomía, pero que consideran muy necesarios de cara al futuro.
- ❑ El grado de satisfacción de los usuarios y de sus cuidadores con la iniciativa es alto o muy alto, de hecho la nota media total del proyecto es **8,92 sobre 10**; pero es necesario un trabajo a más largo plazo, para comenzar a poder analizar los resultados en cuanto a su autonomía personal y mejora de la calidad de vida actual de que disfrutan.
- ❑ Dentro del Servicio de Terapia Ocupacional hemos llegado a la conclusión de que el modelo ideal de trabajo es el grupal por varias razones, entre ellas la más importante es el hecho de poder atender a muchos usuarios con menor esfuerzo, además de lo importante que es el hecho de trabajar como grupo de autoayuda y facilitar la integración social de los participantes.

Conclusiones Finales.-

- Es preciso promocionar la implantación de iniciativas de este tipo, que se insertan perfectamente en el medio comunitario, que facilitan el hecho de “**envejecer en casa**”, y no sólo eso, sino hacerlo con un mínimo de calidad de vida y en condiciones dignas, puesto que este recurso, combinado con otros: Servicio de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia y si es posible, grupos de voluntariado, harían posible que muchas de las personas que tienen que marcharse a un Centro Residencial fuera de su municipio, no lo hicieran.
- Que en realidad, lo que estamos haciendo, es realizar las mismas actividades que se hacen en un Servicio de Estancias Diurnas, pero de forma itinerante y en el medio rural, por lo que iniciativas como este Proyecto funcionarían como **recursos intermedios** que combinan la atención especializada y la permanencia en el entorno habitual prestado desde Servicios Sociales Generales.
- Es necesario **ampliar los esfuerzos en la Prevención y Detección Precoz de las situaciones de Dependencia**. Esto supondrá una gran inversión a corto plazo, pero un ahorro mayor a medio y largo plazo.
- Que el reto de la Atención a la Dependencia es grande, y probablemente lleno de obstáculos, pero que con iniciativas imaginativas, polivalentes, adaptadas al entorno y a los destinatarios, y sobre todo con **ILUSIÓN Y ESFUERZO**, se pueden superar todos los inconvenientes y lograr las metas planteadas.

Epílogo.-

Este Proyecto experimental de atención integral a la dependencia en el medio rural ha podido llevarse a cabo, gracias al esfuerzo de varias Administraciones y Entidades: Consejería de Bienestar Social, representada por la **Delegación de Bienestar Social de Toledo** y el **Ayuntamiento de Villaminaya** y durante 2006 por la Asociación Profesional Castellano-Manchega de Terapeutas Ocupacionales (ACAMTO); pero sobre todo por el empeño de los profesionales del Equipo de Servicios Sociales del Área, y de forma muy especial, de las dos profesionales contratadas⁴: Inmaculada Fernández Padilla (terapeuta ocupacional) y Aurora Sánchez de Dámaso Arenas (Fisioterapeuta)

⁴ Mención especial también a Carmen Cepeda Perona y Aranda González Moreno, terapeutas ocupacionales que han trabajado en el Proyecto desde su inicio, pero que por diferentes circunstancias tuvieron que dejarlo.