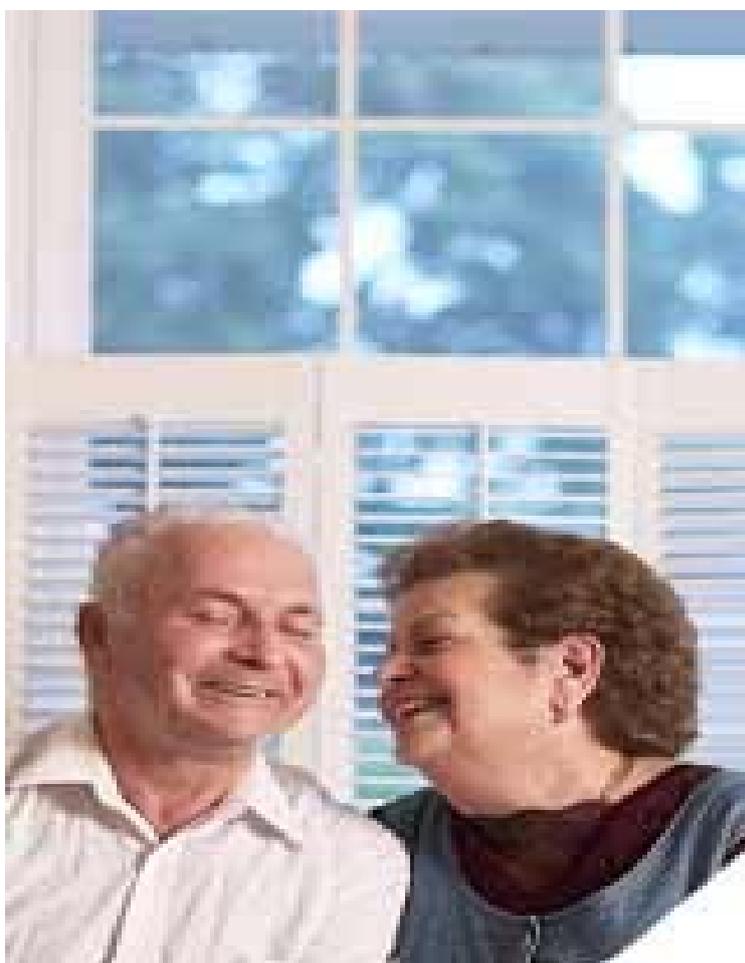


PROGRAMA DE FORMACION CONTINUA 2007

"EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR EN LOS SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS"



INDICE GENERAL

C O N T E N I D O S	páginas
LA ATENCION COMUNITARIA A MAYORES EN SITUACION DE DEPENDENCIA: CENTROS DE DIA Y SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS	
Fernando Almodóvar Pérez , Servicio de Programas de Atención a Mayores Dirección General de Atención a Personas Mayores y con discapacidad	3-91
LA INTEGRACIÓN DEL SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS EN LA RESIDENCIA DE MAYORES EXPERIENCIA DE BENQUERENCIA (TOLEDO)	
Valle González Alanis , Trabajadora Social Aranda Moreno González , Terapeuta Ocupacional	92-116
EL SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS. MODELO DE INTERVENCION EXPERIENCIA DE DAIMIEL (CIUDAD REAL)	
Germán Belda Moreno , Coordinador del equipo y médico de familia.	117-164
FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR. UN ABORDAJE INTEGRAL	
Gracia Sánchez Ruíz Psicóloga de la Asociación para el trabajo con Menores, Familia y otros colectivos Especiales (AMEFAES)	165-182
CANALIZACIÓN DE UNA ACTUACIÓN INTERDISCIPLINAR A TRAVÉS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL. ENFOQUE NEUROPSICOLOGICO	
Ingrid Carrasco Rojo , Terapeuta Ocupacional SUPUESTOS PRÁCTICOS, ANÁLISIS DE CIRCUNSTANCIAS Y SITUACIONES DETERMINADAS	183-195
Ingrid Carrasco , Terapeuta Ocupacional Gracia Sánchez , Psicólogo	196-197

LA ATENCION COMUNITARIA A MAYORES EN SITUACION DE DEPENDENCIA

**CENTROS DE DIA Y SERVICIOS DE
ESTANCIAS DIURNAS**

Fernando Almodóvar Pérez
Servicio de Programas de Atención a Mayores
Dirección General de Atención a Personas Mayores y con
Discapacidad

INDICE

EVOLUCION DE LOS SERVICIOS ATENCION A MAYORES DEPENDIENTES: Resumen de Tendencias (p.9–12)

AÑOS 70
AÑOS 80
DESDE FINALES AÑOS 80
AÑOS 90

LAS SITUACIONES NUEVAS Y LOS NUEVOS RETOS EN EL SECTOR DE POBLACIÓN MAYOR (p.12)

PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA (p.13-15)

SISTEMAS PUBLICOS DE SERVICIOS SOCIALES, SANIDAD Y DEPENDENCIA: PRINCIPIOS, CRITERIOS, ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACTUACION, OBJETIVOS (p.16-59)

PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS A FAVOR DE LAS PERSONAS MAYORES:1991 (p.16-17)

Dignidad
Independencia
Autorrealización
Participación
Cuidados

DEFINICIONES DE DEPENDENCIA (p.17-18)

Consejo de Europa. Recomendación (98) 9, 18/09/1998
Carta de Servicios de Residencias para Personas Mayores en Castilla-La Mancha,
2006
Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación
de Dependencia (diciembre 2006)

OTROS ESTADOS Y PROCESOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA (p.18)

Autonomía
Actividades básicas de la Vida Diaria (ABVD)
Cuidados familiares
Cuidados profesionales

ATENCION SOCIOSANITARIA (p.19-24)

Sistema Nacional de Salud

SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES (p.25-37)

PRINCIPIOS (p.25-26)

Planificación
Descentralización
Prevención
Integración
Solidaridad
Universalidad, igualdad y globalidad
Responsabilidad pública
Participación Ciudadana

CRITERIOS DE FUNCIONAMIENTO (p.26)

INSTRUMENTOS PARA LA SOLIDARIDAD EN CASTILLA-LA MANCHA (p.27-28)

Finalidad
Criterios de actuación
Planificación
 medidas de acción positiva
 planes integrales
 programa de subvenciones

DE LA SOLIDARIDAD CON LAS PERSONAS MAYORES (p.28-30)

Principios rectores de la política en favor de las personas mayores
Programas Específicos
 De protección social de la persona mayor.
 De alojamiento y convivencia de las personas mayores.
 De integración social y participación.

DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS DE ENTIDADES, CENTROS Y SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA-LA MANCHA (p.30-31)

RÉGIMEN DE INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA: AUTORIZACION Y ACREDITACION: CENTROS Y SERVICIOS SOCIALES DESTINADOS A LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES (p.32-35)

Autorización
Acreditación

TUTELA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS INCAPACITADAS JUDICIALMENTE (p.35)

La Comisión de Tutela

PLAN DE ATENCION A LAS PERSONAS MAYORES EN CASTILLA-LA MANCHA 1998-2002 (p.36)

Criterios de Actuación

PLAN ESTATAL DE ATENCION A MAYORES 2003-2007 (p.37)

Principios

SISTEMA SANITARIO (p.38-44)

PRINCIPIOS (p.38-39)

DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS (p.39-42)

OBJETIVOS E INTERVENCIONES SOBRE PROBLEMAS DE SALUD RELEVANTES (p.43-44)

SISTEMA DE ATENCION A LA DEPENDENCIA (p.45-59)

NIVELES DE PROTECCIÓN DEL SISTEMA (p.45-46)

PRINCIPIOS (p.46)

PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN EL SISTEMA (p.46-47)

PARTICIPACIÓN DE LAS ENTIDADES LOCALES (p.47)

LA PARTICIPACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS EN EL COSTE DE LAS PRESTACIONES (p.47)

PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA (p.48-50)

Objetivos de las prestaciones

Prestaciones de dependencia

Catálogo de servicios

La red de servicios del sistema nacional de dependencia

PRESTACIONES ECONÓMICAS (p.50-51)

La prestación económica vinculada al servicio

Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales

Prestación económica de asistencia personalizada

AYUDAS ECONÓMICAS PARA FACILITAR LA AUTONOMÍA PERSONAL (p.51)

SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y DE ATENCIÓN Y CUIDADO (p.51-53)

Prevención de las situaciones de dependencia

Servicio de teleasistencia

Servicio de ayuda a domicilio

Servicio de centro de día y de noche

Servicio de atención residencial

LA DEPENDENCIA Y SU VALORACIÓN (p.53-54)

Grados de dependencia

Valoración de la situación de dependencia

Protección de los menores de 3 años

PROCEDIMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA (p.54)

PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN (p.55)

REVISIÓN DEL GRADO O NIVEL DE DEPENDENCIA Y DE LA PRESTACIÓN RECONOCIDA (p.55)

PRESTACIONES DE ANÁLOGA NATURALEZA Y FINALIDAD (p.55)

CALIDAD EN EL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA (p.55-56)

FORMACIÓN Y CUALIFICACIÓN DE PROFESIONALES Y PERSONAS CUIDADORAS (p.56)

SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA (p.57)

APLICACIÓN PROGRESIVA DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (p.58)

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA (p.58-59)

RECURSOS DE ATENCION COMUNITARIA A MAYORES EN SITUACION DE DEPENDENCIA: CENTROS Y SERVICIOS (p.60-95)

Recursos de atención a la dependencia (p.60)

PREMISA GENERAL (p.60)

CONCEPTUALIZACION DE LOS SERVICIOS (p.60)

CENTROS DE DIA: SERVICIO INTERMEDIO (p.60-62)

LOS CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES (p.62-68)

Objetivos

Usuarios/as

Modalidades asistenciales

Servicios del Centro

Programas de intervención

Recursos del Centro de Día

CONSIDERACIONES DE CARÁCTER GENERAL (p.69-72)

CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON LOS SERVICIOS INTERMEDIOS (p.72-73)

CONCLUSIONES RELATIVAS A LOS SERVICIOS INTERMEDIOS (p.73-74)

NECESIDADES DE LAS FAMILIAS CUIDADORAS Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN (p.74-76)

Áreas y acciones para intervenir con familias

Objetivos

Programas de información, orientación y asesoramiento

ENTIDADES, SERVICIOS Y CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES Y DE ATENCION A MAYORES (p.76-77)

- Entidad de servicios sociales
- Centros de servicios sociales
- Servicio de carácter social
- Servicios sociales especializados
- Programa de "tercera edad"
- Equipamiento "tercera edad"

TIPOLOGIA DE CENTROS DE ATENCION A PERSONAS MAYORES (p.78-79)

- Residencias de mayores
- Viviendas de mayores
- Centros de día
- Centros de día con servicio de estancias diurnas
- Otros centros de atención a las personas mayores

SERVICIO DE CENTRO DE DÍA Y DE NOCHE (p.79)

CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES (p.79-80) Servicios de Estancias Diurnas en Centros Gerontológicos

SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS (p.80)

CENTROS DE ATENCION A PERSONAS MAYORES: CONDICIONES MATERIALES Y ARQUITECTONICAS GENERALES (p.81-82)

- Emplazamiento
- Condiciones arquitectónicas

CENTROS DE DIA: CONDICIONES MATERIALES Y ARQUITECTONICAS ESPECIFICAS (p.82-83)

- Emplazamiento
- Condiciones materiales y arquitectónicas
- Dependencias (mínimo)

CENTROS DE DIA CON SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS: CONDICIONES MATERIALES Y ARQUITECTONICAS ESPECIFICAS (p.84-85)

- Dependencias

CENTROS DE DIA CON SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS (p.85)

- Programas de atención

SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS (p.86-95)

- Servicios y atenciones básicas
- Otros servicios y atenciones especializadas y complementarias
- Unidades de atención especializada
- Servicios de estancias diurnas especializados

Equipo técnico de intervención y seguimiento

Composición

Funciones

En residencia de mayores

En centros de día

Procedimiento de acceso al servicio de estancias diurnas

Plazo máximo de resolución y notificación

Personas usuarias

Requisitos de acceso

Solicitudes

Documentación justificativa

Valoración

Lista de reserva

Resolución

Adjudicación plazas (indicación):

Acceso al Servicio

Información a usuarios/as, familiares o cuidadores habituales

Régimen económico

Finalización del Servicio

Baremo de ingreso en sed

Variables para la valoración de expedientes sed

EVOLUCION DE LOS SERVICIOS ATENCION A MAYORES DEPENDIENTES: Resumen de Tendencias

(Libro Blanco de Atención a la Dependencia (Cap.V: Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia)

Años 70

Primer estudio sociológico español sobre la vejez, el Informe GAUR (1975).

(Detallado análisis sobre las condiciones de vida de los jubilados españoles:
Residencias: Unico recurso de atención)

Primer intento de planificación a través de la aprobación del Plan Nacional de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos (Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de febrero de 1971)

(Dirigido casi en exclusiva a los pensionistas de la Seguridad Social desarrollo de recursos a través de dos modalidades:

- La Acción directa de la Seguridad Social, para la puesta en funcionamiento de «ayuda a domicilio», clubes, Residencias, sanatorios geriátricos de rehabilitación y Residencias asistidas.
- La Acción concertada para promover la creación de unidades geriátricas por entidades públicas o privadas con el fin de extender por todo el territorio nacional una red de asistencia gerontológica.)

Años 80

I Asamblea Mundial del Envejecimiento (1982)

Generalización en el sistema de pensiones y en el acceso al sistema sanitario.

Proceso relativamente rápido de formulación/ implantación de un sistema público de servicios sociales.

EUROPA desarrollada: "batalla de la desinstitucionalización" (Townsend, 1962; Tibbitts, 1960).

ESPAÑA: "época dorada" de construcción de Residencias de gran capacidad, destinadas a personas que se valían por sí mismas y que sufrían múltiples carencias socioeconómicas. Se trataba de instalaciones hoteleras de calidad dependientes del sistema publico y presididas por el objetivo de «dar a *nuestros mayores* lo que nunca tuvieron en su época de duro trabajo». El principio conceptual de partida podría resumirse así: «ellos ya trabajaron suficientemente, ahora les toca descansar: nosotros se lo daremos todo hecho».

(Principios basados en la teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961).

Desde finales años 80

ESPAÑA: Comienzan a tomar fuerza los planteamientos que defienden las ventajas de ofrecer atención a las personas en su medio habitual (enfoques comunitaristas ampliamente teorizados y conceptualizados en otros países de Europa)

El centro de atención se traslada, desde las Residencias, a los servicios comunitarios.

Protagonismo de las familias: responsabilidad principal en los cuidados y atenciones que precisan los mayores o cualquier otra persona que en algún momento de su vida necesita ayuda.

La intervención social se organiza en torno a la noción de «ayuda», con el objeto de mantener y respetar todas las potencialidades de los individuos, es decir, su autonomía, apoyando así sus esfuerzos por permanecer en su medio habitual de vida

El primer Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento (Naciones Unidas, 1982) adopta un enfoque comunitarista.

Años 90

Momento de auge de la planificación gerontológica

ESPAÑA: Plan Gerontológico (INSERSO, 1993): En preparación desde 1988.

Carácter integral

Estructuración en cinco áreas de actuación (pensiones, salud y asistencia sanitaria, servicios sociales, cultura y ocio y participación) sistematizadas en líneas de actuación, objetivos y medidas.

Sistematización de las bases de un modelo público de servicios sociales de inspiración comunitaria. El lema «envejecer en casa», difundido ampliamente por organismos internacionales como la OCDE (1996), por primera vez protagonizaba el diseño de nuestra política social.

OTRAS INNOVACIONES

Establecimiento de índices de cobertura de servicios sociales a lograr en una década (posibilitando así la comparabilidad con otros países y modelos de atención)

Planificación del desarrollo de servicios inexistentes en nuestro país hasta ese momento:

Centros de Día, estancias temporales en Residencias, sistemas alternativos de alojamiento.

Se explicitan actuaciones de coordinación sociosanitaria (prácticamente desconocidas en el sector si exceptuamos el programa Vida als Anys (1986) y la iniciativa del Servicio de Geriatria de Cruz Roja en Madrid a través de SAGECO (1984), ambas lideradas desde el sector sanitario).

Perspectiva de género y atención a necesidades de los cuidadores familiares (ninguna iniciativa o investigación sobre el sistema de apoyo informal)

LAS SITUACIONES NUEVAS Y LOS NUEVOS RETOS EN EL SECTOR DE POBLACIÓN MAYOR

(Plan de Acción para Personas Mayores 2003-2007)

En diversas fuentes de información, se destacan y valoran situaciones problemáticas de la población mayor. Sin tratar de hacer una lista exhaustiva de nuevas situaciones problemáticas y nuevos retos existentes en el sector de población mayor, se relacionan los siguientes:

- La acentuación de la dependencia de las personas mayores.
- La importante extensión de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- Los cambios en las relaciones familiares.
- La deficitaria coordinación entre el sistema sanitario y el de servicios sociales.
- El insuficiente apoyo a las familias cuidadoras.
- El escaso aprovechamiento de la iniciativa social.
- El fenómeno creciente de la inseguridad ciudadana que afecta muy particularmente a las personas mayores más vulnerables, por su situación de soledad o aislamiento social.
- Los desequilibrios interterritoriales todavía existentes en el Estado de Autonomías (la red de centros y servicios es de desarrollo distinto, las dificultades de atención son también de diversa complejidad, especialmente en lo que se refiere a Comunidades Autónomas con población mayor muy dispersa y/o en el ámbito rural).
- Otro fenómeno, en cierto modo novedoso, por la importancia que está tomando es el de las migraciones (es necesario realizar estudios e investigaciones sobre la situación de los mayores residentes en España, procedentes de otros países).

PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA

(Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, 14-12- 2006)

La atención a las personas en situación de dependencia constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea.

En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, para pasar de 3,3 millones de personas en 1970 (un 9,7 por ciento de la población total) a más de 6,6 millones en 2000 (16,6 por ciento). A ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado "envejecimiento del envejecimiento", es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en sólo veinte años.

Ambas cuestiones conforman una nueva realidad de la población mayor que conlleva problemas de dependencia en las últimas etapas de la vida para un colectivo de personas cada vez más amplio. Asimismo, diversos estudios ponen de manifiesto la clara correlación existente entre la edad y las situaciones de discapacidad, como muestra el hecho de que más del 32% de las personas mayores de 65 años tengan algún tipo de discapacidad, mientras que este porcentaje se reduce a un 5% para el resto de la población.

A esta realidad derivada del envejecimiento debe añadirse la dependencia por razones de enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación, que se ha incrementado en los últimos años por los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas y también por las consecuencias derivadas de los índices de siniestralidad vial y laboral.

La atención a este colectivo de población se convierte, pues, en un reto ineludible para los poderes públicos, que requiere una respuesta firme, sostenida y adaptada al actual modelo de nuestra sociedad. No hay que olvidar que, hasta ahora, han sido las familias, y en especial las mujeres, las que tradicionalmente han asumido el cuidado de las personas dependientes, constituyendo lo que ha dado en llamarse el "apoyo informal". Los cambios en el modelo de familia y la incorporación progresiva de las mujeres al mercado de trabajo introducen nuevos factores en esta situación que hacen imprescindible una revisión del sistema tradicional de atención para asegurar una adecuada capacidad de prestación de cuidados a aquellas personas que los necesitan.

El propio texto constitucional, en sus artículos 49 y 50, se refiere a la atención a personas con discapacidad y personas mayores y a un sistema de servicios sociales promovido por los poderes públicos para el bienestar de los ciudadanos. Si en 1978 los elementos fundamentales de ese modelo de Estado del bienestar se centraban, para todo ciudadano, en la protección sanitaria y de la Seguridad Social, el desarrollo social de nuestro país desde entonces ha venido a situar a un nivel de importancia fundamental a los servicios sociales, desarrollados fundamentalmente por las Comunidades Autónomas como cuarto pilar del sistema de bienestar, para la atención a las situaciones de dependencia.

Por parte de las Administraciones Públicas, las necesidades de las personas mayores, y en general de los afectados por situaciones de dependencia, han sido atendidas hasta ahora, fundamentalmente, desde los ámbitos autonómico y local, y en el marco del Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales, en el que participa también la Administración General del Estado. Por otra parte, el sistema de Seguridad Social ha venido asumiendo algunos elementos de atención, tanto en la asistencia a personas mayores como en situaciones vinculadas a la discapacidad: gran invalidez, complementos de ayuda a tercera persona en la pensión no contributiva de invalidez y de la prestación familiar por hijo a cargo con discapacidad, asimismo, las prestaciones de servicios sociales en materia de reeducación y rehabilitación a personas con discapacidad y de asistencia a las personas mayores. La necesidad de garantizar a los ciudadanos, y a las propias Comunidades Autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia y su progresiva importancia lleva ahora al Estado a intervenir en este ámbito con la regulación contenida en esta Ley, que la configura como una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de la Seguridad Social.

Se trata ahora de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplíe y complemente la acción protectora de este sistema, potenciando el avance del modelo de Estado social que consagra la Constitución Española.

La presente Ley regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema Nacional de Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas.

El Sistema tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a que se refiere la presente Ley. A tal efecto, sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas y para optimizar los recursos públicos y privados disponibles. De este modo, configura un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, que administrativamente se organiza en tres niveles.

La Ley establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Asimismo, como un segundo nivel de protección, la Ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley.

Finalmente, las Comunidades Autónomas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos.

SISTEMAS PUBLICOS DE SERVICIOS SOCIALES, SANIDAD Y DEPENDENCIA

PRINCIPIOS, CRITERIOS, ESTRATEGIAS, LINEAS DE ACTUACION, OBJETIVOS.

PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS A FAVOR DE LAS PERSONAS MAYORES:1991

(Plan de Acción para personas mayores 2003-2007)

Dignidad

Las personas mayores deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de malos tratos físicos o mentales. Deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

Independencia

Las personas mayores tienen derecho a poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible; a tener la posibilidad de vivir en entornos seguros; a tener acceso a programas educativos y de formación adecuados; a poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales; a tener ingresos y apoyo de sus familias que garanticen su autosuficiencia.

Autorrealización

Las personas mayores deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial; deberán tener acceso a los recursos educativos, espirituales y recreativos de la sociedad, para poder desarrollar su proyecto de vida.

Participación

Las personas mayores deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y habilidades con las generaciones más jóvenes; poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de realizar acciones de voluntariado en puestos apropiados a sus intereses y capacidades; poder formar movimientos o asociaciones de personas mayores.

Cuidados

Las personas mayores deberán poder disponer de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad, de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad; tener acceso a servicios de atención de la salud, que los ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad; tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado; tener acceso a medios apropiados de atención institucional o que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en su entorno humano y seguro; poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en Residencias o Instituciones, con pleno respeto a su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a participar en el funcionamiento del Centro y a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

DEFINICIONES DE DEPENDENCIA

Consejo de Europa. Recomendación (98) 9, 18/09/1998

La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado. La dependencia económica no está contemplada en esta recomendación.

Carta de Servicios de Residencias para Personas Mayores en Castilla-La Mancha, 2006

Se entiende por dependencia el estado en el que se encuentran algunas personas que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la asistencia de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (diciembre 2006)

Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

OTROS ESTADOS Y PROCESOS RELACIONADOS CON LA DEPENDENCIA

(Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia)

Autonomía

Capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias.

Actividades básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Comprende las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Cuidados no profesionales

Se refiere a la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

Cuidados profesionales

Son los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

PRESTACION DE ATENCION SOCIO SANITARIA

Prestaciones del Sstema Nacional de Salud

(Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud)

PRESTACIÓN DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

1. La atención socio sanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

2. En el ámbito sanitario, la atención socio sanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
- b) La atención sanitaria a la convalecencia.
- c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.

LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

(Ley 8/2000, de 30 de noviembre, Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha)

1.- La Atención Sociosanitaria es aquella que integra los cuidados sanitarios con los recursos sociales de forma continuada y coordinada, a fin de conseguir en quienes la reciben una percepción subjetiva completa de salud y una inserción real en el entorno familiar y social.

2.- El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha dispondrá de los recursos necesarios para prestar asistencia en aquellos casos necesitados de atención específica socio-sanitaria. A tal efecto se coordinarán todos los servicios sanitarios y sociales de titularidad pública con el fin de alcanzar una homogeneidad de objetivos y un máximo aprovechamiento de recursos. Para facilitar dicha coordinación se crearán comisiones socio-sanitarias en el ámbito provincial y regional con participación de la Administración de la Junta de Comunidades, de las Diputaciones y de los Ayuntamientos.

3.- El Consejo de Gobierno aprobará un Plan Regional de Atención Socio-sanitaria, a propuesta de las Consejerías competentes en materia de sanidad y de bienestar social.

(...)

En el desarrollo de sus funciones el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha llevará a cabo las siguientes actuaciones relacionadas con la asistencia sanitaria:

3.- La atención sociosanitaria en colaboración con los servicios sociales.

DISPOSITIVOS SOCIOSANITARIOS

(Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010)

5.5. OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN EL AMBITO DE LA ATENCION SOCIOSANTIARIA

5.5.1. DEFINIR LAS ESTRUCTURAS, LOS RECURSOS Y EL MODELO DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN CASTILLA-LA MANCHA

Líneas de acción:

- Antes de finalizar el año 2002 la Consejería de Sanidad propondrá a la Consejería de Bienestar Social la aprobación conjunta de un Acuerdo Marco de Atención Sociosanitaria en Castilla-La Mancha que contemple:

- Recursos sanitarios en bienestar social.
- Recursos sociales en sanidad.
- Financiación de recursos.
- Estructuras de coordinación.
- Modelo de planificación compartida.
- Gestión de casos.
- Sistema de información.

- Como desarrollo de este acuerdo se creará el Consejo Regional de Atención a la dependencia, formado por las Consejerías de Bienestar Social, de Sanidad y la Federación Regional de Municipios y Provincias, como órgano superior de la planificación y ordenación de los recursos sociosanitarios en Castilla-La Mancha.

5.5.2. ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN CASTILLA-LA MANCHA

Líneas de acción:

- Antes de finalizar el año 2002, el Consejo Regional de Atención a la Dependencia propondrá para su aprobación al Consejo de Gobierno de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha el Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla-La Mancha que contemplará:

- El análisis de la situación de la dependencia en Castilla-La Mancha y de los recursos existentes para su atención.
- La definición de los objetivos de Atención Sociosanitaria.
- La definición general de los programas principales de actuación.
- La estimación de los recursos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos.
- El calendario general de actuación.
- Las instituciones o entidades responsables del cumplimiento de los distintos objetivos.
- Los mecanismos de evaluación y, en su caso, los procedimientos para su modificación.

5.5.3. DESARROLLAR DESDE EL SISTEMA SANITARIO ACTUACIONES DE PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA, DE FOMENTO DE ACTITUDES SOLIDARIAS FRENTE A LA DEPENDENCIA Y DE FORMACIÓN EN CUIDADOS A LOS DEPENDIENTES

Líneas de acción:

- A lo largo de la vigencia del Plan, las actividades de promoción de estilos de vida saludable desarrolladas por la Consejería de Sanidad atenderán la inclusión de actividades de prevención de enfermedades que generan discapacidad.

- A lo largo de la vigencia del Plan las actividades de educación para la salud dirigidas a jóvenes favorecerán las actitudes solidarias respecto de las personas con dependencia.
- A lo largo de la vigencia del Plan se desarrollarán actividades de formación en cuidados de personas dependientes dirigidas a:
 - Familiares de personas con discapacidades.
 - Personal voluntario de ONG de apoyo a los dependientes.

5.5.4. COORDINACIÓN EFECTIVA DE RECURSOS, PROGRAMAS Y SERVICIOS IMPLICADOS EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

Líneas de acción:

- Antes de finalizar el año 2002, desde la Consejería de Sanidad se impulsará la creación de las Comisiones Sociosanitarias Provinciales. Éstas funcionarán como órganos de coordinación en el ámbito provincial de las Consejerías de Bienestar Social y de Sanidad, del Servicio Regional de Salud, de la Administración Local y de las Organizaciones no Gubernamentales en el campo de la atención a la dependencia.

5.5.5. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE CUIDADOS DOMICILIARIOS EN EL NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Líneas de acción:

- Antes de finalizar el año 2005, el 100% de las Zonas de Salud de la Región deberán tener implantado el Programa de cuidados domiciliarios, que incluirá como mínimo:
 - Protocolo de prevención de la dependencia en personas mayores.
 - Protocolo de actuación domiciliaria a pacientes inmovilizados.
 - Protocolo de actuación en pacientes terminales.
 - Protocolo de actuación en población institucionalizada en centros sociales radicados en la Zona de Salud.
 - Protocolo de actuación en pacientes con problemas de demencia.
 - Protocolo de seguimiento de pacientes con ICTUS.
 - Protocolo de seguimiento de pacientes con problemas osteomusculares.
 - Protocolo de seguimiento para pacientes discapacitados.

Estos protocolos definirán en cada caso:

- Criterios para inclusión en protocolo.
- Criterios para definir los planes individualizados de cuidados.
- Estándares de frecuencia de atención domiciliaria.
- Criterios de derivación.

5.5.6. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A PACIENTES TERMINALES

Líneas de acción:

- Antes de finalizar el año 2005, todas las Áreas de Salud tendrán implantado el Programa de atención integral de pacientes terminales, al que se adscribirán los recursos humanos (unidades de cuidados sociosanitarios) y materiales (camas específicas de cuidados paliativos) en relación con la población a atender.
- Antes de finalizar el año 2005 todas las Áreas de Salud tendrán constituido el Comité de Ética.
- Antes de finalizar el año 2005, la Consejería de Sanidad habrá elaborado con la participación de las organizaciones políticas, sociales, científicas y profesionales de la Región un proyecto de normativa reguladora del Testamento Vital en Castilla-La Mancha.

5.5.7. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA DEMENCIA

Líneas de acción:

- Antes de finalizar el año 2005, todas las Áreas de Salud tendrán implantado el Programa de atención integral de demencia al que se adscribirán los recursos humanos (Unidades de Atención Sociosanitaria) en relación con la población a atender.
- Antes de finalizar el año 2005 el 100% de las Zonas de Salud de la Región tendrán implantado el Protocolo de actuación en pacientes con problemas de demencia.
- A lo largo de la vigencia del Plan se creará al menos una Unidad de referencia regional, de memoria (Unidad de diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo) para el diagnóstico y tratamiento de las demencias formadas por un equipo interdisciplinario.

5.5.8. IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN FÍSICA BÁSICA

Este Programa va dirigido a desarrollar actividades de supervisión por profesionales del nivel de Atención Primaria de la realización de rehabilitación física básica en aquellos pacientes que, una vez superada la fase aguda del proceso patológico y/o quirúrgico, y que gozan de apoyo familiar y social, son remitidos a su domicilio, si bien precisan para recuperar o mantener su capacidad física de la realización de un plan básico e individualizado de rehabilitación física.

Líneas de acción:

- Antes de finalizar el año 2005, el 100% de las Zonas de Salud de la Región tendrán implantado un Programa de rehabilitación física básica.

5.5.9. MEJORAR LA ATENCIÓN SANITARIA DE LOS PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS POR MOTIVOS SANITARIOS Y/O SOCIALES

Líneas de acción:

- Antes de finalizar el año 2003, todos los Centros sociales con internamiento de pacientes contarán con protocolos de derivación entre éstos y los hospitales de referencia y viceversa.
- Durante el periodo de vigencia del Plan, desde el sistema sanitario se establecerán los apoyos necesarios para favorecer un uso racional de los medicamentos en la población institucionalizada, evitando la polimedicalización innecesaria.
- A lo largo de la vigencia del Plan se desarrollarán mecanismos para integrar los recursos sanitarios de la red social en el Sistema Sanitario a través del ente público sociosanitario. Garantizando de esta manera su integración funcional.

5.5.10. DESARROLLAR ACTUACIONES DE FORMACIÓN EN ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Líneas de acción:

- Antes de finalizar el año 2003 se deberá establecer el Programa de formación específica en materias relacionadas con la atención de la dependencia (Geriatría, Demencias, Cuidados paliativos, etc.) dirigido a:
 - Profesionales.
 - Personal voluntario de organizaciones de ayuda a la dependencia.
 - Familiares que conviven con personas dependientes.

5.5.11. FAVORECER LA PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Líneas de acción:

- A lo largo de la vigencia del Plan, las Comisiones Sociosanitarias provinciales promoverán la constitución y funcionamiento de Grupos de Trabajo provinciales y regionales de profesionales con carácter de asesoría permanente relacionados con las actividades sociosanitarias durante el período de vigencia del Plan.

5.5.12. DESARROLLAR ACCIONES DE APOYO A LOS CUIDADORES INFORMALES Y A LA FAMILIA DE LOS DEPENDIENTES

Líneas de acción:

- Antes de finalizar el año 2003 se elaborará y distribuirá una "Guía de Cuidadores de personas con dependencia".
- Durante el periodo de vigencia del Plan se desarrollarán medidas de apoyo orientadas a facilitar descansos temporales a las familias que conviven con personas dependientes.

SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA-LA MANCHA

(Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha)

Servicio público de la Comunidad Autónoma

Conjunto de actuaciones que tiendan a la prevención, eliminación y tratamiento de las causas que conducen a la marginación e inadaptación sociales, al tiempo que favorecer y garantizar el pleno y libre desarrollo de la persona y de los grupos sociales dentro de la sociedad, promoviendo su participación en la vida ciudadana.

Principios

Planificación
Descentralización
Prevención
Integración
Solidaridad
Universalidad, igualdad y globalidad
Responsabilidad pública
Participación Ciudadana

PLANIFICACIÓN

La Junta de Comunidades planificará la creación de recursos y de Servicios Sociales de modo que se garantice una mejor utilización de distribución de los mismos.

DESCENTRALIZACIÓN

La prestación de los Servicios Sociales, cuando su naturaleza lo permita, responderá a criterios de máxima descentralización, siendo el municipio su principal gestor y atendiendo a la sectorización territorial como el eslabón base en la planificación de los mismos.

PREVENCIÓN

Será objetivo prioritario de los Servicios Sociales, la prevención y eliminación de las causas que conducen a situaciones de marginación o inadaptación social.

INTEGRACIÓN

Los Servicios Sociales tenderán al mantenimiento de los ciudadanos en su entorno social, familiar y cultural, procurando su reinserción y utilizando los recursos comunitarios para satisfacer sus necesidades sociales.

SOLIDARIDAD

Los poderes públicos dentro del territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha fomentarán la solidaridad como valor inspirador de las relaciones entre las personas y los grupos sociales, en orden a superar las condiciones que dan lugar a situaciones de marginación o desigualdad.

UNIVERSALIDAD, IGUALDAD Y GLOBALIDAD

Las actuaciones en Servicios Sociales y Bienestar Social irán dirigidas a todos los ciudadanos sin discriminación alguna, debiendo atenderse las necesidades sociales de forma integral y no parcializada.

RESPONSABILIDAD PÚBLICA

Los poderes públicos en el territorio de Castilla-La Mancha y en el ámbito de sus respectivas competencias, asumirán la responsabilidad de proveer los recursos humanos, técnicos y financieros que permitan la promoción y el eficaz funcionamiento de los Servicios Sociales públicos.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Los poderes públicos en el ámbito regional fomentarán la participación democrática de los ciudadanos en la promoción y control de los Servicios Sociales.

Criterios de funcionamiento

(Decreto 287/2004, de 28-12-2004, de Estructura funcional del sistema público de servicios sociales)

b) Delimitar el Sistema Público de Servicios sociales y determinar, de acuerdo con el criterio de máxima descentralización, la coordinación, la gestión y la financiación.

c) Orientar el sistema a prevenir la exclusión social, a promover la calidad y eficaz funcionamiento de los servicios y a garantizar la prestación social de atención personal, de información, orientación e intervención técnica de forma integral a todos los ciudadanos y ciudadanas, especialmente, a las personas, familias y grupos que, por razón de dificultades de desarrollo y de integración en la sociedad, falta de autonomía personal, discapacidad física, psíquica o sensorial, edad u otras circunstancias, requieren una atención especial.

INSTRUMENTOS PARA LA SOLIDARIDAD EN CASTILLA-LA MANCHA

(Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad en Castilla-La Mancha)

Finalidad

-Promover en Castilla-La Mancha la igualdad de oportunidades de los ciudadanos en situación de desventaja social a través de medidas de acción positiva que faciliten el desarrollo personal y la plena participación de todos los ciudadanos en la sociedad en condiciones de igualdad.

-Facilitar a aquellos ciudadanos castellano-manchegos que no tengan atendidas sus necesidades básicas un mínimo de recursos, comprometiéndose éstos para ello a participar en las actividades definidas como necesarias para su inserción personal, social y laboral.

-Garantizar el ejercicio de la tutela de menores y adultos incapacitados para velar por sus derechos.

Criterios de actuación

(para promover el principio de igualdad de oportunidades de los colectivos sociales)

a) La igualdad de oportunidades en el acceso a los recursos sociales, promoviendo el desarrollo integral de las personas y colectivos sociales más desfavorecidos y garantizando el respeto a su identidad diferencial, mediante planes integrales y actuaciones de acción positiva.

b) Favorecer y facilitar la atención de las necesidades básicas y el ejercicio de los derechos sociales a aquellos ciudadanos que por causas ajenas a su voluntad sufren procesos de marginación o exclusión social.

c) Facilitar las actuaciones integrales en favor de las personas, familias y colectivos ante sus necesidades sociales, desde la globalidad y la eficacia, todo ello a través de la coordinación entre las Instituciones públicas y privadas.

d) Prevenir la marginación y la exclusión social.

e) Potenciar la implicación social por medio del desarrollo de medidas de responsabilidad pública y social que promuevan la solidaridad entre las instituciones y los ciudadanos y de éstos entre sí.

Planificación

MEDIDAS DE ACCION POSITIVA

Dirigidas a facilitar la igualdad de oportunidades de los ciudadanos de Castilla-La Mancha.

Podrán desarrollarse a través de Planes Integrales.

PLANES INTEGRALES

Articularán el conjunto de medidas a desarrollar por las Administraciones competentes desde la corresponsabilidad con la iniciativa social.

Tendrán carácter interdepartamental y contendrán los principios orientadores de política social, la priorización de necesidades y objetivos, las actuaciones a desarrollar, así como los mecanismos de coordinación entre las distintas Administraciones y colaboración de éstas con la sociedad civil.

Podrán contemplar los órganos de participación, que con carácter consultivo y asesor, se consideren más adecuados.

PROGRAMA DE SUBVENCIONES

Para apoyar las medidas de acción positiva, dirigidas a promover la integración familiar, la autonomía personal y funcional, la atención especializada en Centros, así como la atención en alojamientos alternativos de menores, mayores y personas con discapacidad.

Estas subvenciones tendrán carácter complementario y subsidiario de cualquier otra prestación establecida por la Administración Pública con la misma finalidad, dejando de percibirse cuando los beneficiarios, obtuvieran prestaciones semejantes a las previstas por esta Ley.

DE LA SOLIDARIDAD CON LAS PERSONAS MAYORES (Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad en Castilla-La Mancha)

Principios rectores de la política en favor de las personas mayores

- 1.º El derecho a una calidad de vida digna durante la vejez.
- 2.º Abordar la intervención con las personas mayores de una forma integral, considerando una visión multidisciplinar y multisectorial de sus necesidades.
- 3.º Coordinación efectiva y real entre las diferentes Administraciones, especialmente de la Sanitaria y la de Servicios Sociales, que responda al planteamiento multisectorial considerado.
- 4.º Contemplar la política de atención a los mayores basada en los principios de normalización e integración.
- 5.º Envejecer en casa como objetivo fundamental en la política de convivencia de las personas mayores.
- 6.º Promoción de la participación activa de las personas mayores en la vida de su comunidad, y especialmente en la defensa de sus derechos y gestión de los recursos propios.
- 7.º Garantizar la protección jurídica de nuestros mayores incapacitados.

Programas Específicos

- a) De protección social de la persona mayor.
- b) De alojamiento y convivencia de las personas mayores.
- c) De integración social y participación.

PROTECCIÓN SOCIAL DE LAS PERSONAS MAYORES

Medidas:

- a) Actividades que promuevan la atención a las personas mayores a través de la red básica de servicios sociales y del sistema de prestaciones.
- b) Medidas que faciliten la accesibilidad al medio social a los mayores, así como su movilidad en él.

APOYO AL ALOJAMIENTO Y CONVIVENCIA DE LAS PERSONAS MAYORES

Medidas:

- a) Medidas destinadas a promover la permanencia en su domicilio habitual de las personas mayores, mediante el fomento de su autonomía personal y de la mejora en las condiciones de habitabilidad de su vivienda.
- b) Apoyo a las familias que habitualmente conviven con sus mayores, a través de programas de asesoramiento y formación, así como programas de alojamiento temporal.
- c) Desarrollo de un sistema complementario de servicios de apoyo a las personas mayores que permanecen en sus domicilios, fomentando los centros de día, el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia y las estancias temporales en centros de atención especializada.
- d) Articulación de una red de alojamiento alternativo para aquellas personas que lo necesiten, mediante viviendas tuteladas o residencias, orientadas principalmente a personas con grave deterioro físico o psíquico.

PROMOCIÓN DE LA INTEGRACIÓN SOCIAL Y PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES

Medidas:

- a) Actuaciones dirigidas a impulsar la consideración de la jubilación como etapa activa en la que los mayores permanecen integrados en su comunidad participando en el desarrollo de actividades de carácter social, formativo y cultural.
- b) Apoyo al asociacionismo de las personas mayores para aumentar su capacidad de autogestión, de resolución de problemas y de defensa de sus derechos.
- c) Impulso de la participación de los mayores en la comunidad y en los órganos de representación social.
- d) Incentivación de las actividades de formación permanente del mayor.
- e) Fomento de la corresponsabilidad a través de iniciativas en beneficio de su comunidad.

DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS DE ENTIDADES, CENTROS Y SERVICIOS SOCIALES DE CASTILLA-LA MANCHA

(Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha)

Derechos

1. A acceder a los mismos y recibir asistencia sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
2. A un trato digno tanto por parte del personal de la Entidad, Centro o Servicio, como de los otros usuarios.
3. Al secreto profesional de los datos de su historia socio-sanitaria.
4. A mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas (podrá ser objeto de limitaciones en virtud de resolución administrativa o judicial).
5. A una atención individualizada acorde con sus necesidades específicas.
6. A la máxima intimidad en función de las condiciones estructurales de las Entidades, Centros y Servicios.
7. A que se les facilite el acceso a la atención social, sanitaria, educativa, cultural y, en general, a la atención de todas las necesidades personales que sean imprescindibles para conseguir un adecuado desarrollo psíquico-físico.
8. A participar en las actividades de los Centros y Servicios, y colaborar en el desarrollo de las mismas.
9. A elevar por escrito a los órganos de participación o dirección de las Entidades, Centros y Servicios, propuestas relativas a las mejoras de los servicios.
10. A participar en la gestión y planificación de las actividades de los Centros y Servicios de titularidad pública y privada, tal como reglamentariamente se determine.
11. A conocer en todo momento el precio de los servicios que recibe, y a que les sean comunicadas con la antelación suficiente las variaciones de aquél o las modificaciones esenciales en la prestación del servicio.
12. A cesar en la utilización de los Servicios o en la permanencia en el Centro por voluntad propia (podrá ser objeto de limitaciones en virtud de resolución administrativa o judicial).
13. Derecho de queja ejercido mediante hojas de reclamación que estarán a disposición de los usuarios y de sus representantes legales.

Deberes

1. Respetar las convicciones políticas, morales y religiosas del resto de los usuarios, así como del personal que presta servicios.
2. Conocer y cumplir las normas determinadas en las condiciones generales de utilización de la Entidad, Centro o Servicio.
3. Respetar el buen uso de las instalaciones y medios de la Entidad, Centro o Servicio y colaborar en su mantenimiento.
4. Poner en conocimiento de los órganos de representación o de la dirección de la Entidad, Centro o Servicio las anomalías o irregularidades que se observen en el mismo.

RÉGIMEN DE INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA: AUTORIZACION Y ACREDITACION

Centros y Servicios Sociales destinados a la atención de las personas mayores

(Orden de 21-05-2001, de la Consejería de Bienestar Social, de Condiciones Mínimas de los Centros festinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha)

AUTORIZACION

1. Todos los Centros y Servicios deberán inscribirse en el REGISTRO DE SERVICIOS SOCIALES, conforme a lo dispuesto en el (Capítulo II del Decreto.53/1999*).
2. Las Residencias de Mayores, Viviendas de Mayores y Centros de Día están sometidos al RÉGIMEN DE AUTORIZACIÓN PREVIA su puesta en funcionamiento, debiendo solicitar:
 - a) La Autorización de Creación (tramitación según el Art.13 del Decreto 53/1999*), debiendo cumplir para su obtención las condiciones materiales y arquitectónicas generales y específicas establecidas en la presente Orden.
 - b) La Autorización de Apertura, que se tramitará según lo previsto en el (tramitación según el Art.14 del Decreto 53/1999*), debiendo cumplir para su obtención las condiciones funcionales generales y específicas establecidas en la presente Orden. Obtenida esta Autorización, la entidad titular o la entidad gestora, en su caso, deberán garantizar el cumplimiento de las condiciones autorizadas, comunicando a la Administración los cambios sustanciales que se produjeran en las mismas.

ACREDITACION

Certificado de acreditación

CARACTER

La acreditación es la certificación que concede la Administración a los centros destinados a la atención de las personas mayores previamente autorizados, siempre que cumplan los requisitos y condiciones de calidad establecidos en el artículo 24 de la Orden de condiciones Mínimas.

Será preceptiva la Acreditación de los Centros cuya entidad titular pretenda concertar plazas con la Administración Autonómica.

Se considerará mérito preferente para la concesión del Certificado de Acreditación, la implantación de un Sistema de Gestión y Aseguramiento de Calidad, conforme a las normas ISO, demostrada con la certificación expedida por una Entidad legalmente reconocida.

PROCEDIMIENTO

Será el establecido en el artículo 24 del Decreto 53/1999, de 11 de mayo de 1999 por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 3/1994, de 3 de noviembre.

Junto a la solicitud de acreditación deberá aportarse una memoria explicativa en la que se hará constar el cumplimiento por el Centro de las condiciones de acreditación.

El Certificado de Acreditación se concederá a los centros destinados a la atención de las personas mayores que cumplan las condiciones y requisitos establecidos para cada uno de los siguientes aspectos:

- a) Atención a la persona.
- b) Garantía de los derechos de los usuarios.
- c) Accesibilidad, seguridad y confort.
- d) Organización y funcionamiento.

ATENCION A LA PERSONA

Los Centros destinados a la atención de las personas mayores deberán contar con un Plan Interdisciplinario de Atención Personalizada, que se elaborará tras el ingreso del usuario en el Centro y en el que se recogerán:

- Las diversas áreas de atención (sociales, funcionales y clínicas).
- Los objetivos que se pretenden alcanzar y las actividades necesarias para conseguirlos.
- Sistemas de evaluación del Plan en relación con cada usuario, que permita introducir las modificaciones necesarias en el mismo.

El Plan Interdisciplinario de Atención Personalizada será elaborado por profesionales con adecuada cualificación. Contendrá los oportunos protocolos de atención y evaluación que permitan unificar los criterios de atención a los usuarios y sistematizar la metodología de trabajo.

Se exigirá la existencia y aplicación, al menos, de los siguientes protocolos:

- Acogida del usuario.
- Alimentación.
- Higiene del residente.
- Emergencias sanitarias.
- Caídas.
- Incontinencia.
- Lesiones por presión.
- Tratamiento farmacológico.

Se valorarán todos aquellos servicios y prestaciones adicionales no contempladas en las condiciones mínimas exigibles en los Centros, siempre que contribuyan a mejorar la calidad de la atención ofertada a los usuarios.

Se tendrán en cuenta las relaciones del usuario con la familia y el entorno, garantizándolo mediante el establecimiento de un horario de visitas suficiente y flexible.

Igualmente dispondrán de un Programa de Animación Sociocultural que recogerá las diversas actividades que se vayan a realizar en el Centro, en función de la situación de los usuarios.

Existirá un sistema de valoración del grado de satisfacción percibido tanto por el usuario, como por su familia.

GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS.

Para la concesión de la acreditación se exigirá la adhesión del Centro al Sistema Arbitral de Consumo de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Existirá una póliza de seguros que garantice una cobertura de riesgos superior a la exigida en las condiciones mínimas.

Deberá disponer de catálogos u otros documentos útiles que contribuyan a dar una información lo más clara y concisa posible de los servicios prestados en el centro, detalle de la facturación, etcétera.

ACCESIBILIDAD, SEGURIDAD Y CONFORT

En esta dimensión se valorarán los siguientes criterios:

- Ubicación del Centro, adaptación al entorno y diseño arquitectónico del mismo, así como la calidad de los materiales empleados en su construcción.
- Existencia de espacios exteriores y zonas verdes dotadas del equipamiento adecuado para su uso por los usuarios.
- Existencia de dependencias o espacios no contemplados en los requisitos mínimos, que mejoren la calidad de vida de los usuarios.
- Que las dimensiones espaciales de las dependencias superen los mínimos establecidos.

- Dotación de las dependencias del Centro con equipamientos y mobiliario que aumenten el bienestar de los usuarios, faciliten su movilidad e incrementen su autonomía.
- Que se supere el número mínimo de plazas en habitaciones individuales recogido en la presente Orden.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Se valorarán los siguientes aspectos:

- Existencia de un proyecto global que contemple los fines y objetivos del centro, así como los principios y valores que inspiran la organización y orientan la línea de trabajo y la atención a los usuarios.
- Que el Centro cuente con una plantilla de personal superior en número y cualificación profesional a los mínimos exigidos, mejorando la prestación de los servicios de atención directa a los usuarios, especialmente los servicios de fisioterapia y terapia ocupacional.
- Existencia de un equipo interdisciplinar con una metodología adecuada que garantice la programación de objetivos y racionalización del trabajo.
- Existencia de un programa de formación continuada adaptado a las necesidades del Centro y dotado de un mecanismo de registro y control permanente de las actividades desarrolladas.
- Existencia de un órgano permanente de participación de los usuarios del Centro.
- Existencia de sistemas para evaluar la calidad de los servicios y/o productos suministrados por subcontratistas o proveedores.

TUTELA DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS INCAPACITADAS JUDICIALMENTE

(Ley 5/1995, de 23 de marzo, de Solidaridad en Castilla-La Mancha)

La Comisión de Tutela

Creación como órgano de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para el ejercicio de las competencias que a la misma pudieran corresponderle cuando por sentencia se le asigne la tutela de adultos incapacitados. Reglamentariamente se regulará su composición y régimen de funcionamiento.

El cumplimiento de los deberes tutelares de adultos se ejercerá conforme a lo dispuesto en el Título X del Código Civil. Todas las medidas que se adopten estarán dirigidas tanto a la guarda y protección de la persona y bienes del adulto representado, como a propiciarle la integración y normalización en su propio medio social, o alternativamente, facilitarle los recursos sociales idóneos para su desarrollo personal.

PLAN DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES EN CASTILLA-LA MANCHA 1998-2002

(Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha 1998-2002)

Criterios de Actuación

FINALIDAD FUNDAMENTAL DEL PLAN

Abordar los problemas de las personas mayores de forma integral, considerando todos los aspectos que inciden en su situación para atender las necesidades básicas que se puedan producir en cada fase o momento de la vida.

OTRAS METAS

Desarrollar nuevas formas de intervención social y de coordinación sociosanitaria para dar respuesta a las nuevas necesidades y demandas de las personas mayores.

Fomentar su mayor autonomía y protagonismo social, superando cualquier carácter reduccionista o paternalista que pudiera darse en los diferentes niveles de atención.

CRITERIOS FUNDAMENTALES

1. Enfoque integral para atender las necesidades de las personas mayores, lo que implica una actuación operativa de carácter interdisciplinar.

2. Coordinación efectiva y eficaz entre las Administraciones y entre sus diferentes niveles, especialmente de la sanitaria y la de servicios sociales, que responda a un planteamiento sistémico de carácter intersectorial.

3. Colaboración con la iniciativa social, ya sea a través de ONG, entidades no lucrativas, asociaciones de mayores o voluntariado; así como mediante el desarrollo de medidas de cooperación o concertación con la iniciativa privada que realiza su actividad en este sector.

4. Racionalización en la utilización de los recursos disponibles, buscando el máximo nivel de eficiencia y la adecuación de las actuaciones a las necesidades reales y específicas de las personas mayores; así como garantizar la atención a las necesidades básicas y la calidad en la prestación de los servicios.

5. Favorecer el máximo nivel de integración y normalización, facilitando en la medida de lo posible los procesos de envejecimiento en su entorno social habitual. Promover el asociacionismo, la participación activa y las iniciativas para la realización de actividades organizadas por las personas mayores.

PLAN ESTATAL DE ATENCION A MAYORES 2003-2007

Principios

Los principios en los que se inspira el presente Plan son seis. Cinco de ellos atañen directamente a los destinatarios del Plan, las personas mayores. Y uno, está más próximo a las estrategias del Plan, legitimando su propia razón de ser.

Los principios son:

- Dignidad.
- Independencia.
- Autorrealización.
- Participación.
- Cuidados asistenciales

Los principios de "dignidad", "independencia", "autorrealización", "participación" y "cuidados asistenciales", son los principios de las Naciones Unidas en favor de las personas mayores. El 16 de diciembre de 1991, la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la Resolución 46/91 que incluye los Principios de Naciones Unidas en favor de las Personas Mayores para dar más vida a los años que se han agregado a la vida. Se exhortó a los Gobiernos a que incorporasen estos principios en sus programas nacionales cuando fuera posible. De hecho, el Plan Gerontológico, publicado en 1992, se inspiró en estos principios como dejó claro en su Introducción. Este Plan de Acción continúa, igualmente, inspirándose en los mismos principios.

Y otro que atañe a las estrategias del Plan:

- Cooperación.

Teniendo en cuenta la realidad política del Estado de las Autonomías y del traspaso de competencias a las Comunidades Autónomas, se pretende, a través de ciertos mecanismos y técnicas de relación interterritorial, compatibilizar satisfactoriamente las exigencias de cada una de las Administraciones implicadas, sin menoscabo del ejercicio de sus respectivas competencias.

SISTEMA SANITARIO

SISTEMA SANITARIO DE CASTILLA-LA MANCHA

(Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha)

Principios

La ordenación y las actuaciones del Sistema Sanitario en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha responden a los siguientes principios informadores:

- a) Universalización de los servicios sanitarios de carácter individual o colectivo.
- b) Equidad y superación de las desigualdades territoriales o sociales en la prestación de los servicios sanitarios.
- c) Igualdad efectiva de acceso a los servicios sanitarios, para todos los ciudadanos de la Comunidad Autónoma.
- d) Participación comunitaria en la formulación de la política sanitaria y en el control de su ejecución.
- e) Calidad de los servicios y prestaciones.
- f) Humanización de los servicios y máximo respeto a la dignidad de los ciudadanos.
- g) Concepción integral e integrada del sistema sanitario en Castilla-La Mancha, haciendo especial énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- h) Adecuación de las prestaciones sanitarias a las necesidades de salud de la población.
- i) Descentralización, desconcentración, coordinación y responsabilidad en la gestión.
- j) Eficacia, efectividad, eficiencia y flexibilidad de la organización sanitaria.
- k) Responsabilidad y participación del colectivo de profesionales en la organización y gestión de los recursos que tengan asignados.
- l) Promoción del interés individual, familiar y social por la salud mediante una adecuada educación para la salud en Castilla-La Mancha y una correcta información sobre los recursos y servicios sanitarios existentes.
- m) Evaluación continua de las actuaciones y estructuras que configuran el Sistema Sanitario.

DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS DEL SISTEMA SANITARIO DE CASTILLA-LA MANCHA

(Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha)

Derechos

El Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha garantiza a las personas incluidas en el ámbito de esta Ley la titularidad y disfrute de los siguientes derechos:

- a) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin discriminación alguna por razón de sexo, raza, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- b) A la información sobre los servicios sanitarios a que pueden acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso.
- c) A recibir información suficiente, comprensible y adecuada cuando haya riesgo para la salud pública, incluyendo si fuera preciso la información epidemiológica necesaria en relación con los problemas de salud.
- d) A recibir en términos comprensibles información adecuada, continuada, verbal y escrita sobre su proceso, tanto la persona enferma como, en su caso, sus familiares o personas allegadas, si aquella fuese menor de edad, estuviese inconsciente o incapacitada mentalmente, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
- e) A ser informadas del uso, en su caso, en proyectos docentes o de investigación, de los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se les apliquen, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud, según los conocimientos científicos y técnicos actualizados. En estos casos, será imprescindible la previa autorización por escrito de la persona enferma y la aceptación por parte del profesional sanitario y de la dirección del correspondiente centro sanitario teniendo en cuenta la normativa aplicable en materia de investigación y ética.
- f) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y estancia en centros sanitarios públicos y privados.
- g) A que se les extiendan los informes o certificaciones acreditativas de su estado de salud, cuando se exija mediante una disposición legal o reglamentaria, sin coste adicional alguno por la utilización de medios diagnósticos, de reconocimientos y por la redacción de dichos informes, salvo en aquellas actuaciones que así lo determine la normativa específica.
- h) A que exista constancia por escrito, o en soporte técnico adecuado que permita su lectura, de todo su proceso.

i) A recibir, la persona enferma, o en su caso, la familia o persona allegada, el informe del alta al finalizar la estancia en una institución hospitalaria, o interconsulta en Atención Especializada. Igualmente tendrá derecho a acceder a su historia clínica y a que se le facilite copia de los documentos, informes o datos que en ella obren sin perjuicio de terceros.

j) A la asistencia sanitaria individual y personal por parte del profesional sanitario que se le asigne, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial, salvo necesidad de sustituciones reglamentarias del personal.

k) A la libre elección entre las opciones que le presente la persona con responsabilidad sanitaria de su caso, siendo preciso el previo consentimiento informado y escrito de la persona enferma para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

1. Cuando de la no intervención se derive un riesgo para la salud pública. En estos casos deberán comunicarse a la autoridad judicial, en el plazo de 24 horas, las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias.

2. Cuando la persona enferma no esté capacitada para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares, personas allegadas o representante legal.

3. La opinión del menor será tomada en consideración, en función de su edad y su grado de madurez, de acuerdo con lo establecido en el Código Civil. Cuando exista disparidad de criterios entre quienes actúen como representantes legales del menor y la institución sanitaria, la autorización última se someterá a la autoridad judicial.

4. Salvo lo dispuesto por las leyes en casos especiales, sólo podrá intervenir a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

5. Cuando el caso implique una urgencia que no permita demoras por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento y no sea posible obtener un consentimiento adecuado.

6. Cuando haya manifestado su deseo de no recibir información, en cuyo caso deberá respetarse su voluntad sin perjuicio de obtenerse el consentimiento correspondiente.

En cualquier momento y siempre que sea posible, la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

l) A negarse al tratamiento excepto en los casos señalados en los puntos 1, 2 y 3 del apartado anterior del presente artículo. Para ello deberá solicitar y firmar el alta voluntaria. De no hacerlo así, corresponderá dar el alta a la Dirección del Centro, a propuesta del médico que esté al cargo del caso. No obstante, tendrá derecho a permanecer cuando existan otros tratamientos alternativos y la persona enferma manifieste el deseo de recibirlos.

- m) A participar en las actividades sanitarias a través de los cauces previstos en esta Ley y en cuantas disposiciones la desarrollen.
- n) A la formulación de sugerencias y reclamaciones, así como a recibir respuesta por escrito, en los plazos que reglamentariamente se establezcan, sin perjuicio de las reclamaciones que correspondan con arreglo a la Ley.
- o) A la libre elección del profesional sanitario, servicio y centro, en la forma que reglamentariamente se establezca.
- p) A una segunda opinión médica en los términos que reglamentariamente se determinen, que fortalezca la básica relación médico-paciente y complemente las posibilidades de la atención.
- q) A la atención sanitaria adecuada a las necesidades individuales y colectivas, de conformidad con lo previsto sobre prestaciones en esta Ley.
- r) A una asistencia dirigida a facilitar la recuperación más completa posible de las funciones biológicas, psicológicas y sociales.
- s) A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, de acuerdo con los criterios básicos de uso racional, en los términos que reglamentariamente se establezcan.
- t) Las personas pertenecientes a grupos específicos de riesgo tendrán derecho a actuaciones y programas sanitarios específicos.
- u) Quienes padezcan una enfermedad mental, además de los derechos señalados en los epígrafes precedentes, tendrán específicamente los siguientes:

En los internamientos voluntarios, cuando se pierda la plenitud de facultades durante el internamiento, la dirección del Centro deberá solicitar la correspondiente autorización judicial para la continuación del internamiento.

En los internamientos forzosos, el derecho a que se revise periódicamente la necesidad del internamiento.

Los enfermos mentales menores de edad internamiento en centros o unidades infanto-juveniles.

- v) A disponer en todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de una carta de derechos y deberes por la que ha de regirse la relación con aquellos.

Los derechos contemplados en los apartados a), b), c), d), e), f), h), i), j), k), l), n), r), t), u) y v), serán garantizados también en la asistencia sanitaria privada.

La ciudadanía, al amparo de esta Ley, tendrá derecho al disfrute de un medio ambiente favorable a la salud. Las Administraciones Públicas adoptarán las medidas necesarias para ello de conformidad con la normativa vigente.

Deberes

Las personas incluidas en el ámbito de esta Ley tienen los siguientes deberes respecto a las instituciones y organismos del Sistema Sanitario de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha:

- 1.- Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los servicios sanitarios.
- 2.- Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de los Centros del Sistema Sanitario.
- 3.- Responsabilizarse del uso adecuado de los recursos, servicios y prestaciones ofrecidos por el sistema sanitario.
- 4.- Firmar el documento de alta voluntaria en los casos en que no se acepte el tratamiento. No obstante, el hecho de no aceptar el tratamiento dispuesto no determinará el alta cuando existan otros tratamientos alternativos y la persona enferma desee recibirlos, si bien tal situación deberá quedar debidamente documentada después de la información correspondiente.
- 5.- Mantener el debido respeto a las normas establecidas en cada centro sanitario y al personal que en él preste sus servicios.
- 6.- Cooperar con las Autoridades Sanitarias en la prevención de enfermedades.

OBJETIVOS E INTERVENCIONES SOBRE PROBLEMAS DE SALUD RELEVANTES EN CASTILLA-LA MANCHA

(Plan de Salud de Castilla-La Mancha 2001-2010, Capítulo VI)

6.5. OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN EL DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIA

La demencia y el deterioro cognitivo afectan predominantemente al sector de la población de personas mayores de 65 años, siendo un típico ejemplo de una enfermedad representativa edad-dependiente. Por ello los planes de actuación deben contemplar tanto las características de la enfermedad como las características de la población geriátrica sobre la que de una forma predominante se asientan. Se trata, por tanto, de establecer un plan de atención a los enfermos con demencia o deterioro cognitivo y no a la enfermedad de demencia.

En el proceso de envejecimiento se producen cambios que afectan a las funciones cognitivas en relación con la edad y provocados por un complejo y variado grupo de enfermedades, tanto de carácter específico, neurológico o psiquiátrico como motivadas por el consumo de fármacos o bien por otras enfermedades sistémicas.

Por otro lado está la evolución del estado cognitivo en función del envejecimiento fisiológico que presenta una gran variabilidad. Por ello, cualquier plan de acción dirigido a la demencia debe contar con un planteamiento multidisciplinar, con diferentes profesionales implicados, neurólogos, psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc. Además el nivel de Atención Primaria tiene un papel clave en la atención de este tipo de pacientes desde un abordaje que garantice la continuidad en el proceso asistencial.

La presencia de deterioro cognitivo y/o demencia presenta importantes consecuencias que afectan a diferentes círculos de la vida individual y familiar del enfermo. El deterioro funcional, la necesidad de asistencia sanitaria, la afectación y sobrecarga del grupo familiar y de cuidadores, la repercusión económica, la necesidad de recursos sociales y de apoyo se ven claramente afectados por la presencia de la enfermedad. Además, se plantean problemas éticos y legales de considerable importancia. Todos estos factores influyen de una forma decisiva en la calidad de vida de estos ciudadanos y sus familias.

La necesidad de intervención para la disminución de estos problemas se convierte por tanto en una prioridad inmediata. Se trata de detectar precozmente la enfermedad, disminuir y atenuar los síntomas tributarios del tratamiento, mejorar la convivencia de la familia y cuidadores, aumentar la supervivencia y evitar la institucionalización y conseguir mediante estas acciones mantener una calidad de vida adecuada para estos enfermos.

Líneas de acción:

El sistema de atención debe responder a una serie de líneas y actuaciones básicas. En primer lugar, el diagnóstico precoz del paciente, con un informe adecuado a la familia y al paciente de su enfermedad, evolución y consecuencias con las alternativas terapéuticas disponibles.

Deben identificarse los factores desencadenantes, enfermedades asociadas, toma de fármacos, aspectos sociales, etc. Se debe iniciar un tratamiento precoz incorporando medidas farmacológicas y no farmacológicas. Debe plantearse los problemas sociales asociados y el manejo en el ámbito de la comunidad. Finalmente, deben introducirse en la valoración los problemas legales. Un punto fundamental es el análisis del entorno familiar para poder planificar adecuadamente las actuaciones en este tipo de enfermos.

SISTEMA PARA LA AUTONOMIA Y ATENCION A LA DEPENDENCIA

SISTEMA PARA LA AUTONOMIA Y ATENCION A LA DEPENDENCIA

(Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, diciembre 2006)

El Sistema responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales.

La Administración General del Estado garantiza un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio nacional.

El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados.

La integración en el Sistema de los centros y servicios a que se refiere este artículo no supondrá alteración alguna en el régimen jurídico de su titularidad, administración, gestión y dependencia orgánica.

NIVELES DE PROTECCIÓN DEL SISTEMA

La protección de la situación de dependencia por parte del Sistema se prestará en los términos establecidos en esta Ley y de acuerdo con los siguientes niveles:

1º) El nivel de protección mínimo garantizado y establecido por la Administración General del Estado, según grado y nivel, como condición básica de garantía del derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.

2º) El nivel de protección que se acuerde entre la Administración General del Estado y la Administración de cada una de las Comunidades Autónomas a través de los convenios que desarrollen el Plan de Acción Integral para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, que definirá el marco de la cooperación interadministrativa.

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

PRINCIPIOS

- a) El carácter público del Sistema.
- b) La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, en los términos establecidos en esta Ley.
- c) La atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.
- d) El establecimiento de las medidas adecuadas de prevención, rehabilitación, estímulo social y mental.
- e) La promoción de las condiciones precisas para que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.
- f) La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.
- g) La calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a la dependencia.
- h) La participación de las personas en situación de dependencia y, en su caso, de sus familias y entidades que les representen en los términos previstos en esta Ley.
- i) La colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las Comunidades Autónomas y las aplicables a las Entidades Locales
- j) La participación de la iniciativa privada en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia.
- k) La cooperación interadministrativa.

PARTICIPACIÓN DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN EL SISTEMA

Sin perjuicio de las competencias que la Constitución Española, los Estatutos de Autonomía y la legislación vigente les atribuyen, en el marco del Sistema Nacional de Dependencia corresponde a las Comunidades Autónomas:

- a) Planificar, ordenar, coordinar y dirigir los servicios de atención a las personas en situación de dependencia en el ámbito de su territorio.
- b) Gestionar, en su ámbito territorial, los servicios y recursos necesarios para la valoración y atención de la dependencia.
- c) Establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan.

- d) Crear y actualizar el Registro de Centros y Servicios, facilitando la debida acreditación que garantice el cumplimiento de los requisitos y los estándares de calidad.
- e) Asegurar la elaboración del correspondiente Programa Individual de Atención.
- f) Inspeccionar y, en su caso, sancionar los incumplimientos sobre requisitos y estándares de calidad de los centros y servicios y respecto de los derechos de los beneficiarios.
- g) Evaluar el funcionamiento del Sistema en su territorio respectivo.

2. En todo caso, las Comunidades Autónomas podrán definir, con cargo a sus presupuestos, niveles de protección adicional al fijado por la Administración General del Estado, para los cuales podrán adoptar las normas de acceso y disfrute que consideren más adecuadas.

PARTICIPACIÓN DE LAS ENTIDADES LOCALES

Las Entidades Locales participarán en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, de acuerdo con la normativa de sus respectivas Comunidades Autónomas y dentro de las competencias que la legislación vigente les atribuye.

LA PARTICIPACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS EN EL COSTE DE LAS PRESTACIONES

Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas, según el tipo y coste del servicio y su capacidad económica.

La capacidad económica del beneficiario se tendrá también en cuenta en la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas.

PRESTACIONES DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMIA Y ATENCION A LA DEPENDENCIA

Objetivos de las prestaciones

La atención a las personas en situación de dependencia deberá orientarse a la consecución de 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.

Prestaciones de dependencia

1. Las prestaciones por dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.
2. Los servicios del Catálogo tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública del Sistema mediante centros y servicios públicos o privados concertados.
3. De no ser posible la atención mediante estos servicios, en los Convenios a que se refiere el artículo 10 se incorporará la prestación económica vinculada establecida en el artículo 17. Esta prestación irá destinada a la cobertura de los gastos del servicio previsto en el Programa Individual de Atención al que se refiere el artículo 29, debiendo ser prestado por una entidad o centro acreditado para la atención a la dependencia.
4. El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención.
5. Las personas con gran dependencia podrán recibir una prestación económica de asistencia personalizada.
6. La prioridad en el acceso a los servicios y la cuantía de las prestaciones a que se refieren los apartados anteriores vendrán determinadas por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante (según la renta y el patrimonio del solicitante).

Catálogo de servicios

El Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia:

- a) Servicio de Prevención de las situaciones de dependencia.
- b) Servicio de Teleasistencia.
- c) Servicio de Ayuda a domicilio:
 - (i) Atención de las necesidades del hogar.
 - (ii) Cuidados personales.
- d) Servicio de Centro de Día y de Noche:
 - (i) Centro de Día para mayores.
 - (ii) Centro de Día para menores de 65 años.
 - (iii) Centro de Día de atención especializada.
 - (iv) Centro de Noche.

e) Servicio de Atención Residencial:

- (i) Residencia de personas mayores dependientes.
- (ii) Centro de atención a dependientes con discapacidad psíquica.
- (iii) Centro de atención a dependientes con discapacidad física.

Estos servicios se regulan sin perjuicio de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

La red de servicios del Sistema

1. La red de servicios del Sistema de Dependencia estará formada por los centros y servicios públicos de las Comunidades Autónomas y Entidades Locales, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados.
2. Las Comunidades Autónomas establecerán el régimen jurídico y las condiciones de actuación de los centros privados concertados. En su incorporación a la red se tendrá en cuenta de manera especial los correspondientes al tercer sector.
3. Los centros y servicios privados no concertados que presten servicios para personas en situación de dependencia deberán contar con la debida acreditación de la Comunidad Autónoma correspondiente.
4. Los poderes públicos promoverán la colaboración solidaria de los ciudadanos con las personas en situación de dependencia, a través de la participación de las organizaciones de voluntarios.

PRESTACIONES ECONÓMICAS

La prestación económica vinculada al servicio, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y la prestación económica de asistencia personalizada quedan integradas en el Registro de Prestaciones Sociales Públicas. Con tal fin, las entidades y organismos que gestionen dichas prestaciones vendrán obligados a suministrar los datos que, referentes a las que se hubiesen concedido.

La prestación económica vinculada al servicio

La prestación económica, que tendrá carácter periódico, se reconocerá, en los términos que se establezca reglamentariamente, únicamente cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, en función del grado y nivel de dependencia y de la capacidad económica del beneficiario, de acuerdo con lo previsto en el convenio celebrado entre la Administración General del Estado y la correspondiente Comunidad Autónoma.

Esta prestación económica de carácter personal estará, en todo caso, vinculada a la adquisición de un servicio.

Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales

Excepcionalmente, cuando el beneficiario pueda ser atendido en su domicilio por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares.

Reglamentariamente se establecerán las condiciones de acceso a esta prestación, en función del grado y nivel reconocido a la persona en situación de dependencia y de su capacidad económica.

El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente.

Se promoverán acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los periodos de descanso.

Prestación económica de asistencia personalizada

La prestación económica de asistencia personalizada tiene como finalidad la promoción de la autonomía de las personas con gran dependencia. Su objetivo es contribuir a la contratación de una asistencia personalizada, durante un número de horas, que facilite al beneficiario el acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Reglamentariamente, se establecerán las condiciones específicas de acceso a esta prestación.

AYUDAS ECONÓMICAS PARA FACILITAR LA AUTONOMÍA PERSONAL

La Administración General del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas podrán, de conformidad con sus disponibilidades presupuestarias, establecer acuerdos específicos para la concesión de ayudas económicas con el fin de facilitar la autonomía personal. Estas ayudas tendrán la condición de subvención e irán destinadas:

- a) A apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.
- b) A facilitar la eliminación de barreras arquitectónicas y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda

SERVICIOS DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y DE ATENCIÓN Y CUIDADO

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.

Se elaborará un Plan de Prevención de las Situaciones de Dependencia, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.

Servicio de Teleasistencia

El servicio de Teleasistencia facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento. Puede ser un servicio independiente o complementario al de ayuda a domicilio.

Este servicio se prestará a las personas que no reciban servicios de atención residencial y así lo establezca su Programa Individual de Atención.

Servicio de Ayuda a Domicilio

El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función:

- a) Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.
- b) Servicios relacionados con el cuidado personal, en la realización de las actividades de la vida diaria.

Servicio de Centro de Día y de Noche

El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

La tipología de centros incluirá Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día para mayores, Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen y Centros de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

Servicio de Atención residencial

El servicio de atención residencial ofrece servicios continuados de cuidado personal y sanitario.

Este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.

El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones Públicas en centros propios y concertados.

LA DEPENDENCIA Y SU VALORACIÓN

Grados de dependencia

La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:

- a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.
- b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
- c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

Cada uno de los grados de dependencia se clasificará en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.

Los intervalos para la determinación de los grados y niveles se establecerán en el baremo utilizado en el proceso de valoración.

Valoración de la situación de dependencia

Las Comunidades Autónomas determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir.

El grado y niveles de dependencia, a efectos de su valoración, se determinarán mediante la aplicación del baremo aprobado por el Gobierno mediante Real Decreto. Dicho baremo

tendrá entre sus referentes la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF).

El baremo establecerá los criterios objetivos de valoración del grado de autonomía de la persona, de su capacidad para realizar las distintas actividades de la vida diaria, los intervalos de puntuación para cada uno de los grados y niveles de dependencia, y el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir para la valoración de las aptitudes observadas, en su caso.

La valoración se realizará teniendo en cuenta las ayudas técnicas, órtesis y prótesis prescritas y el entorno en que vive la persona en situación de dependencia.

Protección de los menores de 3 años

Sin perjuicio de los servicios establecidos en los ámbitos educativo y sanitario, el Sistema Nacional de la Dependencia atenderá las necesidades de ayuda a domicilio y, en su caso, prestaciones económicas vinculadas y para cuidados en el entorno familiar a favor de los menores de 3 años que presenten graves discapacidades. El instrumento de valoración previsto incorporará a estos efectos una escala de valoración específica.

Se promoverá la adopción de un plan integral de atención para los menores de tres años con graves discapacidades, en el que se contemplen las medidas a adoptar por las Administraciones Públicas, sin perjuicio de sus competencias, para facilitar atención temprana y rehabilitación de sus capacidades físicas, mentales e intelectuales.

PROCEDIMIENTO PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA

El procedimiento se iniciará a instancia de la persona que pueda estar afectada por algún grado de dependencia o de quien ostente su representación, y su tramitación se ajustará a las previsiones establecidas en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, con las especificidades que resulten de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

El reconocimiento de la situación de dependencia se efectuará mediante resolución expedida por la Administración Autonómica correspondiente a la residencia del solicitante y tendrá validez en todo el territorio del Estado.

La resolución incorporará el Programa Individual de Atención y determinará los servicios o prestaciones que corresponden al solicitante.

En el supuesto de cambio de residencia, la Comunidad Autónoma de destino determinará, en función de su red de servicios y prestaciones, los que correspondan a la persona en situación de dependencia.

PROGRAMA INDIVIDUAL DE ATENCIÓN

En el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales correspondientes de las administraciones de las Comunidades Autónomas establecerán, con la participación, mediante consulta y opinión, del beneficiario y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le representen, un Programa Individual de Atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuados a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

REVISIÓN DEL GRADO O NIVEL DE DEPENDENCIA Y DE LA PRESTACIÓN RECONOCIDA

El grado o nivel de dependencia será revisable por alguna de las siguientes causas:

- a) Mejoría o empeoramiento de la situación de dependencia.
- b) Error de diagnóstico o en la aplicación del correspondiente baremo.

Las prestaciones podrán ser modificadas o extinguidas en función de la situación personal del beneficiario, cuando se produzca una variación de cualquiera de los requisitos establecidos para su reconocimiento, o por incumplimiento de las obligaciones existentes.

PRESTACIONES DE ANÁLOGA NATURALEZA Y FINALIDAD

La percepción de una de las prestaciones económicas previstas en esta Ley deducirá de su cuantía cualquier otra prestación de análoga naturaleza y finalidad establecida en los regímenes públicos de protección social. En particular, se deducirán el complemento de gran invalidez regulado en el artículo 139.4 de la Ley General de la Seguridad Social, texto refundido aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994 de 20 de junio, el complemento de la asignación económica por hijo a cargo mayor de 18 años con un grado de minusvalía igual o superior al 75%, el de necesidad de otra persona de la pensión de invalidez no contributiva, y el subsidio de ayuda a tercera persona de la Ley 13/1982 de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).

CALIDAD EN EL SISTEMA PARA LA AUTONOMIA Y ATENCION A LA DEPENDENCIA

El Sistema fomentará la gestión de calidad de la atención a la dependencia con el fin de asegurar la eficacia de las prestaciones.

La Administración General del Estado y las administraciones de las Comunidades Autónomas promoverán la fijación de criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del Sistema, dentro del marco general de calidad de la Administración General del Estado.

Asimismo se acordarán:

- a) Criterios de calidad y seguridad para los centros y servicios.
- b) Indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del Sistema.
- c) Guías de buenas prácticas.
- d) Cartas de servicios, adaptadas a las condiciones específicas de las personas dependientes, bajo los principios de no discriminación y accesibilidad.

Calidad en la prestación de los servicios

Se establecerán estándares esenciales de calidad para cada uno de los servicios que conforman el Catálogo de Servicios.

Los centros residenciales para personas en situación de dependencia habrán de disponer de un reglamento de régimen interior, que regule su organización y funcionamiento y que incluya un sistema de gestión de calidad.

Se atenderá, de manera específica, a la calidad en el empleo en aquellas entidades que aspiren a gestionar prestaciones o servicios del Sistema Nacional de Dependencia.

Investigación y desarrollo

Los poderes públicos fomentarán la innovación en todos los aspectos relacionados con la calidad de vida y la atención de las personas en situación de dependencia. Para ello, promoverán la investigación en las áreas relacionadas con la dependencia en los planes de I+D+I.

Las Administraciones Públicas facilitarán y apoyarán el desarrollo de normativa técnica, de forma que asegure la no discriminación en procesos, diseños y desarrollos de tecnologías, productos y servicios, en colaboración con las organizaciones de normalización y todos los agentes implicados.

FORMACIÓN Y CUALIFICACIÓN DE PROFESIONALES Y PERSONAS CUIDADORAS

Los poderes públicos determinarán las cualificaciones profesionales idóneas para el ejercicio de las funciones que se correspondan con el Catálogo de servicios.

Los poderes públicos promoverán los planes de formación que sean necesarios para la implantación de los servicios que establece la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

Con el objetivo de garantizar la calidad del Sistema, se fomentará la colaboración entre las distintas Administraciones Públicas competentes en materia educativa, sanitaria, laboral y de asuntos sociales, así como de éstas con las universidades, sociedades científicas y organizaciones profesionales y sindicales.

SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE DEPENDENCIA

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del organismo competente, establecerá un sistema de información del Sistema que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíproca entre las Administraciones Públicas.

El sistema contendrá información sobre el Catálogo de servicios e incorporará, como datos esenciales, los relativos a población protegida, recursos humanos, infraestructuras de la red, resultados obtenidos y calidad en la prestación de los servicios.

El sistema de información contemplará específicamente la realización de estadísticas para fines estatales en materia de dependencia, así como las de interés general supracomunitario y las que se deriven de compromisos con organizaciones supranacionales e internacionales.

Red de comunicaciones

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través de la utilización preferente de las infraestructuras comunes de comunicaciones y servicios telemáticos de las Administraciones Públicas, pondrá a disposición del Sistema una red de comunicaciones que facilite y dé garantías de protección al intercambio de información entre sus integrantes.

A través de dicha red de comunicaciones se intercambiará información sobre las infraestructuras del sistema, la situación, grado y nivel de dependencia de los beneficiarios de las prestaciones, así como cualquier otra derivada de las necesidades de información en el Sistema.

APLICACIÓN PROGRESIVA DE LA LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

La efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia se ejercitará progresivamente, de modo gradual y se realizará de acuerdo con el siguiente calendario a **partir del 1 de enero de 2007:**

El primer año a quienes sean valorados en el Grado III de Gran Dependencia, niveles 2 y 1.

En el segundo y tercer año a quienes sean valorados en Grado II de Dependencia Severa, nivel 2.

En el tercero y cuarto año a quienes sean valorados en Grado II de Dependencia Severa, nivel 1.

El quinto y sexto año a quienes sean valorados en el en Grado I de Dependencia Moderada, nivel 2.

El séptimo y octavo año a quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 1.

El reconocimiento del derecho contenido en las resoluciones de las administraciones públicas competentes generará el derecho de acceso a los servicios y prestaciones correspondientes a partir del inicio de su año de implantación de acuerdo con el calendario o desde el momento de su solicitud de reconocimiento por el interesado, si ésta es posterior a esa fecha.

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

(Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, diciembre 2006)

Derechos

1. Las personas en situación de dependencia tendrán derecho a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley, en los términos establecidos en la misma.

2. Asimismo, las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial de los siguientes:

a) A disfrutar de los derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad e intimidad.

b) A recibir, en términos comprensibles y accesibles, información completa y continuada relacionada con su situación de dependencia.

c) A ser advertido de si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, siendo necesaria la previa autorización de la persona en situación de dependencia o quien la represente.

d) A que sea respetada la confidencialidad en la recogida y el tratamiento de sus datos.

e) A participar en la formulación y aplicación de las políticas que afecten a su bienestar, ya sea a título individual o mediante asociación.

f) A decidir, cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre la tutela de su persona y bienes, para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.

g) A decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial.

h) Al ejercicio pleno de sus derechos jurisdiccionales en el caso de internamientos involuntarios, garantizándose un proceso contradictorio.

i) Al ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales.

j) A iniciar las acciones administrativas y jurisdiccionales en defensa del derecho que reconoce la presente Ley en el apartado 1 de este artículo.

3. Los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para fomentar el respeto de los derechos enumerados en el párrafo anterior, sin más limitaciones en su ejercicio que las directamente derivadas de la falta de capacidad de obrar que determina su situación de dependencia.

Obligaciones

Las personas en situación de dependencia y, en su caso, familiares o quienes les representen, así como los centros de asistencia, estarán obligados a suministrar toda la información y datos que les sean requeridos por las Administraciones competentes, para la valoración de su grado y nivel de dependencia; a comunicar todo tipo de ayudas personalizadas que reciban, y a aplicar las prestaciones económicas a las finalidades para las que fueron otorgadas; o a cualquier otra obligación prevista en la legislación vigente.

RECURSOS DE ATENCION COMUNITARIA A MAYORES EN SITUACION DE DEPENDENCIA CENTROS Y SERVICIOS

RECURSOS DE ATENCION A LA DEPENDENCIA

(Libro Blanco de Atención a la Dependencia: Cap.V: Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia)

Premisa general

Necesidad de superar los antiguos planteamientos dicotómicos (sanitario-social/residencial-comunitario) para ofrecer un modelo de atención que integre los servicios en el entorno comunitario más cercano, de tal forma que pueda responder con agilidad a las necesidades de las personas mayores y de sus familias. En consecuencia, la atención institucional no debe quedar fuera del ámbito comunitario, como un mundo aparte.

Conceptualización de los servicios

Bajo la misma denominación, nos encontramos con una oferta muy diferente. Este no es un problema exclusivamente español. Cuando la UE publicó el informe «La protección social de las personas mayores dependientes en 15 países de la UE y Noruega » (Pacolet, 1999) reseñaba, como ejemplo de diversidad, que habían identificado ocho sistemas de servicios residenciales y 22 modalidades de servicios de proximidad.

Desde 1999, el Observatorio de Personas Mayores viene recopilando datos sobre servicios sociales con el objetivo de elaborar, de forma sistemática, un conjunto de indicadores sobre la red de servicios dirigidos a personas mayores en España.

CENTROS DE DIA: SERVICIO INTERMEDIO

Tienen esa denominación por tratarse de un nivel que se sitúa, dentro de la cadena asistencial, entre el domicilio y la residencia o alojamientos para estancias prolongadas. Algunos también se conocen como programas de respiro familiar.

Se trata de diversos recursos o servicios formales de atención cuyo objetivo fundamental es influir positivamente sobre algunas de las dimensiones que originan el estrés del cuidador/a con el fin de modular o eliminar los efectos negativos del cuidado. Pero el hecho de que éste sea su fin esencial no debe hacer olvidar la necesidad de intervenir también adecuadamente con la persona mayor que utiliza el servicio.

También los servicios sociales clásicos (Servicio de ayuda a domicilio, Teleasistencia, Residencias), si se orientan hacia la complementariedad con el apoyo informal y no hacia su sustitución, cumplen perfectamente esta función de respiro y apoyo a las personas que cuidan a personas mayores con problemas de dependencia.

Este servicio intermedio consiste en ofrecer la oportunidad de que las personas mayores en situación de fragilidad o de dependencia que viven en su casa puedan acudir durante el día a centros sociales, alojamientos o Residencias y beneficiarse de los servicios que ofrezca el centro (cafetería, peluquería, gimnasio, baño, actividades ocupacionales, socioculturales, etc.) Tienen, como todo servicio de este tipo, un doble objetivo: atender a la persona mayor y ofrecer descanso a la familia cuidadora.

Es importante diferenciar este tipo de recurso (las estancias de día) del Centro de Día. Porque el Centro de Día se concibe, como se verá más adelante, como servicio terapéutico especializado, mientras que las estancias de día no hacen este tipo de intervenciones.

Por tanto, el servicio de estancias de día no exige contar con un equipo de profesionales específico, sino que se aprovechan los del centro que acoge a este tipo de personas. Existen dos tipos de destinatarios para este servicio:

a) **Personas sin deterioro cognitivo**, aunque tengan disminuida su capacidad funcional, por problemas de movilidad reducida, fundamentalmente.

b) **Personas con deterioro cognitivo y disminución de su capacidad funcional**, que restrinja sus posibilidades de participación y de desarrollar interacciones sociales.

El equipo técnico multiprofesional responsable de los programas de intervención de cada centro atenderá las necesidades de atención de las personas usuarios del servicio de estancias de día y elaborará los planes de intervención individualizados de cada caso.

La periodicidad de este servicio, en cuanto a días y horarios de atención, debe establecerse con flexibilidad y atendiendo a las necesidades específicas de cada caso, según las valoraciones previas efectuadas, sobre todo, en cuanto atañe a las necesidades de los/as cuidadores/as. En cuanto a su duración, pueden establecerse períodos determinados, según intereses de la persona mayor y de su familia, o ser indefinidos.

El objetivo fundamental de los programas de estancias de día se dirige al apoyo de las familias cuidadora de personas mayores, ofreciéndoles tiempo libre para hacer posible la conciliación entre la vida familiar y profesional. Pero no menos importante es conseguir que las personas en situación de fragilidad o leve dependencia, además de beneficiarse de programas rehabilitadores, puedan mantener una red de relaciones personales que le ayuden a mantener su autonomía personal y en definitiva a envejecer más satisfactoriamente. A raíz de la difusión del programa de estancias diurnas que se recomendaba en el Plan Gerontológico, en muchas Residencias se puso en marcha este servicio con características muy desiguales. En algunas se continúan ofreciendo como tal (estancias diurnas), mientras que en otras se ha evolucionado hacia un recurso más especializado: los Centros de Día.

Actualmente no podemos ofrecer datos de cobertura del servicio de estancias de día, tal y como se ha conceptualizado aquí, que sólo está funcionando en Álava, Asturias y en algunos centros de Madrid. En cuanto a los centros sociales de personas mayores, en muchos de ellos se presta este servicio de una manera informal, quizá no suficientemente conceptualizado y estructurado, pero cumpliendo un importante papel de apoyo a las personas frágiles y a sus cuidadores.

Estas iniciativas multiplicarían su eficacia si desarrollasen algunos servicios complementarios, como por ejemplo:

- La implantación de un servicio de transporte en la zona de influencia del centro correspondiente que recogiese a personas mayores frágiles, que pudiéndose beneficiar de los programas del centro, tienen serias dificultades para desplazarse.
- El refuerzo de la colaboración de organizaciones de voluntariado, colaborando en múltiples tareas de apoyo a estas personas frágiles o en situación de dependencia.

La organización de actividades rehabilitadoras dirigidas a estas personas, que favorezcan su recuperación o el mantenimiento de su grado de independencia funcional.

LOS CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

«*Centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral y especializada a la persona mayor en situación de dependencia*» (Rodríguez, P., 2004).

a) *Centro gerontológico terapéutico*. Se trata de un recurso dirigido a la atención especializada de las personas mayores. Por tanto, la intervención debe estar a cargo de profesionales con formación acorde a las terapias que se apliquen, que conforman un equipo multidisciplinar, que actúa de manera interdisciplinar.

b) *De apoyo a la familia*. Los Centros de Día, como ya se ha dicho, cumplen una función esencial de apoyo a las familias, pues, mientras la persona mayor se encuentra en este recurso, la familia puede descansar de su atención y cuidados. Pero para reforzar este apoyo a las familias desde el Centro de Día debe ofrecerse un conjunto de programas dirigidos directamente a ellas, como los que se han mencionado anteriormente.

c) *Atención ambulatoria*. Es decir, las personas que son atendidas en este recurso viven en su casa y van cada día que esté indicado al centro, para después regresar a su domicilio. En eso consiste su especificidad y por eso se conoce como «recurso intermedio».

d) *La atención que se presta a las personas en situación de dependencia es integral*. El equipo de profesionales elabora y dirige un plan integral individualizado para cada persona mayor, deducido de la valoración realizada.

Funciones parecidas, especialmente de apoyo familiar, cumplen los *Centros de Noche*, prácticamente inexistentes en nuestro país. Constituye este un recurso que resulta indicado para dos tipos de función:

- Para personas con demencia o enfermedades mentales que en el curso de su enfermedad padecen procesos de agitación y otros trastornos de conducta durante la noche. El centro de atención nocturna, además de regular la intervención farmacológica y terapéutica con las personas enfermas, facilita el descanso de sus cuidadores (Sancho, T.).
- Personas que viven solas en núcleos aislados o que sus domicilios no reúnen condiciones idóneas para pernoctar. El centro nocturno les ofrece más seguridad y confortabilidad que permanecer en su casa.

Objetivos

El objetivo general del Centro de Día es mejorar la calidad de vida tanto de la familia cuidadora como de la persona mayor, a través de una intervención dirigida, por una parte a proporcionar una atención integral a la persona mayor dependiente y, por otra, a ofrecer el necesario apoyo a la familia para posibilitar una permanencia adecuada de la persona mayor en su entorno habitual.

Los objetivos específicos sobre los que debe girar la intervención a realizar en un Centro de Día pueden ser agrupados en torno a los dos protagonistas básicos de la intervención: la persona mayor dependiente y la familia cuidadora.

Objetivos dirigidos a la persona mayor en situación de dependencia:

- Recuperar y/o mantener el mayor grado de independencia funcional y de autonomía personal.
- Mejorar o mantener el estado de salud y prevenir la aparición de enfermedades o agravamientos de las mismas, mediante el desarrollo de programas sanitarios.
- Frenar o prevenir el incremento de la dependencia a través de la potenciación y rehabilitación de sus capacidades cognitivas, funcionales y sociales.
- Desarrollar la autoestima y favorecer un estado psicoafectivo adecuado.
- Incrementar el número y la calidad de las interacciones sociales, mediante el ofrecimiento de un entorno que favorezca las relaciones y facilite la participación en actividades sociales gratificantes.
- Evitar o retrasar institucionalizaciones no deseadas o desaconsejables.

Objetivos dirigidos a la familia cuidadora:

- Proporcionar tiempo libre y descanso.
- Ofrecer orientación y asesoramiento.

- Dotar de conocimientos, habilidades y estrategias de afrontamiento que contribuyan a una mejora de la calidad de los cuidados que dispensa a la persona mayor.
- Desarrollar habilidades que permitan reducir el estrés así como mejorar el estado psicofísico de los cuidadores.
- Prevenir los conflictos familiares relacionados con el rol de cuidadores.
- Reducir el riesgo de claudicación en los cuidados.
- Favorecer la colaboración de la familia con el Centro.

Usuarios/as

Los Centros de Día, tal como han sido definidos, están dirigidos a personas mayores en situaciones de dependencia –física y/o psíquica– que cuenten con un apoyo social suficiente para permitir su permanencia en el medio habitual, sin que sea excluyente el hecho de vivir solo/a.

Los Centros de Día para personas mayores dependientes deben ser capaces de acoger a usuarios de diferente tipo de dependencia y grado de severidad del deterioro. Han de evitarse, por tanto, prácticas que se realizan a veces de una selección negativa hacia quienes tienen niveles importantes de dependencia, pues estas personas, aunque no puedan aprovechar algunos de los programas terapéuticos del Centro de Día, pueden beneficiarse de otros.

Por otra parte, hay que pensar en la importante vertiente de apoyo familiar que tiene el Centro de Día, y las personas con grados importantes de dependencia pueden ser las que más carga de trabajo y fuente de estrés signifique para las personas cuidadoras.

Modalidades asistenciales

Existen varias modalidades posibles de asistencia, las cuales deben establecerse en cada lugar teniendo en cuenta tanto los motivos fundamentales como los objetivos prioritarios que persiga el uso del recurso –el del apoyo familiar o la intervención terapéutica al usuario–, así como las propias posibilidades organizativas del Centro.

Los usuario/as acceden al Centro, según valoración del caso y consenso con el usuario/a y familia, bien durante un periodo de tiempo establecido previamente al ingreso o bien sin determinación del mismo. Las modalidades asistenciales habituales son las dos siguientes:

a) *Asistencia continua*. Los usuario/as acuden al centro diariamente y durante la totalidad del horario de atención. Esta modalidad asistencial se reserva a los usuario/as cuyo motivo de ingreso es prioritariamente el del apoyo a los cuidadore/as, cuando la valoración social haya detectado una situación de sobrecarga familiar muy importante.

b) *Asistencia parcial*. En esta modalidad asistencial los usuario/as acudirán al Centro existiendo flexibilidad tanto en la frecuencia de la asistencia como en el horario. Dicha

asistencia se establecerá en el Centro, consensuándose con el usuario/a y las familias, en función de la valoración efectuada por el Equipo Interdisciplinar encargado de la misma – valorando tanto la situación familiar como las necesidades terapéuticas del usuario/a y las posibilidades organizativas de cada Centro.

Es importante que en la indicación de este recurso se tengan en cuenta cuestiones relacionadas con la eficacia y la eficiencia de los diferentes recursos de la red de servicios sociales.

Debe, a este respecto, verificarse si, cuando el apoyo a los cuidadores/as informales es el elemento fundamental en la valoración, es el Centro de Día el recurso adecuado. Porque, como se ha indicado, este servicio, en sentido estricto, es altamente especializado y debiera reservarse para quienes, además de ofrecer apoyos a la familia, van a beneficiarse de los programas terapéuticos que se prestan en él.

Existen, por otra parte, como se ha visto, otros programas de «respiro» o apoyo familiar, que pueden ser más indicados que el Centro de Día si la necesidad fundamental valorada es la de sobrecarga de los cuidadores/as.

En cuanto a la asistencia temporal y en horario restringido, es una posibilidad que se aprovecha para realizar, por ejemplo, programas específicos para:

- Personas con deterioros cognitivos leves.
- Programas de entrenamiento de la memoria.
- Sesiones rehabilitadoras.
- Entrenamiento y recuperación funcional para las AVDs.
- Servicios de baño, podología, etc.

Los Centros deben contar con un Plan General de Intervención (PGI) en el que deben enmarcarse tanto los diferentes servicios como los programas específicos de intervención. El PGI, en este tipo de recurso, debe contemplar tres áreas básicas: la persona mayor dependiente, la familia cuidadora y el propio centro.

Antes de cerrar este apartado de modalidades asistenciales, es importante señalar que, siempre que sea posible, se diseñarán *Centros de Día específicos para personas con demencias*. Sobre todo en los contextos urbanos, donde haya varios centros de día, es muy conveniente hacer esta separación.

Servicios del Centro

Desde el enfoque de atención integral que se ha insistido deben mantener los Centros de Día para personas mayores dependientes, los servicios que se ofrecen en él han de ir dirigidos a cubrir sus necesidades personales básicas, terapéuticas y sociales.

Se consideran *servicios básicos* los siguientes:

- Transporte accesible.
- Manutención.
- Asistencia en las actividades básicas de la vida diaria (AVD).

Se consideran *servicios terapéuticos* los siguientes:

- Atención social.
- Atención psicológica.
- Terapia ocupacional.
- Cuidados de salud.

Además, algunos Centros, en función de sus características de ubicación y organizativas, disponen de otros *servicios complementarios*:

- Peluquería.
- Podología.
- Cafetería.
- Servicio de atención de fin de semana o de ampliación de horarios.
- Otros.

Programas de intervención

En los Centros de Día se desarrollan programas de intervención –fundamentalmente de carácter psicosocial– mediante los que se garantiza una atención especializada que dé respuesta a las necesidades de los usuarios/as –mayores y familias cuidadoras- sin descuidar otros aspectos de gran relevancia en la intervención, como es sus características ambientales, tanto en su dimensión física como social.

En estos Centros se suelen desarrollar los siguientes programas de intervención:

- **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA**

- Terapias funcionales (gerontogimnasia, rehabilitación funcional, entrenamiento de las AVDs, psicomotricidad).

- Terapias cognitivas (orientación a la realidad, psicoestimulación cognitiva, rehabilitación cognitiva específica).

- Terapias psicoafectivas (grupos terapéuticos, terapias de reminiscencia).

- Terapias socializadoras (ergoterapia, musicoterapia, ludoterapia, grupos de habilidades sociales y de comunicación, grupos de conversación o tertulias).

- **PROGRAMAS SANITARIOS**

- Alimentación y nutrición.

- Aseo e higiene.

- Control de esfínteres.

- Prevención de caídas.

- Atención básica de enfermería.

- PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS (Información, formación, asesoramiento, grupos psicoeducativos, grupos de autoayuda...).
- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN AMBIENTAL.
- PROGRAMA DE COLABORADORES.
- PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUA DE CUIDADORES PROFESIONALES.

Recursos del Centro de Día

El Equipo Multidisciplinar de un Centro del tipo que se ha descrito suele estar compuesto de los siguientes profesionales: Auxiliares de enfermería o gerocultores, Enfermero/a, Médico/a, Psicólogo/a, Fisioterapeuta (si se incluye la rehabilitación física entre los programas de intervención), Terapeuta Ocupacional y Trabajador/a social.

La exigencia de contar con este conjunto tan amplio de profesionales se deriva de la especialización que hemos incorporado en la conceptualización de este recurso, así como del requisito de calidad en las intervenciones.

Pero en muchas ocasiones estos profesionales no están adscritos únicamente al Centro de Día, sino que valoran casos, orientan, forman, planifican, realizan el seguimiento, evalúan los programas y participan en las reuniones del Equipo, desde cualquier otro recurso asistencial del que dependan (Centro de Salud, Centro de Servicios Sociales, Residencia de personas mayores...).

De manera especial afecta esto a los profesionales sanitarios –médico/a, enfermero/a y, si procede, fisioterapeuta–, que pueden estar adscritos a un Centro de Salud de primaria o a otro recurso especializado. Por lo que se refiere al resto del equipo (psicólogo/a, terapeuta ocupacional, trabajador/a social), pueden atender al Centro de Día durante una parte de su jornada y a otro recurso asistencial (Residencia, por ej.) el resto del tiempo.

Con independencia de las funciones asignadas a cada miembro del Equipo, desde el Centro de Día, lo mismo que desde las Residencias, se posibilitará, a través del desarrollo del programa de colaboradores sociales, contar con recursos humanos complementarios para apoyar labores relacionadas con el apoyo psicosocial. Entre estos colaboradores pueden existir: familiares, voluntariado y alumno/as en prácticas.

En cuanto a los recursos materiales, la dotación se realiza en cada Centro en función de la adecuación necesaria y los recursos ya disponibles.

No obstante hay que tener en cuenta tres tipos de dotación material: la adecuación o adaptación arquitectónica y física del Centro, el equipamiento y el material terapéutico.

CONSIDERACIONES DE CARÁCTER GENERAL

(Libro Blanco de Atención a la Dependencia: Cap.V: Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia)

1. La implantación de un sistema de atención a la dependencia sólido y sostenible exige que los programas y recursos disponibles, tanto en el marco de este nuevo sistema como en los ámbitos de los servicios sociales y de los sanitarios generales, contemplen la prevención como aspecto irrenunciable en cualquiera de ellos. Evitar la aparición de situaciones de dependencia y mantener el máximo grado de autonomía cuando éstas han aparecido, debe constituir uno de los principios consustanciales de nuestro modelo de protección a la dependencia.
2. Los programas y servicios para personas en situación de dependencia deben estar diseñados con un enfoque rehabilitador. Esto quiere decir que todos los recursos y programas de atención a la dependencia deben asumir como principio el criterio de reversibilidad y recuperación en cualquiera de las vertientes y posibilidades de las personas objeto de atención, aun en el caso de que éstas sean residuales.
3. El diseño del Sistema Nacional de la Dependencia debe realizarse teniendo en cuenta las preferencias de sus potenciales beneficiarios y de sus cuidadores/as de permanecer en su domicilio y en su entorno habitual siempre que sea posible. Por tanto, los servicios de proximidad y la atención domiciliaria deben ser focalizados y priorizados por el Sistema, mucho más teniendo en cuenta que es preciso corregir el desequilibrio que actualmente existe con un peso excesivo de las Residencias en el conjunto de servicios.
4. La participación de las personas con dependencias y sus cuidadores/as familiares debe quedar garantizada y ser considerada un derecho irrenunciable, tanto para determinar el plan de cuidados a desarrollar, como para la elección del tipo de recursos que van a utilizar. Del mismo modo, deben participar en los programas de intervención que les afectan, porque, además, ello fomenta la autonomía de las personas y la prevención de la dependencia.
5. El modelo de atención a la dependencia debe integrar todo su catálogo de programas y servicios en el entorno comunitario más cercano, de tal forma que el sistema pueda responder con agilidad a las necesidades de las personas mayores y de sus familias. En consecuencia, la atención institucional no debe quedar fuera del ámbito comunitario. Es indispensable que los postulados de integralidad y flexibilidad, consustanciales a los principios gerontológicos, sean asumidos en toda la oferta de recursos del Sistema.
6. Se ha de elaborar un catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia en el que los diferentes programas y servicios que lo compongan sean clara e inequívocamente conceptualizados.

7. El Sistema Nacional de Atención a la Dependencia debe establecer un mecanismo unificado de acceso a los servicios, en el que se garantice para todo el Estado, vivan donde vivan las personas, el principio constitucional de igualdad. En los criterios homogéneos de valoración deben primarse las situaciones de dependencia por encima de cualquier otra.

8. La sectorización geográfica y la elaboración de mapas de atención sociosanitaria, donde no los hubiere, es un criterio esencial para la provisión integral de servicios. Es necesario superar y corregir las históricas diferencias en el establecimiento y delimitación de áreas sociales y sanitarias de actuación que impiden la intervención coordinada y el desarrollo de canales estables y fluidos de comunicación y coordinación entre los dos sistemas.

9. En el ámbito de la coordinación es urgente el establecimiento de un modelo estable que garantice la continuidad en los cuidados, tanto dentro del propio sistema de servicios sociales (SAD, Centros de Día, Residencias) como con el sistema sanitario. La elaboración de protocolos consensuados de evaluación y derivación es indispensable en este proceso.

10. El mantenimiento del apoyo informal pasa por garantizar servicios de soporte que minimicen el riesgo de claudicación de los allegados que se ocupan del cuidado de una persona en situación de dependencia. Por ello, el desarrollo e implantación del Sistema Nacional de la Dependencia debe contemplar en todo momento su carácter de complementariedad con el sistema de apoyo informal. Ello implica la necesidad de elaborar planes de cuidados con la participación de la familia cuidadora, buscando que las intervenciones y servicios complementen y no eliminen o sustituyan el inestimable papel que desempeñan los cuidadores/as familiares.

11. La puesta en marcha de un modelo de atención a la dependencia eficaz y de calidad requiere un esfuerzo especial de profesionalización del sector que implica el desarrollo de un plan de formación exhaustivo a todos los niveles profesionales. Especial atención deben merecer aquellas actividades profesionales que requieren menor cualificación y que generalmente son las que establecen el contacto cotidiano con las personas mayores.

12. Las ofertas de formación tendrán en cuenta de manera especial las necesidades que de ella tienen los/as cuidadores/as informales, a los que debe ofrecerse una variedad de ofertas formativas y de programas de intervención específicos para familias (grupos psicoeducativos, grupos de autoayuda, asesoramiento....) mientras ejercen el cuidado.

13. Las personas que han tenido la experiencia de cuidar a personas en situación de dependencia de su familia han adquirido una gran experiencia, que debe ser aprovechada por el nuevo Sistema. Debe reconocerse esta experiencia, completarse la formación de estas personas (mujeres, en su inmensa mayoría) y fomentar y apoyar iniciativas de creación de pequeñas empresas de servicios, cooperativas, etc., para que puedan incorporarse a la actividad económica y laboral.

14. Debe ser focalizado de manera especial como destinatario de la formación el nutrido grupo de población inmigrante que se dedica en España a cuidar personas dependientes.

15. La diversidad en las características de los recursos y las diferencias interautonómicas en cualquier aspecto hacen indispensable que se establezcan estándares de calidad para cada uno de ellos que den lugar a un modelo consensuado de acreditación de centros y

servicios, que serán los que puedan operar dentro del Sistema Nacional de Atención a la Dependencia.

16. Deben explicitarse claramente en la norma que regule en nuevo Sistema los derechos y deberes de las personas destinatarias del mismo.

17. Los perfiles de todas las personas implicadas en los cuidados de larga duración (tanto las personas en situación de dependencia, como sus cuidadores/as, ya sean éstos familiares y profesionales) obligan a que el diseño del Sistema tenga en cuenta el enfoque de género en cualquiera de sus vertientes.

18. Asimismo la ubicación geográfica de un buen número de personas con dependencias en entornos rurales impone la necesidad de abordar el desarrollo de un modelo de atención que contemple las especificidades del medio rural.

19. Es indispensable la puesta en marcha de un Plan de información a toda la ciudadanía que haga realmente accesible el conocimiento de las prestaciones, así como de sus derechos y obligaciones en esta materia, atendiendo de manera especial a las personas de menores recursos de todo tipo (que son también quienes menos información reciben) y sin olvidar las especiales características de fragilidad de sus destinatarios a la hora de diseñar las informaciones a transmitir.

20. Se debe promover el desarrollo de experiencias innovadoras para la atención a la dependencia que aborden nuevas iniciativas tanto en el diseño y características de los servicios como en los sistemas de gestión. La creación de redes de intercambio de experiencias con carácter interautonómico facilitará la generalización de buenas prácticas.

21. Coordinación, complementariedad, profesionalidad, interdisciplinariedad, flexibilidad e innovación, son conceptos claves en la práctica cotidiana de los servicios de proximidad. Aunque su puesta en práctica es sumamente compleja, constituye un de los retos más importantes de un correcto afrontamiento de las situaciones de dependencia.

22. Se ha de elaborar un sistema de información unificado para todo el Estado que garantice la disponibilidad de datos fiables y comparables y la transparencia en el Sistema de Atención a la Dependencia.

23. La investigación y la aplicación de sus resultados a la práctica de la planificación y la intervención en el ámbito de la atención a la dependencia debe ser potenciada de manera significativa para evitar las limitaciones que, desde todos los puntos de vista, tiene hoy el sistema de servicios sociales.

24. Es necesario contar con más conocimiento sobre el fenómeno del envejecimiento de las personas con discapacidad, tanto en materia de investigación sobre sus propias necesidades como la de sus familias.

Del mismo modo, es necesario desarrollar una diversidad de programas y recursos dirigidos que tengan su fundamento en la evidencia científica.

CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON LOS SERVICIOS INTERMEDIOS

(Libro Blanco de Atención a la Dependencia: Cap.V: Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia)

1. El Centro de Día debe tener carácter terapéutico, además de su papel de apoyo familiar. Dada la diversidad de perfiles de sus usuarios, la intensidad de su función terapéutica puede variar sensiblemente. Sin embargo, en todos los casos debe cumplir una función rehabilitadora, buscando siempre conseguir el máximo grado de autonomía de la persona.
2. Es necesario generalizar en los centros sociales y Residencias para mayores el servicio de estancias de día, con un objetivo fundamental de apoyo familiar y de mantenimiento del grado de autonomía de las personas.
3. Se debe incrementar el número de Centros de Día especializados, de carácter terapéutico y también de apoyo familiar, de tal forma que la combinación de servicios domiciliarios e intermedios garantice un modelo de atención que favorezca la permanencia en el entorno habitual.
4. Hay que desarrollar la atención diurna psicogeriatrica, bien con carácter monográfico en Centros de Día especializados para personas con demencia o a través de la creación de unidades psicogeriatricas en los Centros de Día.
5. El transporte accesible es uno de los servicios fundamentales del Centro. Su inexistencia, y la eficacia de su funcionamiento, son determinantes en el establecimiento del perfil de usuario y de la programación del Centro.
6. La flexibilidad debe presidir el funcionamiento de este servicio. Pero también los criterios rigurosos en la selección de usuarios en base a su grado de dependencia, a sus posibilidades terapéuticas y al apoyo familiar que proporciona.
7. Los servicios diurnos deben prestarse todos los días de la semana, incluidos festivos. La apertura continuada favorecerá la diversificación de servicios como respuesta a diferentes necesidades.
8. Se debe incluir en la planificación el desarrollo de Centros de Noche, bien en las mismas Residencias o en sistemas alternativos de alojamiento que se pueden ubicar en centros polivalentes de servicios.
9. Debe mejorar el grado de profesionalización de los centros, abandonando el concepto «guardería de mayores», tan extendido en la opinión pública.
10. El servicio de estancias temporales en Residencias debe incrementarse de tal forma que pueda cumplir su papel complementario a toda la gama de servicios citados, eliminándose su frecuente desvirtuación (utilizar este programa como anticipo del ingreso definitivo en Centros).

11. La estancia temporal en una Residencia debe conllevar en todos los casos un programa de intervención que contemple la adaptación de las personas mayores y de sus familias tanto en la entrada como en la salida de este recurso. El mantenimiento de habilidades potencialmente adquiridas en la estancia temporal deberán ser pautadas y explicadas suficientemente a los cuidadores/as informales.

Especial atención deben merecer las personas con deterioro cognitivo, intentando paliar al máximo las consecuencias negativas que pueden tener para ellas el cambio brusco de entorno.

CONCLUSIONES RELATIVAS A LOS SERVICIOS INTERMEDIOS

(Libro Blanco de Atención a la Dependencia: Cap.V: Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia)

1. Contamos con muy escasa información sobre la disposición por las CCAA de servicios intermedios, mediante programas de estancias temporales en alojamientos y Residencias, pero conocemos que la extensión de este importante soporte para las familias cuidadoras es escaso y adolece de deficiencias, tanto en cuanto a su conceptualización se refiere como en lo que atañe a su utilización, pues en ocasiones se ofrece este servicio como paso previo a la estancia definitiva.

2. Apenas se realizan valoraciones ni intervenciones individualizadas de los casos a los usuarios/as de estancias temporales, ni tampoco suelen realizarse planes al alta con recomendaciones para seguir en casa, tanto por las propias personas mayores como por sus familias cuidadoras.

3. El Centro de Día es uno de los recursos más recientemente implantados en España, habiéndose desarrollado en la última década de manera bastante generalizada, si bien no alcanza las dimensiones que debería tener para responder a la demanda existente de este servicio.

6. También existe una diversidad importante en cuanto a los precios, lo que, de nuevo, sugiere que las prestaciones y programas que se ofrecen en los Centros de Día son diferentes en cada territorio. Pueden estarse mezclando y confundiendo terminológicamente lo que en este capítulo se ha conceptualizado como «estancias de día» con los «Centros de Día».

7. Existen muy pocas experiencias del programa de «estancias de día» y de «estancias de noche» en la información recogida de las CCAA.

NECESIDADES DE LAS FAMILIAS CUIDADORAS Y OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

(Libro Blanco de Atención a la Dependencia (Cap.V: Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia)

La inmensa mayoría de los cuidados que precisan las personas en situación de dependencia que los necesitan son prestados por su familia y, dentro de ella, fundamentalmente por las mujeres.

"Cuidad a quienes cuidan"

- Hacer un justo reconocimiento de esta labor.
- Incorporar a la familia en el plan de cuidados
- Desarrollar programas específicos dirigidos directamente a la familia.

ÁREAS Y ACCIONES PARA INTERVENIR CON FAMILIAS

ÁREAS	ACCIONES
<i>Cognitiva</i>	<ul style="list-style-type: none">— Modificar ideas, creencias y atribuciones sobre el cuidado o la enfermedad.— Informar, formar y capacitar en habilidades de comunicación y resolución de problemas.
<i>Psicoafectiva</i>	<ul style="list-style-type: none">— Entrenar en habilidades de manejo y reducción de estrés.— Interpretación y expresión de emociones— Entrenamiento para manejo de problemas— Aumento de la autoestima y sentimientos de control.— Tratamientos en depresión y ansiedad.
<i>Relacional</i>	<ul style="list-style-type: none">— Potenciar las redes y el apoyo social.— Programas de estancias temporales (respiro).— Favorecer la calidad y la cantidad de las relaciones.
<i>Apoyo instrumental</i>	<ul style="list-style-type: none">— Apoyo en las actividades y tareas relacionadas con el cuidado.— Programas de atención domiciliaria, Centros de Día para complementar los cuidados.

<i>Tiempo libre</i>	— Realización de actividades que aporten sensaciones positivas y gratificantes. — Favorecer climas lúdicos.
<i>Organizacional</i>	— Entrenamiento en planificación de actividades y realización de tareas cotidianas.

Fuente: Yanguas, J. *et al.* (1998): *Intervención Psicosocial en Gerontología*. Cáritas Española.

OBJETIVOS

• **Objetivo general:**

- Reducir o modular la «carga» del cuidador/a detectada en la evaluación mediante el ofrecimiento de los apoyos adecuados y evitando, así, la claudicación.

• **Objetivos específicos:**

— Ofrecer información, orientación y asesoramiento relevante sobre cada caso individualizado, especialmente sobre recursos formales de apoyo para compartir los cuidados.

— Proporcionar conocimientos y habilidades para afrontar el cuidado en las mejores condiciones posibles.

— Dotar de estrategias para el auto cuidado, en especial para reducir el estrés (técnicas de relajación, organización del tiempo, relaciones sociales, aficiones...).

— Proporcionar estrategias para compartir el cuidado con otros miembros de la familia.

PROGRAMAS DE INFORMACIÓN, ORIENTACIÓN Y ASESORAMIENTO

Muy útiles para las familias que, en muchas ocasiones, «se pierden» a la hora de buscar los apoyos (desconocen muchos de ellos, no saben cómo solicitarlo...) y organizar el plan de cuidados.

Suelen ser realizados por el/la trabajador/a social o profesional de la enfermería, según el recurso desde donde se actúe (unidades de trabajo social, centros de salud, ayuda a domicilio, centro de día, residencia, Asociaciones de afectados...).

Se dirigen a informar, orientar y asesorar a las familias sobre cuestiones generales relacionadas con los cuidados que precisan las personas mayores, según tipo de afecciones y grados de dependencia.

Pueden desarrollarse por un profesional en concreto o por el equipo de manera interdisciplinar, según el asunto de la consulta.

ENTIDADES, SERVICIOS Y CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES Y DE ATENCIÓN A MAYORES

(Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha/ Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha)

Entidad de servicios sociales

(Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha)

Aquella persona física o jurídica, de cualquier clase o naturaleza, dedicada a la prestación de dichos servicios.

Centros de servicios sociales

(Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha)

Cualquier tipo de inmueble destinado o que se vaya a destinar a la realización de actividades relativas a dichos servicios, estén o no autorizados.

Servicio de carácter social

(Ley 3/1994, de 3 de noviembre, de Protección de los Usuarios de Entidades, Centros y Servicios Sociales de Castilla-La Mancha)

El conjunto de recursos y técnicas dirigidos de forma organizada a los beneficiarios de cualquiera de los programas recogidos en los Títulos II y VII de la Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Servicios sociales especializados

(Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha)

Son Servicios Especializados los que se organizan para colectivos o sectores específicos de la población con una atención dirigida al diagnóstico, tratamiento, apoyo y rehabilitación de los déficit sociales de las personas pertenecientes a dichos sectores.

Programa de "tercera edad"

(Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha)

Evitando su marginación, promoviendo su integración y participación en la vida comunitaria y favoreciendo el mantenimiento en su medio familiar, social y cultural habituales.

Equipamiento "tercera edad"

(Ley 3/1986, de 16 de abril, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha)

Centros de Día (...) en los que se potencien sus capacidades físicas, psíquicas y sociales al tiempo que se realicen actividades culturales y recreativas.

TIPOLOGIA DE CENTROS DE ATENCION A PERSONAS MAYORES

(Orden de 21-05-2001, de la Consejería de Bienestar Social, de Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha)

1. Residencias de mayores:
 - Minirresidencias: hasta 35 plazas.
 - Residencias de Tamaño Medio: entre 36 y 80 plazas.
 - Grandes Residencias: más de 80 plazas.
2. Viviendas de Mayores.
3. Centros de Día.
4. Otros Centros de atención a las personas mayores.

RESIDENCIAS DE MAYORES

Son Residencias de Mayores aquellos centros de carácter social o sociosanitario que ofrecen alojamiento, convivencia y atención integral a las personas mayores, en función de su grado de dependencia.

VIVIENDAS DE MAYORES

Las Viviendas de Mayores son centros de alojamiento y convivencia integrados en un entorno comunitario, destinados a un grupo pequeño de personas mayores con dificultades para permanecer en su vivienda habitual y con un grado de autonomía personal que les permita su integración en este recurso.

CENTROS DE DIA

Son Centros de Día aquellos establecimientos de carácter social en los que se facilita la estancia durante el día y la convivencia entre las personas mayores, con el objeto de propiciar la participación activa, la relación personal y la integración social, mediante la realización de actividades socioculturales, lúdicas y recreativas, estableciendo, en su caso, servicios básicos de información, orientación y atención social. Asimismo podrán ofrecer

servicios asistenciales y de atención social que sirvan para favorecer la permanencia en su entorno familiar y social y mejorar su calidad de vida.

CENTROS DE DIA CON SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS

Los Centros de Día donde se preste un Servicio de Estancias Diurnas, ofrecerán durante el día atención integral a las personas mayores que tienen una situación de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Asimismo proporcionarán a los familiares o cuidadores habituales de las mismas el apoyo y la orientación necesaria para facilitar su atención, promoviendo su autonomía y la permanencia en su ambiente familiar y social.

OTROS CENTROS DE ATENCION A LAS PERSONAS MAYORES

Son todos aquellos Centros de alojamiento, estancia, o convivencia destinados a las personas mayores que, por sus singulares características, no se encuentran incluidos en la tipología de Centros regulados en la Orden de condiciones mínimas.

SERVICIO DE CENTRO DE DÍA Y DE NOCHE

(Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia)

El servicio de Centro de Día o de Noche ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular, cubre las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.

La tipología de centros incluirá Centros de Día para menores de 65 años, Centros de Día para mayores, Centros de Día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen y Centros de Noche, que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES

(Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha 1998-2002)

Basándose en los principios de normalización e integración, la Consejería de Bienestar Social ha articulado, mediante coordinación de programas de servicios sociales básicos y especializados, un sistema de centros y servicios sociales que tienden a mantener a las personas mayores en su medio habitual.

Los CENTROS DE MAYORES son establecimientos públicos a través de los que se facilita la estancia durante el día y la convivencia entre las personas mayores con el objeto de propiciar la participación activa, la relación personal y la integración social. Los centros de mayores también ofrecen servicios de información , orientación y atención social.

Un tipo de centros de mayores lo constituyen los CENTROS DE DIA, concebidos como establecimientos públicos donde se prestan servicios sociosanitarios y de apoyo familiar que ofrecen atención a las necesidades básicas, terapéuticas y socioculturales de personas mayores en situación de especial dependencia.

Servicios de Estancias Diurnas en Centros Gerontológicos

EL SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS es un recurso que ofrece atención integral durante el día en un centro gerontológico a las personas mayores que padecen carencias psico-físicas o sociales, para mejorar o mantener su nivel de autonomía personal y favorecer la permanencia en su medio habitual.

Se configura como un recurso relativamente nuevo en nuestra Comunidad que se ha revelado como óptimo para resolver el conjunto de problemas que tienen que ver con las necesidades de las personas que, al final de su vida, se encuentran afectadas de cierta pérdida de autonomía que les pone en situación de dependencia proporcionando a esas personas no sólo los cuidados necesarios sino también la dignidad de una alternativa vital.

SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS

(Orden de 26-11-1998 de la Consejería de Bienestar Social por la que se regula el régimen jurídico y el sistema de acceso a los servicios de estancias diurnas en centros gerontológicos de la red pública de castilla-la mancha)

Recurso social que ofrece, durante el día, una atención integral a las personas mayores que tienen determinada situación de dependencia para la realización de actividades básicas de la vida cotidiana o necesitan atención de carácter terapéutico, rehabilitador o psicosocial; con el fin de mejorar o mantener su nivel de autonomía personal. Así mismo se pretende proporcionar a los familiares o cuidadores habituales de las mismas el apoyo y la orientación necesaria para facilitar su atención, favoreciendo la permanencia de las personas mayores en su ambiente familiar y social.

Se prestará en Centros o Residencias de Mayores que reúnan las condiciones adecuadas, así como en Centros de Estancias Diurnas creados para este fin.

CENTROS DE ATENCION A PERSONAS MAYORES: CONDICIONES MATERIALES Y ARQUITECTONICAS GENERALES

(Orden de 21-05-2001, de la Consejería de Bienestar Social, de Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha)

Con carácter general la ubicación, el diseño arquitectónico y el equipamiento de los Centros deberán contribuir a potenciar la autonomía física, conseguir la seguridad y bienestar personal, respetar la intimidad individual, favorecer las relaciones sociales y facilitar la labor del personal en cuanto al desarrollo de sus funciones.

Los Centros y Servicios destinados a la atención de las personas mayores deberán ser accesibles adaptándose a lo dispuesto en la normativa regional sobre accesibilidad (Ley 1/1994, de 24 de mayo, de Accesibilidad y Eliminación de Barreras en Castilla-La Mancha, y Decreto 158/1997, de 2 de diciembre, del Código de Accesibilidad de Castilla-La Mancha).

Emplazamiento

Los Centros destinados a la atención de las personas mayores estarán ubicados en zonas geográficas, rurales o urbanas salubres, que no supongan riesgo para la integridad física y psíquica de los usuarios.

Su emplazamiento, deberá ser integrado y accesible para permitir la normal utilización de los servicios generales: sanitarios, ocupacionales, de ocio etc., salvo que el programa de intervención social permita otra localización más adecuada.

Condiciones arquitectónicas

Las disposiciones constructivas utilizadas garantizarán el cumplimiento de las normas en vigor y especialmente las Normas Básicas de Edificación, seguridad e higiene, condiciones acústicas, protección contra incendios y condiciones térmicas.

Cada tipo de Centro constituirá una unidad independiente perfectamente diferenciada, incluso cuando se comparta el edificio, situándose preferentemente en planta baja.

ELEMENTOS

- Altura de las dependencias habitables
- Accesos y recorridos internos
- Materiales y acabados de interior y exterior
- Ventilación e iluminación
- Aislamiento termoacústico
- Protección de desniveles

INSTALACIONES

- Instalación de agua corriente
- Agua caliente
- Sistema de evacuación de aguas residuales
- Tratamiento y eliminación de residuos sólidos
- Instalación eléctrica
- Otras instalaciones energéticas
- Climatización
- Calefacción individual o central
- Instalación telefónica

EQUIPAMIENTOS

Materiales de equipamiento (mobiliario, decoración...)

Señalización

Protección y Seguridad (póliza de seguros, normativa contra incendios)

CENTROS DE DIA: CONDICIONES MATERIALES Y ARQUITECTONICAS ESPECIFICAS

(Orden de 21-05-2001, de la Consejería de Bienestar Social, de Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha)

Emplazamiento

Los locales o edificios que alberguen estos Centros deberán estar situados preferentemente en planta baja o primera con fácil acceso al exterior, gozando de iluminación y ventilación natural.

Condiciones materiales y arquitectónicas

Cuando para el acceso al Centro o a sus distintas dependencias sea necesario salvar más de una planta, deberá contar con un ASCENSOR.

Los PASILLOS tendrán una anchura mínima de 1,20 m.

Las PUERTAS DE PASO O ACCESO A LAS DEPENDENCIAS serán de apertura hacia el exterior, sin invadir el espacio mínimo destinado al pasillo y tendrán un paso libre de 0,80 m.

Dependencias (mínimo)

-Dos salas de actividades o una sala de usos múltiples que permita su separación para la realización simultánea de diversas actividades.

-Un despacho destinado a actividades administrativas.

-Cafetería.

- Una sala para reuniones y actividades de grupos pequeños.
- Aseos accesibles, diferenciados por sexo, con una superficie mínima de 6 m² cada uno.
- Cuando en el Centro se preste un servicio de comedor, deberá contar con una cocina adecuadamente equipada, con espacios específicos para almacenamiento de víveres, manipulación de alimentos y lavado de menaje y utensilios de cocina. Dicho servicio podrá prestarse por empresas externas. El espacio destinado a comedor deberá tener al menos 2 m² por plaza. La superficie mínima de la cocina será de 20 m².

CENTROS DE DÍA CON SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS: CONDICIONES MATERIALES Y ARQUITECTONICAS ESPECIFICAS

(Orden de 21-05-2001, de la Consejería de Bienestar Social, de Condiciones Mínimas de los Centros festinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha)

Las instalaciones y equipamientos de los Centros de Día donde se preste un Servicio de Estancias Diurnas, deberá posibilitar la atención a las necesidades específicas de los usuarios de este servicio, adecuándose a sus características.

Dependencias

Deberán contar, al menos, con:

UN DESPACHO Y ASEOS PARA LOS PROFESIONALES DEL CENTRO.

UN DESPACHO PARA ATENCIÓN SANITARIA Y SALA DE CURAS.

Suficientemente equipado y con una superficie mínima de 12 m².

SERVICIOS HIGIÉNICOS PARA LOS USUARIOS.

Existirán aseos accesibles diferenciados por sexos, con una superficie mínima de 4 m² cada uno.

Estarán adaptados a las necesidades funcionales de los usuarios y tendrán una dotación mínima de lavabo e inodoro.

Además deberá existir un aseo accesible por cada 20 usuarios, con una superficie mínima de 7 m² dotado de lavabo, inodoro y ducha a nivel de pavimento sobre base impermeabilizada, disponiendo de asiento seguro, ducha tipo teléfono y un sumidero sifónico de gran absorción en el suelo.

SALA DE FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN.

Estará destinada a la realización de ejercicios físicos de mantenimiento y recuperación de disfunciones motoras de los usuarios. Tendrá una superficie mínima de 40 m².

SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL Y ACTIVIDADES RECREATIVAS

Estará destinada a la realización de trabajos manuales dirigidos a la recuperación y mantenimiento funcional de los usuarios y la creación de hábitos de conducta para la realización de actividades de la vida cotidiana. Tendrá una dimensión mínima de 30 m².

SALA DE ESTAR.

Existirá una sala de estar que podrá tener usos múltiples, para reuniones o actividades de grupo, con una superficie mínima de 40 m², correspondiendo 2 m² por usuario. Este espacio deberá permitir su separación para generar distintos ambientes o simultanear varias actividades.

COMEDOR.

Tendrá una dimensión mínima de 30 m², correspondiendo 2 m² por usuario, permitiéndose como máximo dos turnos para esta superficie. Este Servicio podrá prestarse por empresas externas.

COCINA.

Existirá una cocina adecuadamente equipada, con una superficie mínima de 20 m² y que dispondrá de los siguientes espacios diferenciados:

- Almacén de víveres.
- Manipulación y tratamiento de alimentos.
- Lavado de menaje y utensilios de cocina.

CUARTO DE LIMPIEZA.

Destinado a alojar los útiles de limpieza del centro y con una superficie mínima de 6 m².

CENTROS DE DIA CON SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS

(Orden de 21-05-2001, de la Consejería de Bienestar Social, de Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha)

Programas de atención

El Centro deberá disponer de los recursos necesarios para llevar a cabo las siguientes prestaciones:

- Atención personal (aseo, higiene, comida, cuidados básicos).
- Rehabilitación.
- Terapia ocupacional.
- Animación socio-cultural.
- Atención de enfermería.
- Orientación social y apoyo a la familia.

SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS

(Orden de 26-11-1998 de la Consejería de Bienestar Social por la que se regula el régimen jurídico y el sistema de acceso a los servicios de estancias diurnas en centros gerontológicos de la red pública de Castilla-la Mancha)

Servicios y atenciones básicas

Programas personalizados de actividades y seguimiento de los mismos.

Terapia ocupacional para la prevención, el mantenimiento y la recuperación de las habilidades básicas para las actividades de la vida diaria.

Seguimiento de los tratamientos médicos prescritos y control de los parámetros vitales.

Cuidados y servicios de higiene personal.

Comida y atención a las necesidades nutricionales y dietéticas de los usuarios.

Realización de actividades participativas que favorezcan el ocio, las relaciones personales y el desarrollo sociocultural.

Información periódica a la familia o a los cuidadores habituales sobre la situación, evolución y adaptación del usuario; así como orientación sobre atenciones y cuidados que precisa.

Propiciar la colaboración familiar o la de sus cuidadores habituales para desarrollar en su medio habitual atenciones de apoyo o actividades complementarias.

Servicio de transporte adaptado para el traslado domiciliario de los usuarios que lo precisen.

Otros servicios y atenciones especializadas y complementarias

Fisioterapia

Atención psicológica, médica, sanitaria, etc.

Cualquier servicio considerado necesario para la atención adecuada de los usuarios

Unidades de atención especializada

En SEDs con condiciones necesarias

Atención de mayores con deterioros cognitivos importantes (demencias tipo alzheimer y otras patologías)

Servicios de estancias diurnas especializados

Atención exclusiva o mayoritaria a mayores con deterioros cognitivos importantes (demencias tipo alzheimer y otras patologías)

Equipo técnico de intervención y seguimiento

COMPOSICIÓN

En cada SED con, al menos:

COORDINADOR: Cualquier miembro del Equipo o director del Centro o Residencia.
TERAPEUTA OCUPACIONAL
TRABAJADOR/A SOCIAL
GEROCULTOR O AUXILIAR DE CLINICA

OTROS PROFESIONALES DEL EQUIPO: Si intervienen en la prestación de los servicios (Animadores socioculturales, psicólogos, fisioterapeutas, ATS, médicos, etc.)

FUNCIONES

Evaluación de los casos.
Programación de las actividades.
Trabajo individual y grupal con los usuarios.
Seguimiento de la evaluación de los usuarios.
Relaciones de los usuarios con familiares o cuidadores habituales.
Elaboración informes sobre aptitud solicitantes (a demanda órgano competente)
Información sobre actividad y funcionamiento del SED (a DPBS)

SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS

(Orden de 21-05-2001, de la Consejería de Bienestar Social, de Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha)

En residencia de mayores

Si en la Residencia se presta un Servicio de Estancias Diurnas deberá contar con personal específico y despacho para estos profesionales.

Se deberá contar como mínimo con el siguiente personal específico para el mismo:

-Terapeuta ocupacional por cada 25 usuarios o fracción. En función de la tipología de los mismos, parte de su jornada podrá ser desempeñada por 1 fisioterapeuta.

-Auxiliar de enfermería/gerocultor por cada 12 usuarios o fracción. Cuando el Servicio de Estancias Diurnas se destine a la atención de personas con demencia, se exigirá 1 auxiliar por cada 10 usuarios o fracción.

En centros de día

Los Centros de Día en los que se preste un Servicio de Estancias Diurnas deberán contar con un director con acreditada cualificación profesional y, al menos, titulación universitaria de grado medio o, en su defecto, experiencia de, al menos, tres años en funciones similares de gestión y dirección de Centros destinados a personas mayores. Igualmente deberán contar con los profesionales con la titulación adecuada para el Desarrollo de los programas y actividades que se realicen en el mismo.

Como mínimo el Centro contará con el siguiente personal de atención directa:

-Terapeuta ocupacional por cada 20 usuarios o fracción. En función de la tipología de los usuarios, parte de su jornada podrá ser desempeñada por un fisioterapeuta.

-Auxiliar de geriatría/gerocultor por cada 10 usuarios o fracción. Cuando el Servicio de Estancias Diurnas se destine específicamente a la atención de personas con demencia, se exigirá 1 auxiliar por cada 8 usuarios o fracción.

CENTROS DE DIA

(Orden de 21-05-2001, de la Consejería de Bienestar Social, de Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha)

Contarán con un director o responsable y con el personal necesario para el funcionamiento del centro, así como de los profesionales adecuados para el desarrollo de los programas y actividades que se realicen en el mismo.

PROCEDIMIENTO DE ACCESO AL SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS

(Ley 10/2001 de 22/11/2001 de adecuación de procedimientos administrativos de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha)

Plazo maximo de resolucion y notificacion

2 meses

SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS

(Orden de 26-11-1998 de la Consejería de Bienestar Social por la que se regula el régimen jurídico y el sistema de acceso a los servicios de estancias diurnas en centros gerontológicos de la red pública de Castilla-La Mancha)

Personas usuarias

Personas mayores que tengan una situación de dependencia personal que pueda ser atendida en el SED, siempre que carezcan durante el día de la asistencia adecuada y del apoyo familiar o social necesario, o precisen la atención terapéutica, rehabilitadora o psicosocial que ofrece el servicio solicitado.

Requisitos de acceso

- Ser mayor de 60 años.
- Estar empadronado y residir en Castilla-La Mancha
- Residir en un área de influencia no superior a 10 km de distancia de la localidad donde se presta el SED (solicitud de transporte).
- No padecer enfermedad infecto-contagiosa ni trastornos de conducta que puedan perturbar gravemente la convivencia en el centro.
- Tener reducida su autonomía para las actividades de la vida diaria, siempre que su situación de dependencia pueda ser atendida adecuadamente por el SED solicitado.
- Carecer durante el día de los apoyos familiares o sociales necesarios o precisar atención terapéutica rehabilitadora o psicosocial.
- Alcanzar la puntuación mínima establecida (aplicación baremo)
- Diagnóstico por especialista acreditado (solicitud para Unidades o SED especializado para demencias tipo alzheimer u otras patologías).

EXENCION DE ALGUNO DE LOS REQUISITOS

Si razones de índole social debidamente acreditadas y apreciadas por la DPBS.

Solicitudes

En modelo oficial, aprobado por DGAPMD
Firmadas por solicitante/representante legal
En DPCBS, cualquier otra dependencia CBS y registros Ley 30/1992

Especificación de:

Centro/Residencia del SED
Solicitud de transporte adaptado

Documentación justificativa

- Fotocopia compulsada DNI solicitante/ representante legal (acreditación documental)
- Informe médico sobre el grado de salud del interesado.
Informe especialista y diagnóstico (casos demencia)
- Informe social sobre la situación sociofamiliar, económica y de la vivienda.
- Certificados residencia y empadronamiento solicitante
- Fotocopia compulsada declaración IRPF último ejercicio o certificado negativo de no haberse presentado y declaraciones complementarias.
- Certificado actual de haberes o rentas de cualquier naturaleza percibidas por solicitante y su cónyuge o persona con análoga relación de convivencia (pensión, prestaciones, subsidios, rendimientos de activos financieros)
- Otra documentación requerida por CBS para acreditar valoración.

Valoración

1. Comprobación cumplimiento requisitos solicitantes.

Informe (motivado y no vinculante) del Equipo Técnico de Intervención y Seguimiento sobre situación dependencia y aptitud solicitante ser atendido adecuadamente en SED.

2. Aplicación baremo

Por DPBS:

Coincidencia puntuaciones
Atención a fecha presentación solicitudes

En 1 mes desde completamiento documentación

Lista de reserva

Por DPBS

Para cada SED

Con solicitantes que cumplan requisitos
Orden según puntuación obtenida

Adjudicación vacantes por riguroso orden

Resolución

Por DPBS

En 5 días tras fin plazo para valoración

Denegación: Indicación causa

Inclusión en la Lista Reserva: Puntuación total y desglose por cada variable

Adjudicación plazas (indicación):

- Fecha inicio SED

- Concesión/denegación servicio transporte

- Tiempo permanencia determinado por evolución (según informes Equipo Técnico de Intervención y Seguimiento, valorados y ratificados por DPBS)

Fin plazo sin resolución: Desestimación

Recurso de alzada

Acceso al Servicio

En fecha de Resolución (salvo impedimento por causa mayor debidamente acreditada y apreciada por órgano competente)

Información a usuarios/as, familiares o cuidadores habituales

Por responsables SED

- Objeto SED

- Derechos y obligaciones

- Compromisos en documento (posible)
Modelo autorizado por DPBS

Régimen económico

Servicio público no gratuito

Abono por usuario/a (liquidación de estancias) de cantidad establecida en normativa vigente sobre precios públicos.

SED con servicio transporte

Aumento aportación usuario/a hasta un máximo del 10% adicional al porcentaje aplicado sobre la base del cálculo para determinar su cuantía (según normativa vigente sobre precios públicos)

Finalización del Servicio

Causas:

1. Renuncia voluntaria persona interesada
2. Fallecimiento
3. Ingreso en centro residencial
4. Incumplimiento obligaciones usuarios o de sus familiares o cuidadores habituales
5. No adaptarse al funcionamiento del servicio
6. Variaciones en estado de salud o situación sociofamiliar presentando situación de dependencia no atendible por SED
7. Finalizar o modificarse circunstancias motivadoras de ingreso
8. Ausencia prolongada por más de 30 días consecutivos o falta injustificada de asistencia al SED durante más de 45 días al año.

Mediante Resolución Delegado Provincial
Señalando causas motivadoras
Previa audiencia interesado

BAREMO DE INGRESO EN SED

(Resolución de 27-11-1998 de la Dirección General de Servicios Sociales de aprobación del baremo para la valoración de las solicitudes de plazas del servicio de estancias diurnas en centros gerontológico de la red pública de Castilla-La Mancha así como el modelo oficial de solicitud)

Instrumento técnico y jurídico que aplicará el órgano administrativo competente para valorar las solicitudes que previamente cumplan los requisitos establecidos.

Mediante la aplicación de las diversas variables que integran el baremo, los interesados obtendrán una puntuación, en función de la situación en que se encuentren, que los situará en el lugar que les corresponda dentro de la lista de reserva de plazas.

SED: Variables para la valoración de expedientes

variables	%	puntos maximo
SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR	35	70
Situación de convivencia		30
Atención familiar o social		40
SITUACIÓN DE DEPENDENCIA FÍSICA Y/O PSÍQUICA	25	50
VIVIENDA	13	26
SITUACIÓN ECONÓMICA	13	26
EDAD	5	10
OTRAS CIRCUNSTANCIAS	9	18
TOTAL	100	200

Valoración

DEPENDENCIA FÍSICA Y/O PSÍQUICA
SITUACIÓN ECONOMICA
EDAD

Coincidente con lo establecido para las mismas variables en el baremo para la valoración de solicitudes y adjudicación de plazas en los centros residenciales de mayores de la red pública de Castilla-La Mancha (Orden 21-02-1997).

SITUACION SOCIOFAMILIAR

Se valorarán la situación de convivencia y la carencia de apoyos familiares o sociales que concurren en el interesado y que dificultan la atención permanente y continuada en el domicilio habitual.

Sólo se considerarán aquellas situaciones donde el usuario pueda permanecer en el domicilio con el apoyo del SED, en caso contrario se entenderá que éste no es el recurso adecuado.

La integración del S.E.D. en la residencia de Benquerencia de Toledo

SEPTIEMBRE 2.007

Aranda Moreno González
(Terapeuta Ocupacional)

LA INTEGRACIÓN DEL S.E.D EN LA RESIDENCIA DE BENQUERENCIA DE TOLEDO

1.- introducción

2.- organización del S.E.D

- 2.1 Instalaciones Específicas
- 2.2 Instalaciones Compartidas
- 2.3 Dotación de profesionales: Organigrama general

3.- Funcionamiento del S.E.D

- 3.1 Servicios y Atenciones
- 3.2 Coordinación Interdisciplinar
- 3.3 Comunicación y Cooperación con familias y personas cuidadoras

4.- Supuestos prácticos

1.- introducción

La residencia de mayores Benquerencia tiene por finalidad prestar alojamiento, convivencia y atención integral a las personas mayores ingresadas, en función de su grado de dependencia, así como la prestación de servicio de estancias diurnas.

La residencia de mayores de Benquerencia

- Es un centro público cuya titularidad pertenece a la junta de comunidades de castilla-la mancha.
- Tiene carácter socio-sanitario.
- Cuenta con 120 plazas residenciales:
 - 112 fijas.
 - 8 de estancias temporales.
- 20 plazas del servicio de estancias diurnas.
- Se sitúa en el barrio del polígono santa maría de Benquerencia en Toledo.
- Comenzó a funcionar el 7 de enero de 2.004 y se inauguro oficialmente el 25 de marzo de ese año.

Gestión mixta:

Los servicios están contratados con varias empresas:

- Servicio de restauración (SERCLYM)
- Servicio de auxiliares sanitarios y transporte adaptado (CLECE).
- Servicios de recepción, mantenimiento, lavandería y limpieza (SITOL).
- Servicio de animación y psicólogo (CASMA).
- La dirección, administración, servicios médicos, de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional y trabajo social están desempeñados por funcionario de la junta.

Servicios y atenciones de la residencia

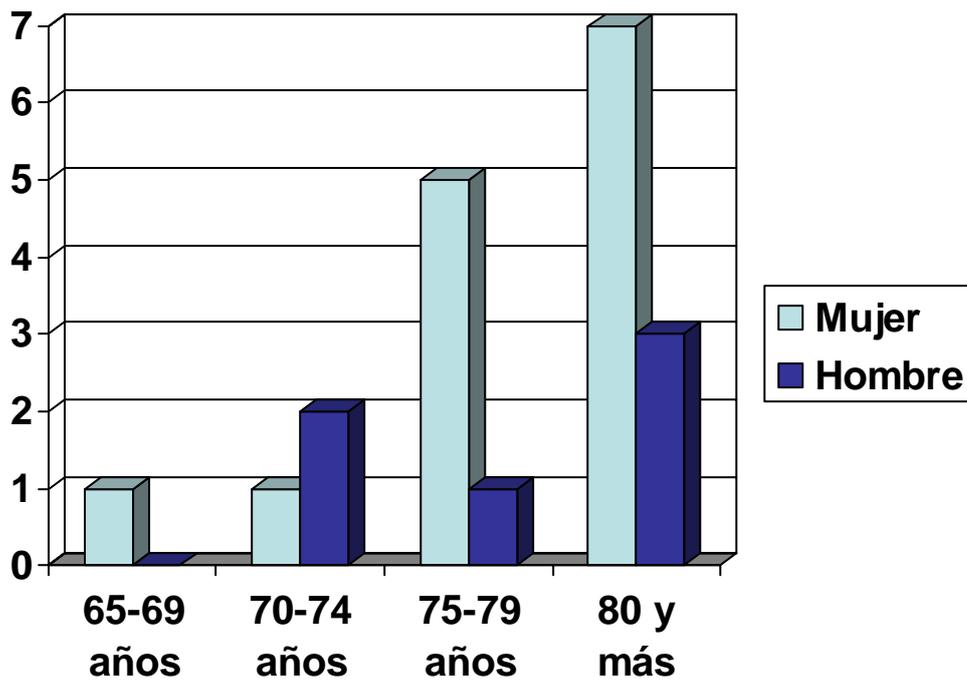
- Integración y participación.
- Actividades de ocio y tiempo libre.
- Comunicación con los familiares.
- Atención a las actividades básicas de la vida diaria.
- Asistencia médica y cuidados sanitarios.
- Atención geriátrica y rehabilitadora.
- Fisioterapia y terapia ocupacional.
- Estancias temporales.
- Servicio de estancias diurnas y transporte adaptado.
- Peluquería y podología.

Servicio de estancias diurnas en la residencia de mayores benquerencia

- Horario del sed: 9:00h. De la mañana a 18:00h. De la tarde.
- En 2005 pasaron por el sed 27 personas. A lo largo del año hubo 8 bajas y 8 altas.
- Sexo: 19 son mujeres y 8 hombres.

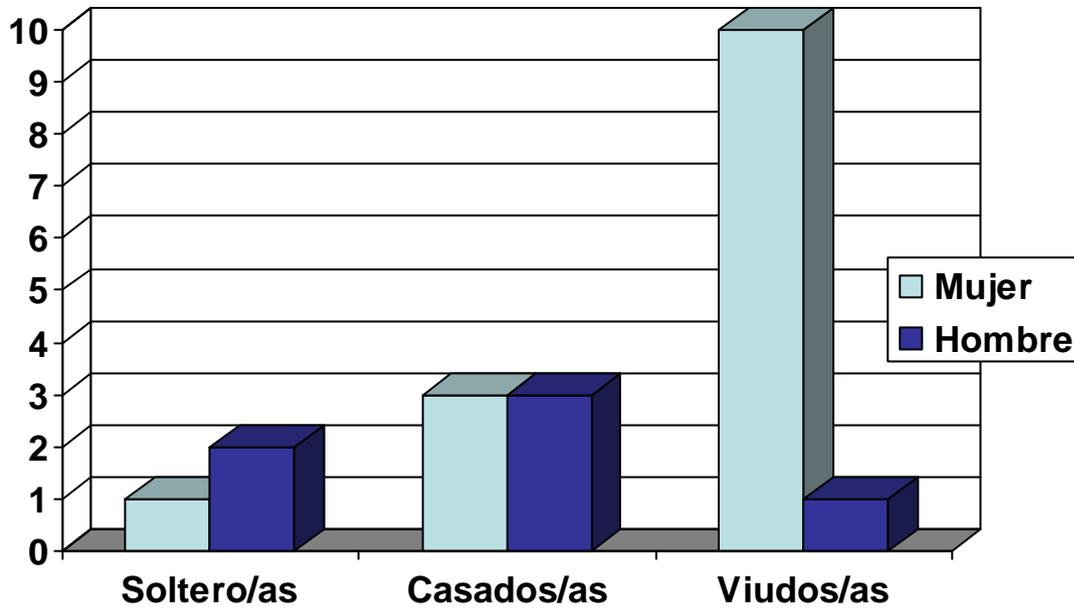
Características de los usuarios del SED:

A) EDAD



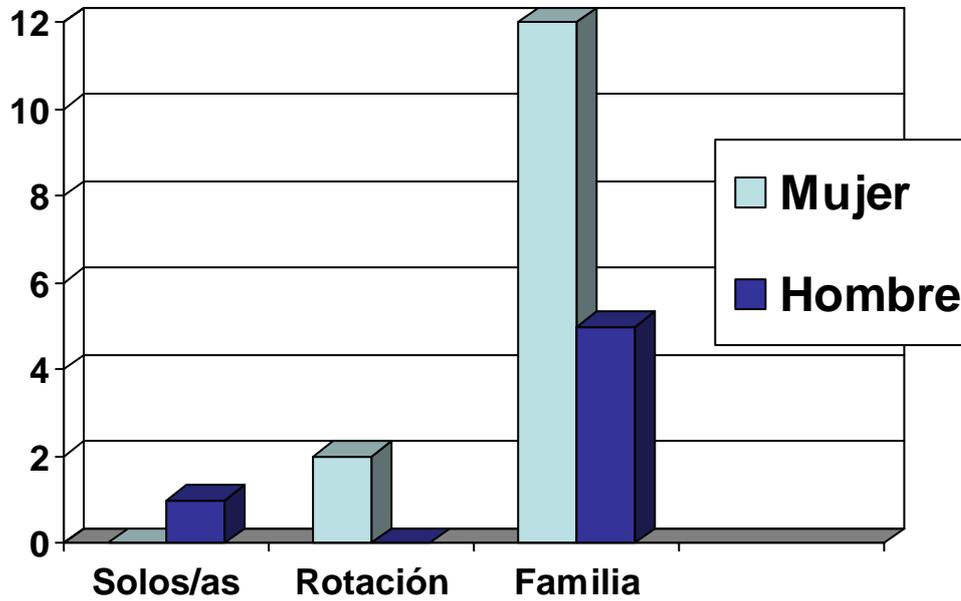
La edad más numerosa es la de 80 y más años donde las mujeres, por ser el porcentaje más elevado de usuarios del servicio, destacan al de los hombres.

B) ESTADO CIVIL



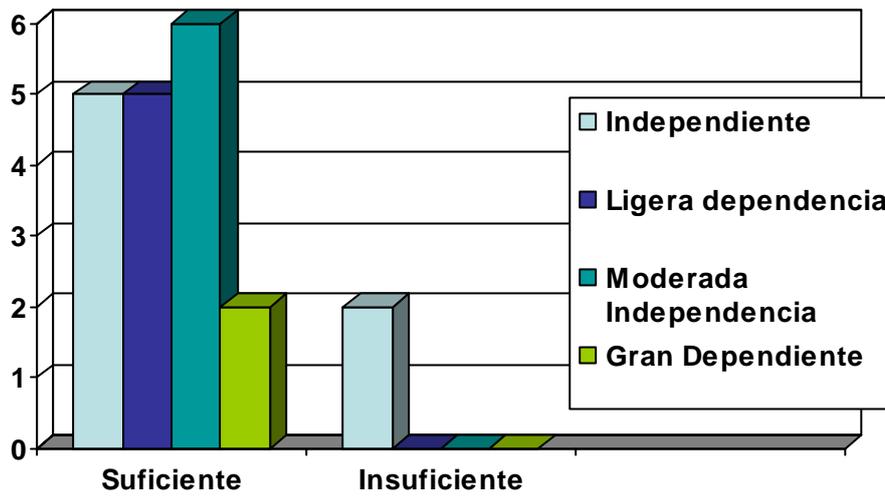
Destaca el estado civil de viudo/as existiendo más en mujeres que en hombre.

C) SITUACIÓN DE CONVIVENCIA



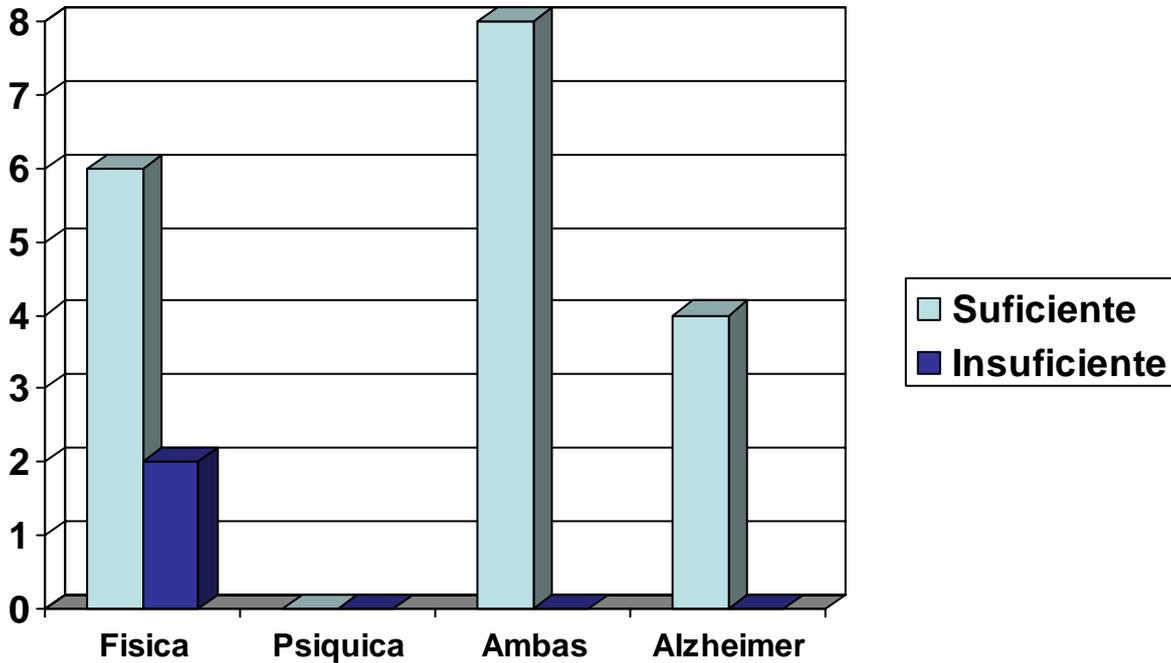
Como se puede apreciar en el gráfico. Los usuarios del SED viven con sus familias. Sólo un hombre vive solo, con escaso apoyo sociofamiliar.

D) SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE LOS USUARIOS Y APOYO SOCIO FAMILIAR

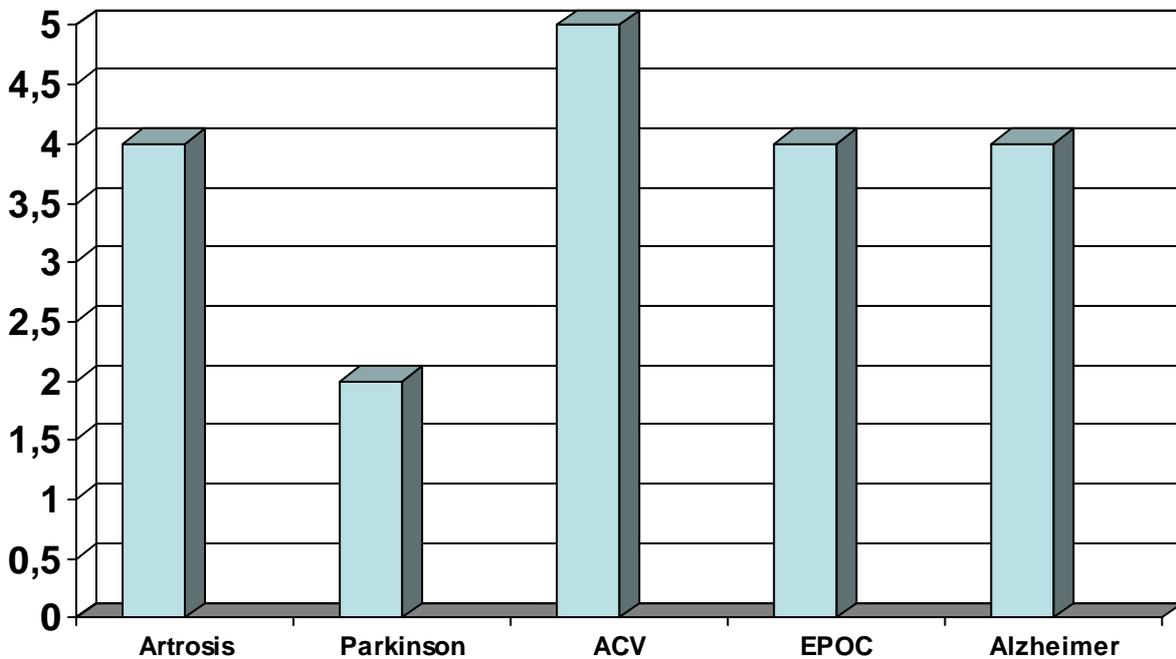


El apoyo familiar es muy elevado, excepto en dos casos.

E) TIPO DE DEPENDENCIA PREDOMINANTE Y APOYO FAMILIAR



Predomina el deterioro cognitivo, además de el daño cerebral sobreadquirido.



Existe variedad en la patología de los usuarios del SED

2.- ORGANIZACIÓN DEL SED

2.1.- Instalaciones Específicas

- Sala convivencia servicio estancias diurnas
- Hall servicio estancias diurnas
- Aseos servicios de estancias diurnas
 - Duchas adaptadas
 - Servicio adaptado
- Almacén servicio estancias diurnas

2.2.- Instalaciones Compartidas

- Area administrativa
 - Despacho dirección
 - Despacho trabajo social
 - Despacho administración
 - Despacho administrador
 - Sala de reuniones
 - Sala de espera
- Sala de Terapia Ocupacional
- Sala de Fisioterapia
- 2 despachos Médicos
- Despacho psicología
- Área de enfermería
 - Despacho de enfermería
 - Sala de cuidados
 - Sala de curas
 - Farmacia
- Recepción
- Sala de visitas
- Sala de peluquería/podología
- Biblioteca

- Sala de usos múltiples
- Cafetería
- Terraza
- Comedor
- Teléfonos públicos
- Aseos adaptados
- Baños geriátricos
- Controles de personal sanitario
- Habitaciones
- Zonas de convivencia
- Accesibilidad

Ascensores

Pasamanos

Orientación Espacial

Orientación Temporal

Mobiliario Adaptado

2.3.- Dotación de profesionales: Organigrama general



Personal funcionario de la JCCM

- 1 director
- 1 administrador
- 1 auxiliar administrativo
- 1 coordinador médico
- 1 médico geriatra
- 1 trabajadora social
- 1 coordinadora de enfermería
- 8 enfermeras
- 2 fisioterapeutas
- 1 terapeuta ocupacional

Contrata de auxiliares sanitarios y transporte adaptado (CLECE)

- 1 supervisora auxiliares
- 40 auxiliares
- 1 conductor
- 1 cuidadora de apoyo

Contrata servicio restauración (SERCLYM)

- 1 encargado de cocina
- 5 cocineras
- 1 ayudante de cocina
- 8 camareras

Contrata de servicios de limpieza, lavandería, mantenimiento y recepción (SITOL)

- 2 gobernantas
- 4 personal de lavandería
- 11 personal de limpieza
- 6 recepcionistas
- 2 personal de mantenimiento
- 1 jardinero
- 1 cristalero

Servicio de animación sociocultural y psicología (CASMA)

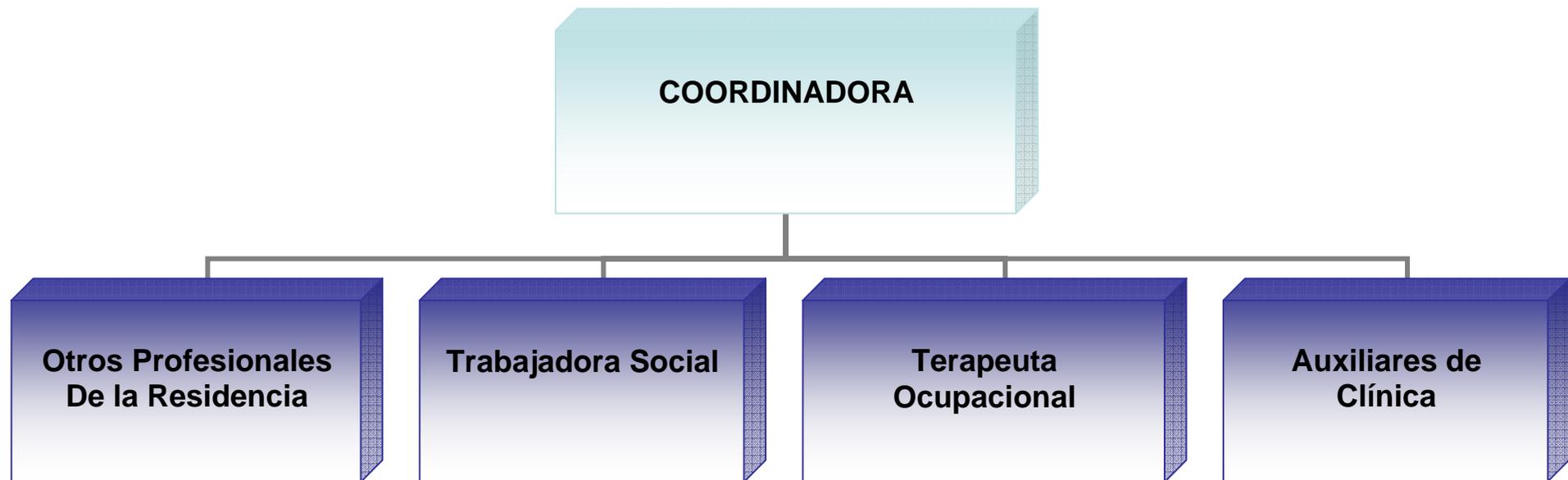
- 1 psicólogo
- 2 animadoras socioculturales

Contratos administrativos especiales

- 1 sacerdote
- 1 podóloga
- 1 peluquera

SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS

EQUIPO TÉCNICO DE INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO



Personal exclusivo Servicio Estancias Diurnas

- Coordinadora
(Trabajadora Social del Centro)
- 2 auxiliares de enfermería (con carácter rotatorio)
- 1 conductor
- 1 personal de apoyo

3.-Funcionamiento del SED

3.1.- Servicios y Atenciones

Todos los profesionales prestan servicios por igual a residentes fijos, temporales como usuarios del sed, pero hay que destacar que los servicios médicos, enfermería y fisioterapia, aunque no tienen programas específicos para el sed, dedican una parte importante de su tiempo a cubrir las demandas que estos usuarios presentan.

Los servicios y atenciones que si tienen programas exclusivos para el sed:

- **Servicio de transporte adaptado**

Consiste en la recogida del usuario desde su domicilio para trasladarlo al servicio de estancias diurnas, y viceversa.

- **Servicio cuidados auxiliares**

- Acompañamiento en el transporte

Ayuda en las actividades de la vida diaria (comida, ir al servicio, aseo, movilización...)

- Apoyo a otros servicios (enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, animación sociocultural, medicina...)

- Observación de su estado y necesidades físicas, psicológicas y sociales...

- **Trabajo Social**

Coordinadora del área psicosocial del SED

Funciones:

- Preventiva, socio-educativa, asistencial, planificadora, organizadora y coordinadora.
- Según los distintos niveles de intervención: individual, familiar, grupal, institucional y comunitario.

- **Terapia ocupacional**

- La terapeuta ocupacional presta servicios tanto a los usuarios de la residencia como a los del sed, con los que se realizan **actividades específicas**:
- Psicomotricidad, estimulación cognitiva, orientación a la realidad.
- Además participan en otros programas de terapia ocupacional no específicos para el sed, que se **comparten** con los residentes.
- Musicoterapia, adaptación ambiental, tratamientos rehabilitadores individuales, actividades de ocio y tiempo libre, etc.

- **Psicología**

- Mediación en situaciones conflictivas.
- Tratamientos individuales psicológicos.
- Atención a problemas familiares conflictivos.

- **Animación sociocultural**

- Programas de ocio y tiempo libre (excursiones, manualidades, ludoterapia, fiestas, bailes, concursos...)
- Fomento de la comunicación, las relaciones interpersonales, expresión de sentimientos y las habilidades sociales.
- Apoyo al programa de terapia ocupacional.

3.2.- Coordinación Interdisciplinar

Equipo multidisciplinar

- "Es la suma de personas unidas por el deseo de lograr objetivos compartidos y entre los que prevalecen los procesos de cooperación sobre los de competencia." Carreño
- La mera suma de individuos no constituye un equipo, es necesario que se interaccione mediante la comunicación, se tengan normas y se establezcan objetivos concretos.

Reglas del trabajo en equipo

- Respeto mutuo
- Crítica constructiva
- Compromiso de participación activa
- Reconocimiento
- Ayuda mutua

Actitudes contraproducentes

- Falta de implicación voluntaria en el equipo
- Cerrarse en una única idea
- Individualismo
- Agresividad-pasividad
- Crítica destructiva sistemática
- Falta de claridad en la actitud
- Falta de toma de responsabilidad
- Autoritarismo
- Falta de reconocimiento
- Rechazo, etc.

PROCESO DE VALORACIÓN Y ATENCIÓN

- **Preingreso:**
 - Recepción de la resolución de plaza derivada del servicio de mayores de la delegación de bienestar social.
 - Contacto telefónico con el usuario y familia. En el cual se acuerda una cita para visitar el servicio.
 - Primera visita del usuario y su familia para que conozcan el servicio y acordar el día del ingreso.

- **Ingreso:**
 - El usuario viene acompañado por su familia.
 - Valoraciones en el primer día:
 - Trabajadora social: situación social / historia social.

 - Médico: primer control médico.

 - Enfermería: se abre la historia clínica: medicamentos, dietas, curas, tratamientos específicos....

 - Días posteriores:
 - Terapeuta ocupacional: primera valoración de la situación cognitiva y de las avd.

 - Psicólogo: valoración psicológica.

 - Fisioterapia: valoración física, funcional y necesidad de ayudas técnicas.

- **Post-ingreso:**

- Proceso de adaptación del residente, que comienza el día de su llegada. Desde el principio todas las actuaciones del personal tendrán como objetivo final la integración del residente en su nuevo entorno.
- Puesta en común y establecimiento de objetivos para elaborar un programa de atención personalizada tras las valoraciones de cada profesional en la fase de ingreso.
- Reuniones de seguimiento llevadas a cabo por el equipo multidisciplinar, para evaluar el programa de atención personalizada del residente.

3.3.- Comunicación y Cooperación con familias y personas cuidadoras.

- Desde el primer contacto con el usuario se hace participe a las familias en el proceso de atención integral, para que conozcan el centro, los servicios y actividades que se van a realizar con su mayor, etc.
- Cada profesional cuenta con un horario de atención a familiares.
- Destacar como medio de comunicación entre "familiares-residencia" y viceversa, el servicio de transporte adaptado.
- Entrevistas multiprofesionales con las familias para informar del programa de intervención, asesorar en los aspectos relacionados con el proceso de adaptación, etc.
- La residencia cuenta con un buzón de sugerencias, supervisado por la trabajadora social y el director.

4.- Supuestos prácticos

Supuesto práctico 1

- Durante una actividad del SED (bingo), una residente pasa a la sala con intención de participar en la partida.
- Un usuario del SED reacciona de manera violenta, acusando a la residente de intrusismo en una actividad a la que no tiene derecho por ser exclusiva del sed.
- La residente alega que "la residencia es de todos y que ella pasa porque no hace mal a nadie."
- Ambos se enzarzan en una acalorada discusión.

Supuesto práctico 2

- La señora S.A. presenta una falta de higiene evidente (olor corporal y ropa sucia), que provoca un grave problema de convivencia.
- Además tiene una herida en la pierna que por sus complicaciones médicas no cicatriza bien.
- S.A. es independiente para las AVD básicas e instrumentales, y afirma que se asea y que lava la ropa, negando la evidencia.

Supuesto práctico 3

- La señora M.G. se queja del agravio comparativo que para ella supone que las comidas especiales, celebraciones y festejos se realicen la mayoría de las ocasiones fuera del horario del SED (tardes y fines de semana).

Supuesto práctico 4

- Entre los usuarios del SED son frecuentes las estancias temporales en la residencia por múltiples motivos: descanso familiar, convalecencia del cuidador, convalecencia del anciano...
- El que se concedan estancias temporales a unas personas del SED sí y a otras no (independiente de la causa de la denegación), supone un motivo de envidias, críticas y peleas entre los usuarios.

Supuesto práctico 5

- En ocasiones los usuarios del S.E.D. pasan a formar parte de Estancia Temporal en el centro residencial por diversos motivos.
- Los usuarios continúan en gran medida con la rutina del SED, pero haciendo vida de residente.
- ¿Piensas que el proceso de adaptación a estancia temporal mientras que el resto de usuarios del SED se marchan a casa es adaptativo o maladaptativo? ¿Durante cuanto tiempo?

Supuesto práctico 6

- Los familiares de un usuario diagnosticado de parkinson del SED, piden al equipo una reevaluación para valorar su estado actual, a nivel de independencia y deterioro cognitivo, ya que están teniendo problemas conductuales en el hogar con su mujer.
- Tras la valoración, su situación actual en el SED a mejorado, en cuanto a nivel de independencia y capacidad cognitiva.
- ¿La familia interviene adecuadamente en el domicilio?

Supuesto práctico 7

- Los usuarios del SED comienzan una actividad novedosa, con aporte de material por parte de la JCCM. Algunos de ellos se quieren llevar el material a casa para terminar las actividades los fines de semana. ¿Esta petición se podría cumplir?

SERVICIO DE ESTANCIAS DIURNAS

MODELO DE INTERVENCIÓN

INDICE

1ª PARTE

1. DEFINICIÓN del SERVICIO de ESTANCIAS DIURNAS:

- 1.1. Recurso socio – sanitario.
- 1.2. Cierta nivel de dependencia.
- 1.3. Atención integral.
- 1.4. El entorno habitual.
- 1.5. Recuperar o potenciar para atenuar o prevenir.
- 1.6. Alteración de la dinámica familiar y apoyo a los cuidadores.

2. OBJETIVOS:

- 2.1. Objetivo general.
- 2.2. Objetivos específicos.

3. PLAN de INTERVENCIÓN:

- A. PROGRAMA de INTERVENCIÓN en el
ÁREA FÍSICO – FUNCIONAL.
- B. PROGRAMA de INTERVENCIÓN en el
ÁREA PERCEPTIVO – SENSORIAL.
- C. PROGRAMA de INTERVENCIÓN en el
ÁREA COGNITIVO – PSICOLÓGICA.
- D. PROGRAMA de INTERVENCIÓN en el
ÁREA SOCIAL.
- E. PROGRAMA de INTERVENCIÓN FAMILIAR.
- F. PROGRAMA de SALUD INTEGRAL.
- G. PROGRAMA de FORMACIÓN CONTINUADA.

2ª PARTE

El SED en CENTRO de DÍA EXPERIENCIA de DAIMIEL (CIUDAD REAL)

1. ORGANIZACIÓN del SED: ESTRUCTURA

1.1. Recursos materiales: instalaciones.

1.1.1. Idoneidad del Centro de Mayores.

1.1.2. El edificio: instalaciones específicas y compartidas.

1.2. Recursos humanos.

1.2.1. Composición del equipo.

1.2.2. Terapeutas ocupacionales.

1.2.3. Fisioterapeuta.

1.2.4. Trabajador/a social.

1.2.5. Auxiliares de clínica.

1.2.6. Médico de familia / coordinador.

1.2.7. Otros profesionales.

2. FUNCIONAMIENTO: PROCESO

2.1. El trabajo en equipo:

2.1.1. Coordinación.

2.1.2. Reuniones de equipo.

2.2. Actividades de los profesionales: valoración del mayor y plan de trabajo.

2.3. La coordinación con las familias.

3. SUPUESTOS PRÁCTICOS.

3.1. Caso 1.

3.2. Caso 2.

1ª PARTE

MODELO DE INTERVENCIÓN

1. DEFINICIÓN del SERVICIO de ESTANCIAS DIURNAS
2. OBJETIVOS
3. PLAN de INTERVENCIÓN

1. DEFINICIÓN del SERVICIO de ESTANCIAS DIURNAS

La importancia de definir el Servicio de Estancias Diurnas radica en los usos que de él se hará en el futuro. Los mayores irán evolucionando con el tiempo. Los que ya atendemos cambiarán poco a poco, son un sistema dinámico. Diversas patologías y la propia edad serán los que originen sus cambios fundamentales, y les llevarán poco a poco en unos casos y bruscamente en otros a altas dependencias.

Por otro lado, el mayor que solicita el servicio de estancias diurnas no será el mismo con el paso del tiempo. La sociedad ha cambiado y cambiará, los mayores de hoy y los que vienen, tienen distintas inquietudes, distintas creencias, distintas maneras de vivir su dependencia y su enfermedad.

El modelo tradicional de familia ha cambiado y seguirá haciéndolo, la incorporación de la mujer al mundo laboral, la disminución de la natalidad, el cambio en los principios que regían la vida familiar y personal han provocado un cambio en los modelos de cuidado. Es por todo ello, que una definición de los SED debe ser dinámica, adaptarse a los cambios que se han producido y a los venideros, no debe dejar áreas sin tratar y debe dejar la puerta abierta a esos cambios, cerrándola al pasado, es decir, no cayendo en la tentación de volver a los modelos de cuidado anticuados ni de ser las "guarderías" de la dependencia.

Así, la definición de los SED sería la siguiente:

"Recurso socio – sanitario que ofrece a los mayores con *cierto nivel de dependencia una atención integral* para favorecer la permanencia en su entorno habitual, *recuperando o potenciando sus capacidades*, atenuando así en unos casos y/o previniendo en otros esas dependencias que pueden aparecer por razones de edad o de cualquier otra índole.

Así mismo los SED proporcionan a los cuidadores principales los *medios* para atender adecuadamente al mayor dependiente, y *apoyo* para que esa dependencia altere en el menor grado posible la *normal dinámica familiar*".

Desglosaremos a continuación los términos más llamativos de esta definición, pues las palabras en ella contenidas no lo son al azar.

1.1. Recurso socio – sanitario y atención integral:

El modelo tradicional de dispensación de cuidados era un modelo paternalista donde el profesional del cuidado (médico, ATS, auxiliar o familiar) decidían sobre lo que era más conveniente al individuo objeto del cuidado. La institucionalización era mal vista y estaba reservada a los casos con situaciones sociales muy precarias. El cuidado estaba más basado en la enfermedad que en el enfermo, y su opinión, con mucha frecuencia, se pasaba por alto.

Tras la Conferencia de Alma Ata (1978), el modelo sanitario y de dispensación de cuidados cambia globalmente. Uno de los puntos fundamentales de la declaración se centra en la "*protección y promoción*" de la salud, dando especial importancia a la prevención de la enfermedad. Así mismo se plantea un cambio en el concepto de enfermar al introducir el *modelo bio – psico – social*, que implica básicamente entender que en el proceso de enfermar están involucradas todas las áreas del individuo, y que la enfermedad afecta asimismo a todas ellas.

Este cambio sustancial del concepto de enfermedad afectó a la organización de los sistemas sanitarios con la creación de los Centros de Salud, e implicó cambios en la mentalidad de los profesionales que se dedican a la sanidad en cualquiera de sus áreas. Se introduce en los centros de salud la figura del/la Trabajador/a social que trabajará en un equipo multidisciplinar con el resto de los trabajadores sanitarios, médicos, ATS, auxiliares de clínica, celadores, auxiliares administrativos...

Ya no hablaremos de enfermedades sino de individuos que enferman, y entenderemos el enfermar no sólo como proceso aislado producido por una noxa, sino como procesos que afectan a toda la estructura del individuo, física, psíquica, social y familiar.

De este modo, no podemos hablar ya de recursos sociales ni de recursos sanitarios como algo aislado al hablar de los servicios de estancias diurnas, pues en ellos se realiza una *atención integral* del individuo siguiendo un *modelo bio – psico – social*, e integrando en el equipo a profesionales de distintas disciplinas con el fin de conseguir objetivos concretos en todas las facetas de la vida del mayor dependiente.

Quizá se puede pensar que los centros socio-sanitarios son aquellos que cubren al tiempo necesidades sociales y sanitarias, pero quien así piense olvida el modelo que pretende regir la atención sanitaria actual, que al hablar de "salud integral" engloba todos los aspectos sociales del enfermar.

1.2. Cierta nivel de dependencia:

Es tremendamente difícil hablar de un "cierto nivel de dependencia" sin establecer un baremo o un nivel objetivo donde poner la frontera para dispensar o no determinadas atenciones desde los SED. Para ello es imprescindible entender el SED como un escalón más del sistema para determinadas situaciones individuales.

No es posible realizar determinadas intervenciones sanitarias fuera del ámbito hospitalario, unas veces por la complejidad de las patologías que se desea solucionar, otras por el tipo de profesional que se requiere para determinadas intervenciones o la estructura y los medios necesarios. No es tan distinto dentro de los SED. La concepción de estos los convierte en centros integrados dentro otros sistemas de los cuales no son ajenos.

Para entender el concepto "cierto nivel de dependencia" debemos basarnos en otro término de la definición, a saber, "**favorecer la permanencia en el entorno habitual**". Es bien conocido que determinadas situaciones no pueden ser atendidas en los domicilios, por lo cual son derivadas a instituciones que están preparadas para tales fines. Es claro que estas situaciones, habitualmente agudas, no pueden ser objeto de intervención en los servicios de estancias diurnas. El problema se plantea una vez pasadas estas situaciones agudas, cuando dejan como residuo situaciones de dependencia en el mayor. En este sentido, la normativa actual está orientada de forma algo ambigua, pues por un lado recoge las situaciones de "especial dependencia" y por otro otorga mayor puntuación en los baremos a las personas que presentan mayor deterioro. Así las cosas es imprescindible acudir a otro concepto de la definición: "**recuperar o potenciar capacidades**".

Es fácil caer en la tentación de decir que cualquier nivel de dependencia es susceptible de ser recuperado o potenciado, pero la realidad desde el punto de vista científico es muy otra. Cuando una función se pierde por determinadas patologías es bien sabido que no es recuperable. Las áreas restantes si pueden ser potenciadas, pero existen circunstancias (físicas, psíquicas o sociales) que impiden asimismo potenciar dichas áreas. Ejemplos de ello son los casos de demencias en fases muy avanzadas, donde las capacidades físicas dependen del nivel cerebral residual, y si este es mínimo nos dejan con la única arma de los cuidados básicos que mantengan la dignidad individual en un nivel óptimo.

En tales casos como en otros parecidos, son los profesionales que integran el equipo los que, de alguna manera deben, manteniendo los *principios de equidad, justicia, eficacia y eficiencia*, valorar la idoneidad o no de los tratamientos que desde los SED se imparten. Es nuestra obligación *gestionar de la manera mas eficiente los recursos* del sistema, y pecaríamos de injustos y poco eficientes si por razones sentimentales, políticas o de otra índole, dispensáramos atención a usuarios que no van a beneficiarse a priori del recurso ofertado, dejando fuera del sistema a otros que a todas luces si son susceptibles de tal beneficio. Para los que

no son susceptibles de ser tratados en los SED existen otros recursos, si cabe en mayor cuantía, a los que debemos derivar.

Es pues la información y la buena derivación de los casos siguiendo criterios de eficiencia la mejor manera de seleccionar. No obstante, desde nuestro servicio de estancias diurnas recomendamos *utilizar alguna escala de deterioro global* a la hora de seleccionar los casos, escalas que deben utilizarse con la precaución lógica de servir como *orientadoras y no como determinantes*. Es *el equipo el que debe valorar individualmente los casos*, tema que será tratado más adelante.

1.3. Atención integral:

Hemos hablado desde el principio de este término, pero no está de más incidir en algunos detalles. Atención *integral e integrada* es el término correcto. Por qué integral e integrada. La respuesta está en otras definiciones anteriores. La dependencia no es un área deficiente, es un área que dificulta el desarrollo normal de todo el sistema, es decir, no existe la enfermedad sino el individuo que enferma. Todos los sistemas que componen al individuo se implican de una manera u otra en la dependencia, y por tanto todas las áreas deben ser tenidas en cuenta. De poco nos vale conseguir que alguien camine de manera eficaz si no sabe dónde ir y es ese "no saber dónde ir" lo que le puede producir mayor insatisfacción personal.

La atención integral abarca las áreas psíquica, física y socio – familiar. La dependencia afecta a todas estas áreas de una manera u otra, y los profesionales encargados de trabajar con esa dependencia deben conocer las repercusiones de tal situación en todas las áreas del individuo. De esta forma vuelve a ser *el trabajo en equipo la columna que vertebr*a el sistema de los servicios de estancias diurnas.

Pero, como se ha mencionado anteriormente, no somos sistemas aislados, estamos inmersos en otros sistemas que interaccionan (o deberían hacerlo) entre sí. El individuo dependiente tomará contacto a lo largo de su existencia con hospitales, centros de salud, servicios sociales del municipio o de la comunidad autónoma, asociaciones de afectados por diversas patologías, y un sin fin de recursos a los cuales no somos ajenos. Así, es misión de los SED estar en contacto directo con todos ellos para realizar una atención de calidad y realmente integral del individuo.

1.4. Favorecer la permanencia en el entorno habitual:

Es uno de los pilares de los SED. Todos nosotros pasamos la vida construyendo nuestro entorno de una u otra forma. Adquirimos una vivienda, formamos una familia, creamos una red de amigos, somos animales sociales y disfrutamos de los beneficios de serlo, de vivir en una comunidad. Después de 60, 70 u 80 años luchando por todo nuestro mundo, la renuncia a él se convierte en el mayor enemigo de nuestra dignidad individual. Es por eso que mantener nuestro entorno se convierte en arma para luchar contra la dependencia que, por razones de edad o de otra índole, aparece, y luchar contra esa dependencia es la mejor manera de mantener nuestro entorno, nuestro espacio vital, nuestro territorio y el de los nuestros. Es un sistema de retroalimentación que influye poderosamente en nuestra forma de enfermar y de sanar, un área más del individuo que no debemos olvidar.

Se puede curar una fractura de fémur, pero si eso supone perder la vivienda, los amigos con los que jugamos al dominó, nuestros paseos por la plaza o nuestra familia, seguramente preferiríamos estar en silla de ruedas y asegurar todo lo demás. Es por eso que se crearon los servicios de estancias diurnas, lugares donde beneficiarse de los tratamientos sin tener que abandonar nuestro entorno.

Otro de los factores de gran importancia de la permanencia en el entorno habitual del mayor es el económico. En un sistema sanitario universal, donde los recursos sociales y sanitarios no son ilimitados, es imprescindible buscar las fórmulas que nos permitan atender de una forma eficiente las dependencias cuando aparecen. Del mismo modo debemos tratar los casos en los que con gran seguridad aparecerán dependencias en el futuro, será una de las mejores inversiones el retrasarlas y/o prevenirlas en la medida de lo posible. La institucionalización en cualquier modalidad es cara, y si bien los SED gastan recursos, no lo hacen en tanta cuantía, de forma que la distribución de los cuidados puede ampliarse a más individuos con menos recursos. De esta forma estamos invirtiendo en futuro al tiempo que ofrecemos al individuo la oportunidad de mantener una vida digna.

1.5. Recuperar o potenciar capacidades para atenuar o prevenir dependencias:

Recuperar lo recuperable, potenciar lo potenciabile. Se recupera lo que se pierde, se potencia lo que queda. Es esta la máxima que debemos seguir desde los SED. Para ello es imprescindible la valoración minuciosa de lo perdido, sus causas y cómo influye esa pérdida en la vida del mayor. Del mismo modo es necesario valorar las capacidades residuales y cómo se puede trabajar desde ellas para compensar las pérdidas. Todo ello no es tarea fácil y precisa de la intervención de todo el equipo que compone los servicios de estancias diurnas.

Deben ser investigadas todas las áreas del mayor que están fallando y que se muestran a través de las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria. Detectadas éstas, debe investigarse la causa del fracaso de esas áreas y las capacidades que el mayor conserva, para poder potenciarlas con el fin de atenuar los déficits existentes y prevenir los ausentes.

Como he destacado y siguiendo el modelo de enfermar al que hacíamos referencia al principio, el tema de la prevención debe tomar especial importancia en el caso del mayor dependiente. Éste es especialmente sensible a pequeños cambios de salud, entendida esta con la amplitud del modelo propuesto (esferas física, psíquica y social – familiar), y debemos ser conscientes de los cambios que con mayor frecuencia se van a producir en el mayor, para lo cual es imprescindible conocer la fisiología del envejecimiento. Conociendo estos cambios probables podremos intervenir de manera eficaz sobre determinadas capacidades para prevenir las posibles dependencias que de esos cambios se pueden derivar.

1.6. Alteración de la dinámica familiar y apoyo a los cuidadores:

Conceptos fuertemente ligados al mayor dependiente son la alteración de la dinámica familiar normal y el cuidador/a. La familia como tal es un "organismo" independiente, un "individuo" más que puede enfermar como cualquier individuo en todas las áreas antes descritas. Una familia nace, se desarrolla, se reproduce y muere al igual que cualquier individuo, y por supuesto, puede presentar alteraciones en cualquier momento de su evolución normal. Es importante conocer la normal dinámica familiar para entender cómo un caso de dependencia altera de manera significativa el desarrollo normal y puede hacer enfermar a la familia, con las consecuencias que este enfermar tiene sobre los integrantes de la misma y sobre el mayor dependiente que nos ocupa.

Es innegable el papel que juega en este proceso el cuidador principal del mayor (habitualmente cuidadora) y cómo el cambio social que se ha producido en los últimos 50 años está influyendo en el cuidado.

Habitualmente era la mujer quien se ocupaba del cuidado del mayor, bien la hija, bien la compañera del hijo, bien alguna hermana (las menos). Con la incorporación de la mujer al mundo laboral, la movilidad geográfica de los hijos (en muchos casos viven lejos de los padres), el menor número de hijos (actualmente es muy frecuente la familia de un solo hijo), las familias monoparentales, y un largo etcétera de cambios sociales, el modelo de cuidado habitual o más frecuente hasta hoy está en crisis, lo cual no es del todo malo. Todo cambio social tiene unas consecuencias, y ésta es una de las consecuencias de las sociedades avanzadas: el cuidador cada vez es más ajeno al núcleo familiar.

Esto se suma a otro cambio importante, el aumento de la esperanza de vida propio de estas sociedades, lo que propicia individuos de mayor edad, con más salud pero muy frágiles y con menores apoyos familiares.

En este contexto nos falta un factor antes mencionado: el mayor no quiere abandonar su entorno y la sociedad y la familia no quieren que lo abandone (habitualmente). Y con todos estos factores aparece el papel de los servicios de estancias diurnas como intermediarios entre el mayor, su núcleo familiar y la dependencia.

El objetivo de los SED pasa por la intervención en todas las áreas del individuo que llega a ellos, siendo una de las más importantes la familia. La intervención sobre ella abarca tres facetas: una el cómo la dependencia del mayor influye en su funcionamiento, otra en cómo la familia interviene en el funcionamiento del mayor y una tercera en hacer partícipe a la familia y/o cuidadores de los tratamientos e intervenciones que se realizan sobre el mayor, de tal forma que éstos continúen en sus domicilios y la familia integre de la manera mas sana la situación de dependencia, cuestión que favorece al tiempo enormemente al mayor dependiente.

Más adelante volveremos sobre estos temas.

2 . OBJETIVOS

Teniendo en cuenta la definición de los SED y basándonos en la explicación que de ella se ha realizado, es fácil deducir los objetivos que se proponen.

OBJETIVO GENERAL:

"Proporcionar el *mejor nivel de autonomía* al mayor *interviniendo en sus capacidades* y en su *entorno* con el fin de *disminuir las repercusiones personales, familiares y sociales* de su dependencia, proporcionándole así una *calidad de vida digna*".

De este objetivo general derivan los siguientes

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Recuperar y/o mantener el máximo grado de autonomía personal que permitan sus capacidades potenciales.
2. Prevenir o retrasar el incremento de la dependencia mediante intervenciones rehabilitadoras y terapéuticas tendentes a potenciar sus capacidades cognitivas, funcionales y sociales.

3. Ofrecer un marco adecuado para desarrollar las capacidades sociales.
 4. Incrementar la autoestima y conseguir un estado psicoafectivo adecuado.
 5. Evitar o retrasar institucionalizaciones no deseadas o desaconsejadas.
 6. Mejorar el nivel de salud mediante el control de las patologías que pudieran presentar y la prevención de nuevas entidades.
 7. Ofrecer apoyo a las familias y/o cuidadores dotándolos de conocimientos, habilidades y aptitudes que contribuyan a la mejora de la calidad de los cuidados del mayor y a la mejora de la dinámica familiar.
 8. Proporcionar a los profesionales que dispensan los cuidados la oportunidad de actualizar e incrementar sus conocimientos y habilidades mediante actividades de formación continuada.
-

3. PLAN de INTERVENCIÓN

Para la consecución de los objetivos propuestos se presenta a continuación el "plan de intervención". Las actividades incluidas en cada uno de los programas son capaces por si solas de conseguir resultados en varios objetivos, por lo que no es factible dividir tales actividades en objetivos operativos, sin olvidar que, en el modelo de trabajo si se incluirán éstos.

Tampoco debemos olvidar en ningún momento que el plan de intervención será siempre individualizado, si bien todas las áreas deben ser consideradas a la hora de valorar al mayor

Las áreas en las que se debe intervenir dependiendo de cada caso son, estructuradas en programas, las siguientes:

**A. PROGRAMA de INTERVENCIÓN en el
ÁREA FÍSICO – FUNCIONAL.**

**B. PROGRAMA de INTERVENCIÓN en el
ÁREA PERCEPTIVO – SENSORIAL.**

**C. PROGRAMA de INTERVENCIÓN en el
ÁREA COGNITIVO – PSICOLÓGICA.**

**D. PROGRAMA de INTERVENCIÓN en el
ÁREA SOCIAL.**

E. PROGRAMA de INTERVENCIÓN FAMILIAR.

F. PROGRAMA de SALUD INTEGRAL.

G. PROGRAMA de FORMACIÓN CONTINUADA.

Actividades a desarrollar en cada uno de los programas:

A. ÁREA FÍSICO – FUNCIONAL:

1. Psicomotricidad.
2. Actividades encaminadas a mejorar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
3. Actividades encaminadas a la práctica de hábitos saludables.
4. Adaptación del entorno y actividades encaminadas a la prevención de accidentes.

B. ÁREA PERCEPTIVO – SENSORIAL:

1. Estimulación visual.
2. Estimulación auditiva.
3. Estimulación táctil.
4. Estimulación olfativa.
5. Propiocepción.

C. ÁREA COGNITIVO – PSICOLÓGICA:

1. Entrenamiento de la memoria.
2. Psicoestimulación.
3. Orientación a la realidad.
4. Apoyo psicológico.

D. ÁREA SOCIAL:

1. Conocimiento del entorno.
2. Entrenamiento de habilidades sociales.
3. Terapia recreativa.

E. INTERVENCIÓN FAMILIAR:

1. Actividades de asesoramiento socio familiar.
2. Cuidado del cuidador.
3. Dinámica familiar y tratamiento de la "familia enferma".
4. Cuidados básicos del mayor.

F. SALUD INTEGRAL:

1. Control de las patologías del mayor en contacto con su médico de familia.
2. Actividades preventivas.
3. Actividades de salud comunitaria.

G. FORMACIÓN CONTINUADA:

1. Sesiones de actualización de las patologías más frecuentes del mayor.
2. Estudio y exposición de casos.
3. Revisiones bibliográficas.
4. Visitas a otros centros y reuniones periódicas de profesionales.

A continuación se hará una breve explicación de los objetivos que se pretenden conseguir al intervenir en cada una de estas áreas.

A. AREA FÍSICO – FUNCIONAL:

La intervención terapéutica y rehabilitadora que se hará en esta área, tendrá como objetivos:

Objetivo General:

Mantener y/o mejorar la independencia durante la ejecución de las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.).

Objetivos específicos:

1. Aminorar la pérdida de habilidades y capacidades para el desempeño de las AVDs.
2. Reeducar y adaptar las actividades básicas de la vida diaria (A.B.V.D) (Vestido / desvestido, Alimentación, Aseo, Traslados, etc.)
3. Adquirir y/o mantener hábitos saludables (alimentación equilibrada, horarios de comida, patrón vigilia / sueño, control de esfínteres, etc.).

4. Enseñar nuevas destrezas y habilidades para el desempeño de las AVDs.
5. Entrenar las actividades instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D.): manejo del dinero, control de medicación, uso del teléfono, preparación de comidas,...

NOTA: *Cualquier comportamiento o habilidad, puede aprenderse si se descompone en un repertorio de conductas y se planifican adecuadamente las secuencias de aprendizaje.*

Las habilidades de autonomía personal incluyen todos los comportamientos relacionados con la alimentación, el vestido, el aseo y cuidado personal, así como el control de esfínteres.

La experiencia sensorio-motriz constituye la base sobre la que se asientan los procesos intelectuales superiores. Por tanto, con el desarrollo de las capacidades motrices se conseguirá un alto grado de independencia y autonomía en los espacios habituales.

B. AREA PERCEPTIVO – SENSORIAL:

El papel del área sensorial es primordial en el desarrollo y evolución del individuo, son las "ventanas por las que cualquier individuo se relaciona con su entorno". Por medio de una estimulación regulada, sistemática y secuencial se puede actuar sobre todas las áreas sensoriales de un organismo, con el fin de *potenciar al máximo* sus posibilidades físicas e intelectuales. Así, la estimulación del área sensorial se va a centrar en la consecución de una serie de objetivos a nivel visual, auditivo, olfativo y táctil, todo ello partiendo de objetos con los que la persona mayor se relaciona habitualmente.

Objetivo general:

Estimular de manera regulada, sistemática y secuencial el área sensorial del individuo como medio para potenciar las capacidades físicas e intelectuales del mismo.

Objetivos específicos:

- a. Estimular los sistemas visual, auditivo, olfativo, gustativo, táctil y la propiocepción.
- b. Utilizar los sentidos estimulados en el desarrollo de actividades intelectuales y físicas del usuario.
- c. Conseguir del usuario un conocimiento lo más adecuado posible de sus capacidades y cómo utilizarlas.

C. AREA COGNITIVO – PSICOLÓGICA:

Las funciones superiores del ser humano son tremendamente complejas y suponen el fundamento de nuestro quehacer cotidiano. En cualquier tarea a realizar intervienen multitud de sistemas que se relacionan entre ellos. El entrenamiento de estos sistemas, su adecuación a la actividad cotidiana y la prevención de su deterioro son uno de los pilares del trabajo con mayores dependientes.

Objetivo general:

Conseguir que las funciones superiores de la persona mayor sean útiles buscando su carácter práctico y funcional.

Objetivos específicos:

1. Conseguir mejoras en funciones superiores tales como orientación temporo-espacial, memoria, calculo, lenguaje, atención, razonamiento lógico, resolución de problemas...
2. Conseguir que las funciones superiores entrenadas y mejoradas sean aplicadas de forma práctica para optimizar el estado funcional.
3. Observación e investigación de los posibles problemas psicológicos del mayor dependiente para intervenir sobre ellos.
4. Dar apoyo psicológico al mayor dependiente para que presente una actitud positiva frente a la dependencia.

D. AREA SOCIAL:

La comunicación es una necesidad básicamente social y un vehículo fundamental para la integración, normalización y aumento de la autoestima del individuo. Además es importante ofrecer otros sistemas alternativos que les posibilite una comprensión y expresión en su vida cotidiana y poder alcanzar así, un máximo desarrollo personal. Estos aspectos se convierten así en algunos de los objetivos prioritarios de la intervención con el colectivo de personas mayores, y con mucha más relevancia, si estos se encuentran en situación de aislamiento social o con riesgo de padecerlo.

Objetivo general:

Potenciar o estimular la socialización del mayor para aumentar su integración, normalización y autoestima.

Objetivos específicos:

1. Conseguir un conocimiento lo más completo posible del entorno físico y social del mayor.
2. Potenciar las habilidades sociales del mayor.
3. Aumentar la socialización del mayor y su relación con el entorno.
4. Prevenir el aislamiento social.

E. INTERVENCIÓN FAMILIAR:

Hemos hablado ampliamente de la necesidad de mantener al mayor en su entorno socio familiar. La familia y/o los cuidadores del mayor son otro de los pilares de los tratamientos que se realizan en los SED. Mantener al mayor integrado en su núcleo familiar aumenta su seguridad y favorece nuestra actividad. Al mismo tiempo debemos conseguir que la familia esté apoyada en todo momento para afrontar las dificultades que entraña la dependencia de uno de sus miembros.

Objetivo general:

Mantener integrado al mayor en su familia orientando y apoyando a ésta para que se altere en el menor grado posible su dinámica normal.

Objetivos específicos:

1. Mantener contacto activo con las familias orientándolas e intentando que intervengan en los tratamientos que se realizan con el mayor dependiente.
2. Dotar a los cuidadores de las aptitudes y destrezas necesarias para el cuidado del mayor.
3. Investigar e intervenir en los problemas que ocasione la dependencia del mayor en la dinámica familiar.
4. Ofrecer al cuidador/es un espacio de formación y comunicación con los profesionales del equipo.

F. SALUD INTEGRAL:

Al considerar al individuo como un todo no podemos olvidar que el origen de la dependencia está en muchas ocasiones originado en problemas de salud, y que en otras se puede ver agravada por nuevas entidades. Es por eso que dentro de la atención integral cobra una especial relevancia el cuidado de las patologías existentes y la prevención de nuevas. En este sentido y dentro de las limitaciones lógicas de los SED se plantea este programa con los siguientes

Objetivo general:

Controlar en la medida de lo posible las patologías del mayor para evitar que influyan negativamente en su nivel de autonomía.

Objetivos específicos:

1. Mantener contacto permanente con el médico de familia y los especialistas que atiendan a cada usuario.
2. Controlar los parámetros físicos básicos.
3. Controlar los factores de riesgo en los que se pueda intervenir en cada caso.
4. Realizar actividades de educación para la salud con usuarios y familias o cuidadores.
5. Entrenar a usuarios, familias y trabajadores para detectar alteraciones en el estado de salud, con las peculiaridades que estos toman en el mayor.
6. Concienciar a la comunidad de las actividades preventivas para evitar dependencias futuras.

G. FORMACIÓN CONTINUADA:

Continuamente se están produciendo cambios en el mundo científico. Nuevas técnicas, nuevas aportaciones, nuevas enfermedades que obligan a estar continuamente al día y replanteando las actuaciones que realizamos desde los SED. Todo ello nos obliga como equipo a formar al resto de los integrantes de cada especialidad de esas novedades. Esto sumado a la amplia gama de conocimientos que deben tenerse para el ejercicio de nuestras responsabilidades, hace necesario organizar las actividades de formación continuada y revisión sistemática de conocimientos y técnicas con el siguiente

Objetivo general:

Estar actualizados en cuantos conocimientos y técnicas sea necesario para el ejercicio adecuado de nuestra profesión mejorando así la atención del mayor y las funciones del equipo.

2ª PARTE

<p style="text-align: center;">EL SED en CENTRO de DÍA EXPERIENCIA de DAIMIEL (CIUDAD REAL)</p>
--

1. ORGANIZACIÓN del SED: ESTRUCTURA

1.1. Recursos materiales: instalaciones.

- 1.1.1. Idoneidad del Centro de Mayores.
- 1.1.2. El edificio: instalaciones específicas y compartidas.

1.2. Recursos humanos.

- 1.2.1. Composición del equipo.
- 1.2.2. Terapeutas ocupacionales.
- 1.2.3. Fisioterapeuta.
- 1.2.4. Trabajador/a social.
- 1.2.5. Auxiliares de clínica.
- 1.2.6. Médico de familia / coordinador.
- 1.2.7. Otros profesionales.

2. FUNCIONAMIENTO: PROCESO

2.1. El trabajo en equipo:

- 2.1.1. Coordinación.
- 2.1.2. Reuniones de equipo.

2.2. Actividades de los profesionales: valoración del mayor y plan de trabajo.

2.3. La coordinación con las familias.

3. SUPUESTOS PRÁCTICOS.

- 3.1. Caso 1.
- 3.2. Caso 2.

1. ORGANIZACIÓN del SED: ESTRUCTURA

1.1. Recursos materiales: instalaciones

1.1.1. Idoneidad del Centro de Mayores para ubicar un SED.

Los Servicios de Estancias Diurnas pueden ubicarse en diversos espacios: centros de mayores, residencias asistidas, unidades de media y larga estancia hospitalaria, centros exclusivos, y tantos modelos más como se quiera.

Es indiscutible que la mejor manera de trabajar con personas dependientes es su *ambiente habitual* (domicilio, barrio, ciudad...), lugares donde desarrollan su actividad diaria, su mundo de relación. La ventaja de trabajar en centros distintos al ambiente del individuo se reduce a criterios económicos y estructurales. Cuando ubicamos la atención en centros de mayores intentamos explotar al máximo estas ventajas al tiempo que añadimos algunas más:

1. El centro de mayores es un centro de ocio del mayor, donde acude para, una vez alcanzada la edad de jubilación, mantener una vida activa y de relación que, en muchas ocasiones podría perderse.
2. Las actividades de los centros son muy variadas, desde los simples juegos de mesa, talleres de manualidades, conferencias, conciertos, excursiones, charlas formativas...hasta lo más novedoso, talleres de informática, de manejo de móvil, teatro o cine, lo que posibilita al mayor menos dependiente un espacio donde ampliar su ocio.
3. Las personas que solicitan la atención de los SED son o han sido en muchas ocasiones usuarios del centro de mayores en mayor o menor medida, lo que supone que conocen el espacio físico donde van a realizar su tratamiento.
4. Del mismo modo los usuarios de los SED conocen a usuarios del centro de mayores, lo que produce un contacto directo y permanente, facilitando tanto el mantenimiento de las relaciones personales del mayor como la creación de nuevos vínculos de amistad.
5. Los usuarios del SED pueden participar en muchos actos sociales que se realizan en el centro, lo cual es beneficioso tanto para ellos como para los usuarios independientes del SED, que harán una labor de integración del mayor dependiente y asumirán de una manera natural el normal proceso de envejecer.
6. Los centros de mayores suelen ubicarse en lugares accesibles de las localidades, circunstancia que facilita el acceso tanto del mayor como de sus familiares y cuidadores.
7. Por el normal funcionamiento de los centros de mayores, el usuario que acude al SED no se siente "especialmente enfermo"

como ocurre en los casos de unidades de larga o media estancia hospitalaria o en el caso de centros residenciales.

8. Del mismo modo que los centro de mayores se integran en la comunidad, los SED quedan integrados en la misma, facilitando al mayor la relación con su entorno habitual.

1.1.2. El edificio, instalaciones específicas y compartidas:

Lo ideal, por criterios de accesibilidad y funcionales, es que las instalaciones de los SED estén situadas en plantas bajas y con todos los recursos en una misma zona. Pero en nuestro caso, fue primero el Centro de Mayores y después el SED. Comenzó éste con 20 plazas y luego se amplió a 30. Todos estos factores cambiaron la estructura tanto del SED como del edificio, quedando la situación como sigue:

a. Instalaciones específicas del SED:

1. **Sala de terapia:** situada en la planta baja, es de gran capacidad. Está separada del resto de las instalaciones y se emplea para recepción diaria, sala de estar de usuarios del SED, trabajos grupales, actividades recreativas exclusivas del SED, lugar de convivencia entre usuarios y área de descanso. Cada usuario tiene asignado un sitio para los trabajos grupales atendiendo a criterios de situación personal, afinidad entre individuos y tipo de terapia. La situación de los usuarios puede variarse atendiendo a estos criterios o en determinadas actividades. Cada usuario tiene una taquilla en esta sala para su medicación y enseres de aseo buco dental. En esta sala tienen su lugar las terapeutas ocupacionales (mesa individual, armario almacén de material de trabajo e historias clínicas y equipo informático) y las auxiliares de clínica (mesa individual, armarios almacén de material, hojas de registro).
2. **Comedor:** ubicado en la planta baja y cercano a los aseos adaptados, comparte sala con el salón polivalente del centro, del cual se separa con biombos. Los horarios de comida no coinciden con los de utilización de la sala como área recreativa ni sus mesas son empleadas para otra cosa que no sea comer.
3. **Gimnasio:** ubicado en la planta alta del edificio, es compartido con usuarios externos al SED, si bien no coinciden en horarios, empleándose por las mañanas para SED y por las tardes para usuarios externos. Comunica por medio de un cristal para control visual con el
4. **Despacho de la fisioterapeuta,** donde realiza las entrevistas personales, el trabajo administrativo y conservación de parte del material.

5. **Baño geriátrico:** en la misma planta alta y comunicado con el gimnasio se encuentra el baño geriátrico de uso exclusivo para el SED. Además de la dotación normal de todo baño geriátrico, cuenta con taquillas individuales donde se almacenan los enseres de baño de cada usuario y una muda. En esta sala se realizan los pesos periódicos.
6. **Sala de psicoestimulación:** situada en la planta alta es de uso exclusivo del SED, específicamente de las terapeutas ocupacionales. En ella se realizan trabajos grupales e individuales bajo los criterios de las terapeutas. Esta sala se emplea también para las reuniones de equipo (el problema de espacio es una constante en todos los centros).

b. Instalaciones compartidas:

1. **Sala polivalente:** lugar habitual de ocio en el centro de mayores, acoge también grandes eventos como espectáculos, fiestas, conferencias de interés general, conciertos...Algunos usuarios del SED, en los periodos de descanso salen a esta sala a compartir el ocio con amigos de la localidad, partidas de cartas, charla...Es compartida también en los eventos de cualquier índole que se celebran en el centro, en los que los usuarios de estancias diurnas están presentes. Tras la comida es utilizada por algunos usuarios del SED como lugar de reunión de sobremesa, compartida habitualmente con el personal del centro que se queda a comer.
2. **Sala de espera:** utilizada habitualmente como antesala del despacho del Consejo de Mayores del Centro, es utilizada con frecuencia como lugar de visita para amigos y familiares de los usuarios del SED. Al ser lugar de paso, en periodos de descanso algunos usuarios salen para conversar con amigos y conocidos que por allí pasan.
3. **Terraza:** lugar frecuentado en primavera y verano, es utilizado por los usuarios del SED de la misma manera que la sala anterior. Algunos usuarios salen simplemente para "tomar el aire".
4. **Biblioteca:** para los usuarios que tiene interés por la lectura es lugar de ocio compartido.
5. **Sala de usos múltiples:** situada en la planta superior se emplea según los horarios para usuarios del SED (logopedia) y usuarios no del SED (informática, taller de relajación, charlas formativas, conferencias a pequeños grupos, exposiciones, educación de adultos...).
6. **Gimnasio:** en el régimen antes mencionado.
7. **Unidad de Memoria:** esta sala de la planta superior se emplea para usuarios que presentan deterioro cognitivo leve – moderado, no siendo

parte del SED, si bien en algunos casos hay usuarios del SED que reciben tratamientos puntuales.

8. **Peluquería:** lugar muy frecuentado en el centro, se comparte en todo su horario con usuarios externos y del SED. Se convierte así en lugar de convivencia muy intensa entre unos y otros. Está ubicada en la planta alta.
9. **Sala de podología:** donde se realizan tratamientos y cuidados tanto a usuarios del SED como a externos sin distinción. También en la planta alta.
10. **Zonas de paso:** suelen tener asientos donde usuarios externos y del SED tienen un contacto permanente.
11. **Despacho médico:** lugar compartido como consulta médica y despacho de dirección del centro, pues en nuestro caso coinciden ambas figuras en la misma persona. Si bien el médico lo es para los USED, también debe realizar actuaciones urgentes puntuales por patología de los usuarios del centro (por suerte no muy frecuentes).
12. *Sótanos, almacenes, garaje, vestuarios, servicios y duchas de personal y salas de máquinas:* situadas en la planta sótano, no tienen acceso para personas ajenas a los servicios del centro.

En fin, todo el centro es utilizado en beneficio de los usuarios del SED en convivencia con el resto de usuarios, lo que propicia un alto nivel de integración y sociabilidad, y sólo algunas zonas son específicas del SED por necesidad de tratamientos o actuaciones que requieren concentración o pueden interferir en la dignidad individual de los mayores.

1.2. Recursos humanos:

1.2.1. Composición del equipo:

Basándonos en la definición de los SED, es fácil entender que la composición de los equipos de trabajo deben incluir distintas tipologías de profesionales con un objetivo común que queda definido en el "objetivo general" antes mencionado.

Al considerar la dependencia en todas las facetas del individuo debemos implicar, al intervenir, una amplia gama de profesionales con la mentalidad común de considerar al individuo como un todo y con capacidad de trabajo en equipo, fundamento de la importante tarea que se va a acometer.

Las disciplinas que trabajan en el SED deben ser aquellas que abarcan amplios conocimientos en las áreas a tratar, existiendo puntos de conexión entre

ellas ineludibles. El modelo bio psico social de enfermar debe estar entre los conocimientos básicos de los profesionales, así como amplios conocimientos técnicos en el tratamiento de las dependencias, en la relación con los usuarios y en el trabajo en equipo.

La consecución de los objetivos no será posible sin la colaboración y la implicación de todos los miembros del equipo de trabajo, que serán, al fin y al cabo, los agentes de salud integral conjuntamente con los cuidadores principales.

El profesional que trabaja en los servicios socio – sanitarios debe entender su labor no como un trabajo sino como una forma de vida, pues de la práctica diaria se derivaran importantes implicaciones emocionales que influirán de una manera decisiva en su mundo individual. En este sentido la unión existente entre los trabajadores del SED será fundamental para compartir esas experiencias y desarrollar actitudes comunes.

Deben los profesionales estar dispuestos a aceptar este reto y a cambiar su mentalidad clásica de cuidado por modelos más avanzados de interpretar el bienestar del usuario, entendiendo su capacidad de decisión, aunque en algunos casos sea mínima, y respetado y potenciando al máximo las capacidades existentes. En el siguiente apartado creemos que quedará entendido este concepto.

A continuación se describirá someramente a cada profesional del SED con sus funciones más características, si bien, como he dicho antes, en muchos casos se solapan. A lo largo del proceso, el aprendizaje mutuo y la implicación en el proyecto, llevará a los profesionales a una estrecha colaboración, asumiendo en muchas ocasiones funciones que por la naturaleza de la disciplina que representan no estarían incluidas entre sus funciones habituales.

1.2.2. Terapeutas ocupacionales:

Es esta una amplia disciplina a menudo mal entendida simplemente como "actividades manuales" o de ocio. En este sentido es necesario distinguir al terapeuta ocupacional del animador sociocultural o del monitor de talleres ocupacionales. Es por ello que se hace necesario definir el ámbito de trabajo del/la terapeuta ocupacional.

*La herramienta de trabajo del Terapeuta Ocupacional es la **Actividad Intencionada**, esto es, con un significado o dirigida a un propósito dado. El uso terapéutico de actividades de autocuidado, laborales y de ocio permitirán lograr los objetivos del tratamiento.*

Todas las actividades utilizadas en Terapia Ocupacional, sea cual sea su naturaleza, se eligen por razones específicas en cada caso. Cada actividad debe dirigirse a un objetivo específico y debe ser significativa y relevante para el

individuo en mayor o menor medida, según el estadio de tratamiento en que se encuentre. Está relevancia o este significado debe ser apreciado por el usuario.

La/el terapeuta ocupacional, por las características de su perfil profesional, realizará:

1. Las valoraciones iniciales previas al ingreso del usuario en el SED.
2. Asimismo, realizará la valoración y evaluación global del residente a nivel físico, cognitivo y socio – relacional, su independencia para las "actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas" y las ayudas técnicas necesarias para la realización de las mismas.
3. Realizará una planificación del tratamiento junto con el resto de profesionales.
4. Los tratamientos básicos que realizarán son:
 - a. habilitación / rehabilitación de las destrezas y habilidades sensoriales, motoras, cognitivas y sociales.
 - b. Entrenamientos en las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales y avanzadas.
 - c. Visitar el domicilio de los usuarios para entrenar las AVD y valorar las adaptaciones necesarias.
 - d. Determinación y adaptación de ayudas técnicas así como entrenamiento en el uso de las mismas.
 - e. Educación y entrenamiento de ergonomía: economía articular funcional, simplificación de tareas, conservación de la energía e higiene postural.
5. Hará seguimiento y evaluación de los tratamientos aplicados.
6. Diseñará, planificará y organizará las actividades de ocio y tiempo libre del SED tanto fuera como dentro del centro.
7. Realizará cuantos informes, registros y resto de trabajos administrativos como sean oportunos, tanto para el usuario como para la familia o para la comunicación con otros profesionales.
8. Mantendrá contactos continuados con los familiares con objeto de informarles sobre las actividades realizadas por el usuario (siempre con el consentimiento de éste si es posible), y para coordinar su desarrollo individual.

1.2.3. Fisioterapeuta:

Al igual que las actividades de terapia ocupacional, todas las actividades utilizadas en fisioterapia, se eligen por razones específicas en cada caso, debe dirigirse a un objetivo específico y debe ser significativa y relevante para el usuario.

La/el fisioterapeuta realizará las siguientes funciones:

1. Exploración y valoración global y en concreto físico – funcional del usuario.
2. Valoración del usuario en el domicilio cuando sea necesario, básicamente indicado por el resto del equipo.
3. Prescripción y realización del tratamiento adecuado según la valoración realizada o según las directrices del médico. Así mismo se realizarán los tratamientos que, en coordinación con las terapeutas ocupacionales, se consideren oportunos para cada usuario.
4. Hacer seguimientos y evaluaciones de la aplicación de los tratamientos, modificándolos cuando sea preciso.
5. Informar detalladamente al paciente (o en su caso a un familiar) del tratamiento que se le aplica para que pueda realizarlos también en su domicilio si se diera el caso. Esta información será valorada por el usuario y/o el familiar para que firme si es oportuno el consentimiento informado.
6. Los tratamientos a aplicar desde fisioterapia serán básicamente:
 - a. Electroterapia: ultrasonidos, TENS, aplicación de corrientes eléctricas de baja intensidad...
 - b. Termoterapia: infrarrojos, parafina, hidrogel...
 - c. Hidroterapia.
 - d. Poleo terapia (terapia con poleas y pesos).
 - e. Cinesiterapia: movilización de las diferentes partes del cuerpo.
 - f. Masajes localizados.
 - g. Técnicas neurológicas.
 - h. Enseñanza y seguimiento de ejercicios específicos para cada paciente y de higiene postural (ergonomía).
 - i. Realización de tablas de gimnasia con los usuarios.
 - j. Seguimiento y supervisión de las actividades de mecano terapia realizadas, como son los autopasivos, bicicleta, rueda de hombro...
7. Trabajo administrativo: realización de historias fisioterápicas, informes durante el proceso y al alta, realización de estadísticas y partes mensuales y otras similares.
8. Mantener contactos continuados con los familiares (con el consentimiento de los usuarios).
9. Colaborar en el diseño, planificación y organización de las actividades de ocio y tiempo libre del SED dentro y fuera del centro.

1.2.4. Trabajador/a social:

Como en el resto de profesionales, las actividades del/la trabajador social dentro del SED deben ir encaminadas a la consecución de objetivos concretos con cada usuario. En este sentido las actividades a realizar son las siguientes:

1. Recibir las solicitudes en el SED, informar sobre el servicio y orientar hacia el recurso más adecuado según las características del solicitante y en colaboración con el terapeuta ocupacional.
2. Valoración del usuario en el domicilio junto con la/el terapeuta ocupacional, con especial atención a su situación social, familiar y económica.
3. Valorar las ayudas sociales a las que el usuario tenga derecho según su situación personal y realizar los trámites pertinentes.
4. Mantener contacto directo y continuado con los usuarios y sus familias y/o cuidadores principales, realizar genogramas y valorar la red de apoyos formales e informales del usuario.
5. Coordinarse con el resto de equipo en las "reuniones de equipo" valorando y evaluando la evolución de la situación social y familiar del usuario.
6. Realización de trabajo administrativo correspondiente, a saber, informes sociales, contacto con las distintas administraciones, tramitación de incapacidad cuando sea necesario, ayuda a domicilio, ayudas técnicas, ayudas económicas, adaptación de vivienda, y en definitiva, cuantos recursos sean precisos.
7. Colaborar en el diseño, planificación y organización de actividades de ocio y tiempo libre del SED dentro y fuera del centro.
8. Valorar junto con el equipo el cese en el servicio cuando así se considere presentando las posibles alternativas según los recursos disponibles.

1.2.5. Auxiliares de clínica:

La/el auxiliar de clínica en el SED tiene funciones mucho más amplias que las de su propia disciplina, pues realizan actividades tanto de auxiliar de clínica como de auxiliar de terapia, colaborando íntimamente con el resto de profesionales y participando plenamente en la consecución de los objetivos. La/el auxiliar de clínica está plenamente concienciado de los objetivos y forma de trabajo del SED, y sus funciones son.

1. Valoración del usuario a su ingreso en colaboración con el/la terapeuta ocupacional, observará sus movimientos, las tareas que puede y no puede realizar, su nivel de auto cuidado, su adaptación al servicio, sus gustos y aficiones, la relación con sus familias y amigos, en definitiva cualquier cosa que pueda

complementar la valoración de la terapeuta y sirva para planificar su tratamiento.

2. En la reunión del equipo aportara todas estas informaciones y participará de forma activa en la puesta en práctica de los tratamientos de terapia y fisioterapia, planteando los posibles problemas del SED y participando en sus soluciones.
3. Colaborará en la información a las familias y a los usuarios sobre actividades y procedimientos del SED.
4. Colaborará en la planificación y ejecución de las actividades de ocio y tiempo libre dentro y fuera del centro.
5. En la actividad diaria, además del cometido anterior realizará:
 - a. Traslado de usuarios (ida y vuelta) y su recepción en el centro.
 - b. Traslado de usuarios dentro del centro como apoyo a los mismos.
 - c. Traslado al centro de salud de usuarios que lo necesiten según lo indique el médico.
 - d. Toma de constantes según cuadrante, administración y control de la medicación, cambios posturales y pequeñas curas.
 - e. Acompañamiento al aseo de los usuarios que lo precisen.
 - f. Cambios posturales de algunos usuarios y supervisión de movilización en otros.
 - g. Realización de baños como supervisoras del mismo y colaborando con el usuario cuando sea preciso, bajo el control de la terapeuta ocupacional.
 - h. Colaboración en el departamento de fisioterapia bajo la supervisión de la fisioterapeuta.
 - i. Colaboración con el médico en cualquier tarea para la que sean requeridas y como vehículo de información.
 - j. Reparto de comidas y meriendas supervisando la alimentación del usuario, observando y colaborando cuando sea preciso en la administración del alimento, todo ello bajo la supervisión de la terapeuta ocupacional.
 - k. Organización de las salas de terapia y fisioterapia.
 - l. Acompañamiento de los usuarios durante el periodo de descanso prestando atención a las posibles incidencias que pudieran aparecer.
 - m. Transmisión de información informal a los familiares y de estos a otros profesionales.
 - n. Trabajo administrativo: registros, libro de incidencias diarias, participación en informes a usuarios y familiares...

1.2.6. Médico de familia / coordinador:

En nuestro centro la figura de coordinador coincide con la de médico de familia. Las actividades a realizar son las siguientes:

1. Como médico de familia:
 - a. Valoración del usuario antes del ingreso cuando sea requerido para ello por la terapeuta ocupacional.
 - b. Valoración del usuario al ingreso, realización de historia clínica completa y recomendaciones al usuario o su familia en caso de detectar patologías no controladas o parámetros anormales.
 - c. Supervisión de la medicación y de los tratamientos realizados por otros profesionales indicando sus riesgos y/o beneficios según en caso.
 - d. Valoración de la dinámica familiar en colaboración con el resto de profesionales.
 - e. Controlar el programa de nutrición.
 - f. Realizar el seguimiento de constantes y de procesos que pudieran aparecer, derivando a otros niveles de atención cuando sea preciso.
 - g. Atender los casos de urgencia que pudieran presentarse.
 - h. Participar con el resto del equipo en el seguimiento y control de los tratamientos.
 - i. Formar a los profesionales del equipo en patologías frecuentes del mayor dependiente y en situaciones de urgencia.
 - j. Formar e informar al resto del equipo en las patologías individuales de los usuarios, su tratamiento y sus cuidados y controles específicos.
 - k. Realizar cuantos informes sean necesarios de la naturaleza y evolución de los procesos que presente el usuario.
 - l. Colaborar en las medidas de higiene personal del usuario.
 - m. Colaborar estrechamente con los profesionales del centro de salud de la localidad, así como con los especialistas de área a los que pueda ser derivado el usuario.
 - n. Participar en los programas de salud comunitaria de la zona.

2. Como coordinador del equipo:

- a. Definir los objetivos del servicio junto con el resto de profesionales.
- b. Determinar junto con el resto de miembros del equipo, las actividades, coordinando las tareas específicas de cada uno de ellos.
- c. Implicar a los profesionales del equipo en la consecución de los objetivos individuales y colectivos trabajando conjuntamente y ordenando la comunicación y la colaboración entre los miembros.
- d. Aunar y ordenar criterios en el trabajo en equipo, incentivando la participación activa y la asunción de responsabilidades por parte de sus miembros.
- e. Ser receptor de las dificultades y problemas del trabajo diario, tanto individual como del equipo, ordenar las posibles soluciones y plantear al grupo la discusión de las mismas.
- f. Convocar y dirigir las reuniones del equipo, orientándolas hacia la consecución de los objetivos.
- g. Organizar el uso de las instalaciones, las compras de material y la distribución del trabajo.
- h. Comunicarse con las familias e intentar solucionar cualquier situación conflictiva siempre con la colaboración del resto de profesionales.
- i. Representar al equipo y coordinarse con otras instituciones y entidades tanto locales como provinciales y regionales.
- j. Defender los intereses de los usuarios respetando en todo momento la autonomía de los mismos y los principios de justicia, igualdad, equidad y privacidad.
- k. Controlar el presupuesto del centro siguiendo los principios de eficiencia y eficacia.
- l. Realizar las liquidaciones mensuales de la aportación que los usuarios realizan en forma de tasas y pago de las comidas al servicio de restauración.
- m. Organizar actividades de información y promoción del servicio.
- n. Otras actividades derivadas de la condición de director del centro de mayores.

Además de las funciones especificadas para cada profesional del equipo existe una serie de actividades o funciones que son comunes a todos sus miembros y que pasamos a desglosar:

1. Participar en las reuniones de equipo, en las que, entre otras actividades, realizará la puesta en común de los problemas,

- soluciones y alternativas relacionadas con los programas generales e individuales de cada usuario.
2. Trabaja como docente en convenio con distintas instituciones de enseñanza, básicamente en colaboración con la universidad. Del mismo modo será docente con el resto de profesionales del equipo.
 3. Colaborará en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información a las familias de los usuarios y a las instituciones.
 4. Concienciará y orientará a los usuarios en el cumplimiento de sus tratamientos y normas de convivencia, vigilando especialmente a aquellos que presenten conductas desadaptativas para evitar situaciones de riesgo propias y ajenas.
 5. Valorará y realizará las compras de material necesarias para el adecuado ejercicio de sus funciones junto con el coordinador del centro.
 6. Participarán en los trabajos de investigación llevados a cabo en el centro.
 7. Se mantendrán permanentemente actualizados a cerca de los conocimientos, técnicas y métodos de su especialidad.

1.2.7. Otros profesionales de apoyo:

En nuestro centro contamos con otros profesionales que realizan actividades importantes para todo el centro de las que nos beneficiamos en el SED. Son miembros del equipo de trabajo del centro y participan en las reuniones del equipo de estancias diurnas cuando son requeridos para ello. Su trabajo es complementario en el SED, pero no por ello prescindible, realizando una labor de gran importancia sin la cual difícilmente podría funcionar el servicio. Son los siguientes:

1. **Conserje:** papel fundamental en el SED, colaborando en tareas mantenimiento del material, apertura y cierre del centro, ayuda en los traslados, control de salidas, orientación e información a usuarios, control de teléfono, fotocopias, compras, y un largo etcétera de pequeñas cosas que sólo son percibidas cuando él falta.
2. **Conductores:** además de ser fundamentales para los traslados diarios al centro de mayores y puntuales al centro de salud, colaboran en las actividades externas del centro cuando es necesario (traslado de determinados usuarios), y son un apoyo en las relaciones sociales de los usuarios.
3. **Logopedas:** para el SED son un apoyo de gran valor en terapia individual de los usuarios. Se coordinan con las terapeutas ocupacionales para los tratamientos.

4. **Personal del servicio de restauración:** su coordinación con el SED en el programa de nutrición es fundamental.
 5. **Peluquera:** además de sus funciones habituales en el centro, su labor en el programa de higiene e imagen corporal y en las relaciones sociales de los usuarios es de gran importancia.
 6. **Podólogo:** la salud de los pies es un elemento que en ocasiones es primordial para poder realizar determinados tratamientos, por lo que su labor es también de gran importancia en el SED.
 7. **Personal de limpieza:** no debemos olvidar su labor, pues es de capital importancia encontrar diariamente un ambiente limpio y ordenado, al tiempo que, como centro socio – sanitario, es fundamental un cuidado extremo de las zonas de uso común.
-

2. FUNCIONAMIENTO: PROCESO.

2.1.El trabajo en equipo:

2.1.1. El trabajo en equipo y su coordinación:

Hasta ahora hemos hablado de los profesionales y sus funciones de una forma más bien genérica, dejando claro en muchos puntos la importancia del trabajo en equipo, pero ha llegado el momento de hablar de forma más profunda del significado e implicaciones del término "EQUIPO MULTIDISCIPLINAR" y de cómo se debe trabajar bajo esta estructura funcional.

Un equipo puede ser definido según A. Martín Zurro como **"un grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con una metodología compartida, frente a un objetivo común, teniendo claros los intereses comunes del colectivo y compartiendo la responsabilidad de los resultados"**.

Partiendo de esta definición podemos clasificar a los profesionales de los servicios de estancias diurnas desde un punto de vista funcional en **"núcleo básico del equipo"** y **"elementos de apoyo"**. En nuestro caso el núcleo básico lo constituyen las/os terapeutas ocupacionales, la/el fisioterapeuta, la/el trabajador/a social, las/os auxiliares de clínica, el/la médico de familia y la figura de coordinador que puede ser asumida por múltiples profesionales y que en el caso que se trata es asumida por el médico. Los elementos de apoyo lo constituyen el resto de profesionales antes mencionados.

Para constituir un equipo eficaz son fundamentales los siguientes elementos:

- a. Unión de profesionales con un objetivo común.
- b. Conocimiento de las funciones de cada miembro del equipo y cómo estas contribuyen al objetivo común.
- c. Coordinación eficaz de profesionales.
- d. Organización y consenso en el trabajo.
- e. Planteamiento de problemas y toma de decisiones con implicación de todos los miembros.
- f. Valoración crítica común de resultados con vistas a una mejora continua de los servicios.

Analizaremos a continuación cada una de estos elementos para una mejor comprensión del trabajo en equipo.

a. Unión de profesionales con un objetivo común:

El conocimiento de los objetivos dentro del SED es fundamental para su consecución. Esta afirmación que parece innecesaria es el fundamento para formar el equipo. Cada profesional tiene que interiorizar el objetivo del SED, madurarlo y adaptar a él su aportación profesional. Es imprescindible conocer el por qué de los servicios de estancias diurnas, el para qué de cada actividad que se desarrolla y adaptar la mente para los cambios en la forma de cuidado que se van a plantear. Debe tener claro cada uno de los términos de la definición de SED y basar en ellos su forma de trabajo, una forma de trabajo que es necesariamente compartida si se quiere alcanzar un alto nivel de calidad en la atención.

b. Conocimiento de las funciones de cada miembro:

Es común en uniones de profesionales que cada uno cumpla sus funciones de la mejor manera sin conocer las funciones de los que trabajan a su alrededor. Una de las características que diferencian un equipo de un grupo de profesionales es el conocimiento de las distintas disciplinas que trabajan con ese objetivo común. La formación de los profesionales en las funciones de cada miembro del equipo es fundamental para entender y delimitar los campos de actuación de cada uno de forma consensuada, pues es común en el campo socio – sanitario que se solapen funciones de distintos profesionales, siendo éste un elemento de roce entre los miembros que puede dificultar la atención al usuario. El conocimiento de las funciones de cada miembro producirá un mejor entendimiento y facilitará el trabajo, al tiempo que producirá una mayor satisfacción personal y grupal.

c. Coordinación eficaz:

La figura de coordinador supone el perfecto conocimiento de los objetivos del servicio y de las funciones de sus miembros. Debe implicar al resto de profesionales en los objetivos a conseguir y en los problemas que surgen en el quehacer diario. Al mismo tiempo debe ser capaz de integrar los distintos elementos de la ecuación y dirigir los pasos del grupo cuando se desvían del objetivo.

El trabajo con mayores dependientes es con frecuencia ingrato en la consecución de objetivos, la plasticidad del mayor no es la del niño, su capacidad de aprendizaje es más lenta y menor. Esto unido a las influencias emocionales inevitables cuando el trabajador se implica en el SED y a la evolución normal del mayor dependiente, con pérdidas afectivas importantes y planteamientos filosófico-morales de su atención, produce con frecuencia la desmotivación y la desorientación del grupo. La coordinación eficaz supone la motivación y orientación del grupo y la individual de sus miembros cuando es necesario.

Por otro lado, la utilización eficiente de los recursos tanto materiales como humanos, si bien es tarea de todo el equipo, debe ser orientada por la figura del coordinador.

Es también esta figura la que representará al equipo ante cualquier institución, la que defenderá sus intereses y los de los usuarios y la que, de alguna manera, debe ir abriendo el camino para que todos puedan ejercer sus funciones de manera adecuada.

d. Organización consensuada:

En la organización del SED deben intervenir todos los profesionales una vez conocidas las funciones básicas de cada miembro y los objetivos que se pretenden conseguir. Horarios de trabajo, organización de tareas en cada programa a desarrollar, funciones específicas dentro del equipo, forma de comunicación entre los miembros del mismo y con otros profesionales, planificación al fin y al cabo del SED en toda su amplitud, debe ser consensuada entre todos los integrantes, pues será la mejor manera de evitar conflictos entre ellos.

Esta organización nunca debe ser rígida, siempre debe estar abierta a cambios. La evolución de cada servicio traerá problemas distintos que deben provocar cambios en la organización. Por tanto, los miembros del equipo deben ser dinámicos y humildes, dinámicos para poder cambiar y humildes para poder pactar posturas que con frecuencia serán encontradas.

e. Implicación de los miembros en problemas y decisiones:

Una de las características de los equipos de trabajo es su implicación tanto en los triunfos como en los fracasos. De la misma manera deben implicarse en los problemas que surjan y en sus decisiones. Partimos en todo momento de la igualdad entre los miembros del equipo, nadie es más que nadie, y desde esta perspectiva los problemas que puedan surgir son de todos, por lo que todos deben tener clara su responsabilidad en las decisiones, que como antes decíamos, deben ser consensuadas.

La participación de todos los miembros del equipo en los problemas unirá más a sus integrantes y les ayudará a compartir las dificultades diarias, al tiempo que aumentará su nivel de satisfacción personal y el nivel de calidad en la atención del usuario.

f. Valoración crítica y mejora permanente:

Es fundamental para el profesional de los servicios socio – sanitarios la autocrítica permanente con el objetivo de mejorar. El SED se comporta como un todo en este sentido y debe hacer controles de calidad permanentes. Es fundamental conocer el grado de satisfacción de los usuarios y el grado de consecución de los objetivos propuestos. De este conocimiento derivarán las propuestas de mejora para el servicio.

Volvemos a hablar en este punto de humildad en el grupo para asumir errores y capacidad para cambiar actitudes y métodos cuando estos no son eficaces. Desde este punto de vista, el equipo de trabajo del SED debe estar permanentemente actualizado en conocimientos científico – técnicos y en nuevas tecnologías y metodologías, incorporando todos aquellos elementos que impliquen un avance en la calidad de la atención que se presta.

2.1.2. Las reuniones de equipo:

En todo este contexto debemos hablar de las reuniones de equipo, pues de ellas depende en gran medida el buen funcionamiento y la buena relación entre profesionales. Evidentemente debe existir una comunicación informal permanente entre los miembros del equipo y una comunicación formal igualmente permanente, habitualmente escrita, en forma de historia clínica. Además debe existir comunicación en forma de paneles informativos, notas, y cualquier medio que sea oportuno.

Pero las reuniones de equipo son algo más que todo esto, se convierten en el núcleo en torno al cual se organiza todo el trabajo, y como tal tiene unas características que las definen, a saber:

- Igualdad entre todos sus miembros.
- Preparación previa de los temas a tratar para evitar pérdidas de tiempo innecesarias.
- Claridad de objetivos generales del grupo y de objetivos particulares de la reunión.
- Serenidad y cambio de opiniones, nunca enfrentamiento de posturas ni acaloramiento personal ni dogmatismos.
- Mantener el principio de "ser solucionólogos" y no "problemólogos".
- Todos son igualmente responsables.
- Cada reunión tiene que obtener sus conclusiones y sus consecuencias.

Los temas a tratar en las reuniones de equipo son muy variados, pero pueden ordenarse de la siguiente manera:

1. Valoración inicial de usuarios.
2. Valoración periódica de usuarios.
3. Valoraciones globales del servicio e individuales de los distintos programas.
4. Organización de horarios generales.
5. Organización de servicios.
6. Puesta en marcha de nuevas ideas e iniciativas.
7. Planificación de actividades con los usuarios del servicio.
8. Planificación de las actividades con familias.
9. Planificación de las actividades de formación continuada.
10. Problemas y soluciones.

2.2.El plan de trabajo: la actividad de los profesionales.

Para entender cómo empieza el equipo a funcionar, las actividades de cada miembro desde la valoración inicial hasta la puesta en marcha del plan individualizado de trabajo y cómo cada profesional se coordina con el otro, vamos a tomar el caso de un usuario que se acerca al Centro de Mayores pidiendo información de los SED.

Normalmente pide información un familiar del mayor con o sin el consentimiento de éste. Es el conserje del centro quien orienta al solicitante hacia el servicio de trabajo social con cita reglada.

La información: el departamento de trabajo social:

Será el/la trabajador/a social quien reciba en primera instancia la petición de información e ingreso en el SED. Comienza aquí su labor que, en un principio, consistirá en:

1. Realización de historia social detallada donde se incluirá situación económica, red de apoyo social y familiar e información sobre la vivienda.
2. Información sobre los recursos existentes e idoneidad de los mismos según la necesidad y las preferencias del interesado que debe estar presente en todo momento.
3. Si es idóneo para el servicio de estancias diurnas y solicita este servicio, información más detallada de los requisitos para ser considerado como solicitante, además de visita al servicio como primera toma de contacto con el recurso.
4. En el caso de no poder venir al centro para ser informado del recurso, concertar visita de valoración en domicilio, que en todo caso quedará concertada para la valoración por la terapeuta ocupacional.

La trabajadora social informará a la terapeuta ocupacional de la nueva solicitud y quedará concretada la cita para valoración en el domicilio. Esta valoración es fundamental si queremos seguir los principios del servicio, pues del conocimiento del entorno derivarán conclusiones sobre necesidades concretas del solicitante, al tiempo que será en su terreno donde la valoración será más eficaz.

La valoración domiciliaria inicial:

En principio será realizada por la terapeuta ocupacional y la trabajadora social. Puntualmente y bajo indicación de estas profesionales, la fisioterapeuta o el médico podrán complementar la visita.

Los objetivos de esta visita se han esbozado antes y los concretamos en:

1. Evaluar la idoneidad del recurso para el solicitante.
2. Conocer en su medio habitual al solicitante.
3. Explorar someramente las áreas deficitarias.
4. Explorar la situación socio familiar.
5. Explorar lo que el mayor espera del recurso y explicar las limitaciones del mismo.
6. Realizar un informe de aptitud o no aptitud para el recurso una vez valorados todos los ítems a explorar por parte del equipo.

Para conseguir estos objetivos cada profesional realizará una serie de actividades que se desglosan a continuación:

a. Trabajadora social:

- Nueva explicación del servicio a usuario y familia.
- Entrevista centrada en el apoyo familiar.
- Investigación sobre condiciones de la vivienda y los recursos económicos del mayor.

b. Terapeuta ocupacional:

- Observación del mayor durante la entrevista con la trabajadora social.
- Investigación del nivel de dependencia: la realizará la terapeuta ocupacional mediante la entrevista personal apoyada con la orientación de test de valoración de las actividades de la vida diaria (escala de Lawton y Brody e índice de Barthel) y la observación del mayor en su entorno. Asimismo valorará la necesidad de ayudas técnicas en el mismo domicilio.
- Investigación del deterioro cognitivo: se basará igualmente en la entrevista personal apoyada con el Mini Mental adaptado por Lobo & col., y la entrevista a la familia o cuidador. Se empleará en este momento de forma igualmente orientadora la escala de deterioro global de Reisberg.

- Investigación de los apoyos familiares y sociales: se basará en la entrevista personal y la observación de las relaciones familiares con el mayor dependiente.
- Investigación de las condiciones de la vivienda sobre todo cuando el mayor vive solo. De ésta se valorará especialmente el aseo y el dormitorio, observando el nivel de dependencia del mayor en estos entornos.

De toda esta valoración se obtiene un informe preliminar que orientará sobre la idoneidad o no del servicio de estancias diurnas para el mayor solicitante. En caso negativo se orientará por parte de la trabajadora social hacia el recurso más adecuado para la atención del mayor.

Nuestro informe se adjuntará en cualquier caso a la solicitud del usuario junto con el informe social obligatorio, el informe médico (realizado por su médico de familia), la situación económica del solicitante, certificado de empadronamiento, certificado de convivencia y baremo provisional que, a decir verdad, no se adapta en absoluto a la realidad de los servicios de estancias diurnas tal y como se indicó al principio de este texto, pues valora con más puntos las situaciones de más deterioro físico – cognitivo – funcional, dándose circunstancias paradójicas en las que el equipo de valoración (que es quien conoce al mayor solicitante) no lo considera apto para el servicio por su alto nivel de dependencia pero por baremo tendría prioridad sobre mayores que son susceptibles de beneficiarse del recurso en cuestión.

Pasado un tiempo administrativo prudencial y dependiendo de la disponibilidad de plazas en el servicio, llegará la resolución de ingreso en el SED del solicitante (normalmente calificado como apto por el equipo), que pasaremos a llamar usuario.

La valoración al ingreso:

Comienza en este momento el trabajo coordinado de todos los profesionales del SED. Las misiones de cada profesional en este momento se pueden desglosar de forma operativa y con fines didácticos en las siguientes:

a. Trabajadora social:

- Será la encargada, a la recepción, de explicar los tramites administrativos que se seguirán en el SED durante la estancia del usuario (forma de pago de tasas, solicitud de otros recursos...). Además será la encargada de explicar y firmar junto con el usuario y la familia la

aceptación de las normas que rigen el servicio, entre las que se encuentran las causas de cese en el mismo.

- Completará la historia social con nuevos datos que aporten usuario o familiares y planificará posibles visitas al domicilio si fuera oportuno.

b. Terapeuta ocupacional:

Junto con la fisioterapeuta, será la base de la valoración del mayor dependiente en el SED. De sus conclusiones derivará la parte más importante del plan de actuación individualizado, si bien éste se definirá completamente en la reunión de valoración del equipo.

Las actividades a realizar son las siguientes:

- Recepción en el SED junto con las auxiliares de clínica, presentación de usuarios y ubicación provisional en espera de valoración.
- Antes de comenzar la valoración exhaustiva se abre un periodo de adaptación de unas 2 semanas para que el usuario se familiarice con el servicio, sus compañeros y los profesionales. Durante este periodo tanto terapeutas como auxiliares realizarán una observación del comportamiento y dificultades del mayor. La fisioterapeuta comienza ya su valoración físico – funcional.
- Pasado este periodo de adaptación se realiza una *entrevista personal* por parte de la terapeuta ocupacional donde se explicará de nuevo el funcionamiento y utilidad del servicio y el por qué de las preguntas de la entrevista. Esta será una entrevista semiestructurada donde, además de los items preguntados, se valorará el lenguaje no verbal, las necesidades e inquietudes, los miedos y expectativas del mayor en relación con el SED.

Investigación por áreas:

1. Realización de las AVD: se le preguntará cómo realiza las AVD. De todas ellas y de forma individual se preguntará:
 - Frecuencia.
 - Necesidad de ayuda para la realización.
 - Dificultades que encuentra al realizarlas.
 - Expectativas de mejora en su realización.

1.1. Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

1.1.1. Aseo e higiene personal:

- a. Bañarse y/o ducharse.
- b. Cuidado de manos y pies.
- c. Cuidado de la piel.
- d. Higiene bucal.
- e. Cuidado del pelo y de uñas.
- f. Afeitado.
- g. Maquillarse.
- h. Higiene personal relacionada con los procesos de excreción (orina y heces).

1.1.2. Vestido.

1.1.3. Hábitos de Vida:

- a. Hábitos de alimentación.
- b. Hábitos de sueño.
- c. Hábitos de salud.

1.1.4. Movilidad funcional:

- a. Andar.
- b. Desplazarse por el entorno.
- c. Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento.
- d. Andar y moverse, otro especificado y no especificado.

1.2. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

1.2.1. Desempeño Social:

- a. Autoadministración económica.
- b. Uso y manejo de medios de transporte.
- c. Uso y manejo de medios de comunicación.
- d. Trámites burocráticos.

1.2.2. Vivienda:

- a. Conseguir un lugar para vivir.
- b. Elaborar comidas.
- c. Cuidar de la ropa y otros enseres.
- d. Limpiar y reparar el hogar.
- e. Cuidar de los objetos personales y de los del hogar.
- f. Uso y manejo de electrodomésticos.
- g. Prevención de accidentes domésticos.

1.3. Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD)

1.3.1. Ocupación del tiempo libre:

- a. Juegos.
- b. Deporte.
- c. Arte y cultura.
- d. Manualidades.
- e. Música.
- f. Religión y espiritualidad.
- g. Viajes.
- h. Actividades formativas (educativas y/o vocacionales).
- i. Actividades laborales familiares (cuidado del campo, empresas familiares, etc.).
- j. Cuidado de otros (cuidado de niños, cuidado de familiar con discapacidad, cuidado de cónyuge, etc.).
- k. Otros (nuevas tecnologías: Internet, informática, etc.).

1.3.2. Relaciones interpersonales.

1.3.3. Utilización de recursos.

2. Investigación sobre capacidades: Para la realización de las AVD es necesario que de forma coordinada y automática se pongan en marcha una serie de capacidades sobre las cuales será interrogado el usuario:

2.1. A nivel físico:

2.1.1. Valoración de la fisioterapeuta:

- a. Balance Articular.
- b. Balance Muscular.
- c. Dolor.
- d. Equilibrio en sedestación y bipedestación.
- e. Coordinación.
- f. Sensibilidades: térmica, táctil y propioceptiva.
- g. Presencia de edemas y varices.
- h. Estado de la piel.
- i. Funcionalidad.

2.1.2. Valoración de capacidades sensorio - motoras por la terapeuta ocupacional:

- a. Integración sensorial:
 - Conciencia sensorial

- Procesamiento sensorial
 - Destrezas perceptuales
 - Percepción del dolor
- b. Neuromuscular :
- Reflejos: arco de movimiento, tono muscular, fuerza, resistencia, control postural.
- c. Capacidad motora:
- Tolerancia a la actividad
 - Coordinación motora gruesa
 - Lateralidad
 - Integración bilateral
 - Praxias
 - Coordinación motora fina
 - Integración visuomotora
 - Control oral motor

Se realizan preguntas sobre las actividades que anteriormente han comentado que les cuesta realizar:

Ej.-" Me dijo que por la mañana le cuesta vestirse, ¿por qué es?, ¿es que le duele algo?. Tóquese el hombro."

2.2. A nivel cognitivo:

- 2.2.1 Test de atención-concentración.
- 2.2.2 Mini-mental.
- 2.2.3 Percepción del deterioro.
- 2.2.4 Depresión encubierta en el anciano.
- 2.2.5 Valorar: comprensión, orientación, memoria, lenguaje, en fin, todas las funciones superiores.

2.3. A nivel psico - sociológico:

2.3.1 Capacidades Psicológicas:

- a. Patrón de pensamiento.
- b. Patrón de sentimientos / emociones.
- c. Causalidad personal (Autoestima, seguridad, etc.).
- d. Valores e intereses.
- e. Destrezas para resolver dificultades.
- f. Autocontrol.

2.3.2 Habilidades Sociales:

- a. Conducta social.
- b. Conversación.
- c. Expresión.
- d. Asertividad.
- e. Comunicación verbal y no verbal.

NOTA : se valora en sesiones grupales la capacidad de mantener conversaciones y de iniciarlas así como si se tiene un estilo de comunicación asertivo, pasivo, agresivo o de otro estilo.

A raíz de esta valoración inicial se detectan los problemas y se marcan los objetivos de tratamiento, siempre teniendo en cuenta la **percepción de necesidades** del usuario que no debe ser ajeno a los tratamientos e intervenciones que se van a realizar (las necesidades del equipo respecto al usuario puede que no coincidan).

Hay que tener al usuario en cuenta a la hora de marcar los objetivos y planificar el tratamiento (ej.- preguntarles que les gustaría cambiar, qué creen que pueden mejorar y para qué).

Nótese la forma de estructurar la valoración y su sentido. No está de más volver a incidir sobre estos términos. El *objetivo* de la valoración que han realizado las terapeutas ocupacionales y la fisioterapeuta es *determinar las actividades de la vida diaria que están fracasando*, aquellas en las que el usuario es dependiente. Sabidas estas se realiza una investigación de las *causas posibles*, a saber, de las *capacidades deficitarias* que originan un fracaso en determinada actividad. Al mismo tiempo se investigan las *capacidades residuales*, aquellas que están poco o nada afectadas para saber con qué contamos a la hora de iniciar el trabajo y qué debemos potenciar para *conseguir mayores grados de independencia*.

c. Auxiliares de clínica:

Desde el ingreso en el SED la auxiliar de clínica mantendrá un contacto directo tanto con el usuario como con su familia. Será la encargada de recogerlo en su domicilio (o domicilios), será la receptora de pequeñas comunicaciones de los familiares o cuidadores hacia el equipo, pequeñas comunicaciones que serán en muchas ocasiones bidireccionales, acompañará al usuario en sus desplazamientos, en su aseo y en la utilización de múltiples recursos que están a su alcance en el centro de mayores, y será receptora de muchos de los comentarios y demandas del mayor.

Todo este entramado debe ser enjuiciado y valorado por la auxiliar de clínica, que discriminará aquello que debe ser valorado por la terapeuta, por la fisioterapeuta, por la trabajadora social o por el médico en momentos puntuales.

Pero la mayor tarea de la auxiliar durante este periodo y a lo largo del proceso de tratamiento será la observación de cualquier elemento que pueda completar la valoración del equipo. Además será, como se ha mencionado en sus funciones, colaboradora en todos los tratamientos que se realizan con los usuarios, tanto de entrenamiento en las AVD como en los tratamientos de fisioterapia.

d. Fisioterapeuta:

Además de la valoración físico – funcional antes mencionada, la fisioterapeuta comenzará a realizar tratamientos específicos con cada usuario en coordinación con las terapeutas ocupacionales.

e. Médico:

Realizará en este periodo la valoración de las patologías activas del mayor y de los factores de riesgo para otras entidades en las que se pueda intervenir. Servirá esta valoración para orientar en muchos casos tratamientos de terapia y de fisioterapia, reflejando la idoneidad o no de determinadas intervenciones. Asimismo tendrá una comunicación directa con las auxiliares de clínica orientado el control determinados parámetros vitales individualizados y de la medicación del usuario.

La reunión de equipo: valoración inicial.

Toda la valoración realizada, las observaciones practicadas y las particularidades del mayor que ha ingresado serán aportadas por cada profesional y puestas en común en la reunión de equipo de *valoración inicial*. Tras la discusión del caso y la aportación de todos se realizará un "primer plan de intervención individualizada" donde se marcarán objetivos iniciales de tratamiento, programas en los que se incluirá al usuario, misión de cada profesional para con este usuario y pautas a seguir en determinadas circunstancias.

En esta reunión se fijará la fecha de la siguiente valoración teniendo en cuenta las particularidades individuales del usuario y las intervenciones a valorar. Se fijará también la fecha de la primera reunión con la familia o cuidadores para hacerles partícipes, siempre con el consentimiento del mayor, de los tratamientos e intervenciones que se pretende llevar a cabo y de los objetivos de los mismos (más adelante se hablará del papel de la familia y/o del cuidador en nuestra intervención).

Realizado el cronograma de actuación, las terapeutas serán las encargadas de consensuar con el usuario los objetivos planteados por el equipo. Debe tenerse en cuenta que previamente se ha preguntado al mayor sobre los objetivos que se van a llevar a la reunión por parte de los profesionales, por lo que deben coincidir, si ha existido un buen entendimiento, con los que ahora se va a consensuar.

De esta reunión de equipo saldrá también la primera comunicación escrita al mayor con los objetivos y plan de intervención.

Realizada toda esta tarea, comienza el quehacer diario siguiendo todos los esquemas que anteriormente se han planteado hasta la fecha de la

Segunda valoración:

Pasado un tiempo prudencial (de 3 a 6 meses según los casos), se debe realizar una nueva valoración de la situación del usuario en el SED, donde básicamente se planteará:

- a. Nivel de adaptación del usuario al servicio.
- b. Grado de cumplimiento de las actividades planteadas.
- c. Grado de consecución de los objetivos iniciales.
- d. Correcciones a estos objetivos según la evolución del mayor.
- e. Nuevas actividades o corrección o no de las planteadas según el caso.
- f. Dificultades encontradas y sus soluciones posibles.
- g. Nivel de comunicación y participación de la familia o cuidador.
- h. Estrategias a seguir.

De esta reunión saldrán unos objetivos más realistas que se valorarán aproximadamente al año del ingreso del mayor en el SED (siempre que no aparezcan cambios notables en cualquier área). Se planteará un nuevo cronograma donde se introducirá la comunicación reglada con familiares y/o cuidadores, y se emitirá un segundo informe sobre la evolución y posteriores intervenciones, que será explicado y entregado al mayor o al familiar en caso de incapacidad legal de éste.

Anualmente se realizará una valoración de la situación desde este momento y siempre que no aparezcan nuevos cambios en el estado del mayor que obliguen a valoraciones con una menor periodicidad.

2.3. La comunicación con las familias:

Uno de los objetivos de los SED es mantener al mayor en su medio. Esto incluye en muchas ocasiones a la familia donde está integrado el mayor. En cualquier caso es uno de los objetivos el apoyar y orientar a la familia y/o cuidadores para que la dependencia del mayor al altere en el menor grado la normal dinámica familiar.

Para conseguir estos objetivos concretamente y facilitar la consecución de los objetivos concretos orientados a disminuir la dependencia, necesitamos de la participación activa de la familia o los cuidadores principales en su ausencia.

Es importante destacar casos cada vez más frecuentes de mayores que viven solos, cuya familia está ausente o no existe, que tienen una red de apoyo social a veces insuficiente, en los que la colaboración de los servicios sociales se hace necesaria como sustituto de la acción familiar. El mayor problema se plantea cuando estos servicios sociales son asimismo insuficientes. Estos son casos en los que debe plantearse la idoneidad del SED como recurso para atender determinados niveles de dependencia, que si son algo acusados, impiden el mantenimiento del usuario en su medio.

La familia es para el usuario el mejor apoyo para continuar las intervenciones que se plantean en el SED. No olvidemos que el mayor pasará con su familia una gran parte su tiempo, en el cual no deben olvidarse los tratamientos que se han puesto en marcha.

Para conseguir esta colaboración es imprescindible el conocimiento por parte de la familia y/o cuidadores de los objetivos y actividades del "plan de intervención individual".

Es imprescindible el consentimiento del mayor para comunicar a los miembros de su familia o a sus cuidadores los procesos en los que el mayor es deficitario y las intervenciones que se quieren realizar siempre que no esté incapacitado judicialmente.

Por lo anteriormente mencionado, queda claro que debe existir una comunicación eficaz entre la familia, el usuario y el equipo de trabajo del SED. Esta comunicación es asimismo importante si se quiere conseguir el objetivo de apoyar a la familia en las difíciles situaciones por las que va a pasar y que pueden perturbar su normal dinámica.

A continuación se explicarán las distintas formas de comunicación con las familiar y/o cuidadores:

2.3.1. Comunicación oral:

a. Informal:

Se producirá de manera continua una comunicación oral informal, desde la diaria de las auxiliares en el momento de recogida o llegada del usuario, donde se transmitirá información puntual sobre aspectos concretos de la marcha del servicio (p. ej. Sobre circunstancias de la alimentación de ese día), hasta las visitas no regladas de la familia al usuario en el servicio donde la terapeuta informará según las necesidades del familiar que lo demande.

b. Formal:

Periódicamente, según el cronograma del plan de intervención individualizado, se citará a la familia, con el conocimiento del usuario, para tratar aspectos concretos de la evolución, el tratamiento o las particularidades del mayor. En estas reuniones se explorará las necesidades de la familia en cuanto al trato y manejo del mayor dependiente y se educará en aspectos puntuales y generales para con él. Se dará apoyo a la familia en temas concretos y se explorará la dinámica familiar intentando detectar posibles problemas y aportando posibles soluciones.

También de forma periódica, se realizarán reuniones con grupos de familiares (de 5 a 10 familiares), donde se tratarán aspectos generales del servicio y del tratamiento del mayor. Estas reuniones servirán asimismo como "grupo de autoayuda" entre los familiares. Se intentará que el grupo esté compuesto por familias con características parecidas.

Se harán sesiones formativas (individuales o colectivas) donde se tratarán aspectos relacionados con el manejo de las dependencias.

2.3.2. Comunicación escrita:

a. Periódica:

Cada mes el usuario y la familia reciben en su domicilio una carta en la que se comunica el importe de las tasas por la prestación del servicio acompañada del menú mensual. Es importante el conocimiento de este menú, pues, para cumplir el programa de nutrición del SED debe completarse de manera lógica la alimentación que se da en el mismo con la domiciliaria.

Anualmente se manda al usuario y su familia un cuaderno de valoración en el que se incluyen objetivos generales del servicio, objetivos de tratamiento con el usuario, plan de intervención individual, evolución en cada una de las áreas intervenidas, valoración global del mayor dependiente, normas de funcionamiento del SED, notas puntuales sobre la evolución particular del mayor y necesidades detectadas.

Este cuaderno es de "ida y vuelta", siendo la vuelta de especial importancia, pues se invita a la familia y al propio usuario a valorar el servicio con una serie de ítems que constituyen la encuesta de satisfacción anual. Se deja un apartado de sugerencias y anotaciones tanto del servicio en general como de las intervenciones realizadas con el usuario en particular.

b. Puntual :

Cualquier actividad que se realice en el centro, tanto para usuarios del SED como generales, es informada a los usuarios y familiares. En algunas de ellas se invita directamente a la familia a participar en la actividad como parte del tratamiento del mayor.

Se realizará también comunicación escrita puntual siempre que aparezcan entidades de importancia que precisen de informe escrito (p. ej. Enfermedades donde esté indicada la visita a su médico de familia o a especialistas, informes sobre evolución anómala del mayor que requieran intervención de otros profesionales, etc.).

Cualquier modificación de horario en los servicios, días de cierre y cualquier cambio en la dinámica normal del centro se notificará a los usuarios y familiares por escrito.

Independientemente de todas estas comunicaciones existe a disposición de usuarios y familiares un "libro de quejas" y otro de "propuesta de mejoras".

En resumen, creemos que queda suficientemente explicado el concepto actual de SED con sus posibles implicaciones futuras, la forma de intervenir en la dependencia basada en modelos que se centran en el mayor dependiente, la organización de nuestro servicio en un centro de mayores y la implicación de cada profesional en el equipo de trabajo. Si de nuestra experiencia pueden sacarse conclusiones positivas y cambios en otros servicios nuestro trabajo se verá recompensado, aunque nuestra mejor recompensa es conseguir colaborar en la mejora de la calidad de vida del individuo en esta etapa final de su existencia.

Relación de autores:

- Germán Belda Moreno : coordinador del equipo y médico de familia.
 - Alicia Sánchez-Vadepeñas Ruiz de Villegas: terapeuta ocupacional
 - Rosana Calderón Sánchez: terapeuta ocupacional.
 - Montserrat Negrillo : fisioterapeuta
 - M^a del Mar Carrasco Suárez: trabajadora social.
 - M^a del Socorro Córdoba Gómez-Rico: auxiliar de clínica.
 - Carmen Villar Torres: auxiliar de clínica.
 - M^a José Baeza : auxiliar de clínica.
-

EL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR. UN ABORDAJE INTEGRAL

ÍNDICE

Introducción

Trabajo Interdisciplinar

- . ¿En qué consiste el trabajo en equipo?
- . ¿Cuáles son las principales ventajas del trabajo en equipo?
- . ¿Qué debemos tener en cuenta para ejecutar un óptimo trabajo en equipo?

ANEXOS

EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

INTRODUCCION.-

Desde nuestra experiencia en el tratamiento del paciente geriátrico vemos, cada vez más, la importancia del manejo interdisciplinar que viene a ser la base fundamental del enfoque neuropsicológico que guía nuestra intervención. El rasgo principal del enfoque neuropsicológico, como hemos dicho, es su carácter interdisciplinario. La pérdida o disminución de funciones complejas como el lenguaje o la memoria, por ejemplo, repercuten sobre todos los aspectos de la vida del individuo y su entorno familiar y, por ende, en la intervención.

¿Cómo enlaza este enfoque con el trabajo interdisciplinario del que aquí hablamos? La atención que podemos realizar desde los distintos dispositivos asistenciales se basa en el siguiente proceso básico de intervención:

La valoración	<ul style="list-style-type: none">- Salud (diagnóstico y pronóstico)- Función (física, mental y social)- Recursos (cultura, educación, sociales, económicos, etc)
Elaboración de objetivos de tratamiento	<ul style="list-style-type: none">- Objetivos que pauta el equipo- Opinión del paciente acerca de ellos- Qué es posible realizar
Concretar el plan de cuidados	<ul style="list-style-type: none">- Compatibilizar lo que el paciente puede hacer y lo que el entorno demanda<ul style="list-style-type: none">• a través del tratamiento (médico, due, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta,...)• disminuyendo las demandas del entorno: ayudas técnicas, oficiales, ortesis,...
Revisiones regulares	<ul style="list-style-type: none">- Comprobar la evolución- Redefinir objetivos y plan de tratamiento

Así pues, este enfoque, en la práctica, se ocupa del diagnóstico y tratamiento rehabilitador. La demanda para el diagnóstico y tratamiento rehabilitador es creciente debido a la mayor incidencia de las patologías neurológicas, a los requerimientos del paciente, su entorno familiar y social, y al reconocimiento del lugar que estas prácticas clínicas tienen en la restauración de la salud.

Por todo ello, la intervención con el paciente geriátrico requiere de un abordaje integral encaminado a la consecución de objetivos comunes entre todos los profesionales que componen el equipo de trabajo sabiendo que existe diversidad de aspectos que interactúan a nivel clínico, funcional, psicológico y social.

TRABAJO MULTIDISCIPLINAR

Hasta ahora hemos trabajado con conceptos como equipo multidisciplinar vs. Equipo interdisciplinar. La diferencia de matices puede parecer obvia pero conviene recordar lo que C. Gutiérrez Bezón et. Al. Señalan en el capítulo "El equipo interdisciplinar":

Las diferencias entre ambos aspectos son:

EQUIPO
MULTIDISCIPLINAR

**Grupo de diferentes
Profesionales**

- **que trabajan** independientemente
- **en un área común**
- **valoran por separado**
- **interactúan entre ellos de manera informal**

EQUIPO
INTERDISCIPLINAR

**Grupo de diferentes
profesionales**

- **que trabajan** interdependientemente
- **en un área común**
- **pueden valorar por separado pero intercambian información sistemáticamente**
- **comparten una metodología de trabajo**
- **trabajan juntos para conseguir una serie de objetivos**
- **colaboran entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados**
- **interactúan entre ellos de una manera formal e informal**

Cuál es, pues, la principal ventaja del trabajo interdisciplinario, siguiendo a la misma autora anteriormente citada:

La valoración de forma aislada por muy exhaustiva que sea carece de valor sin un desarrollo adecuado posterior de planes de cuidados

La habilidad fundamental para el trabajo multidisciplinario reside en el manejo de las diferentes estrategias y herramientas del trabajo en equipo que aquí vamos a desarrollar:

¿En qué consiste el trabajo en equipo?

El trabajo en equipo implica un **grupo de personas trabajando de manera coordinada** en la ejecución de un proyecto.

El equipo responde del resultado final y no cada uno de sus miembros de forma independiente.

Cada miembro está especializado en un área determinada que afecta al proyecto.

Cada miembro del equipo es responsable de un cometido y **sólo si todos ellos cumplen su función será posible sacar el proyecto adelante.**

El trabajo en equipo no es simplemente la suma de aportaciones individuales.

Un grupo de personas trabajando juntas en la misma materia, pero sin ninguna coordinación entre ellos, en la que cada uno realiza su trabajo de forma individual y sin que le afecte el trabajo del resto de compañeros, no forma un equipo.

¿Cuáles son las principales ventajas del trabajo en equipo?

- Acceso a un mayor número de servicios y profesionales
- Mayor eficiencia por mayor integración y coordinación de servicios para el paciente
- Mayor comunicación y soporte entre profesionales y cuidadores
- Mayor número de oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades de máxima calidad

El trabajo en equipo se basa en las **"5 c"**:

Complementariedad: cada miembro domina una parcela determinada del proyecto. Todos estos conocimientos son necesarios para sacar el trabajo adelante.

Coordinación: el grupo de profesionales, con un líder a la cabeza, debe actuar de forma organizada con vista a sacar el proyecto adelante.

Comunicación: el trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos sus miembros, esencial para poder coordinar las distintas actuaciones individuales.

El equipo funciona como una maquinaria con diversos engranajes; todos deben funcionar a la perfección, si uno falla el equipo fracasa.

Confianza: cada persona confía en el buen hacer del resto de sus compañeros. Esta confianza le lleva a aceptar anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal.

Cada miembro trata de aportar lo mejor de si mismo, no buscando destacar entre sus compañeros sino porque confía en que estos harán lo mismo; sabe que éste es el único modo de que el equipo pueda lograr su objetivo.

Compromiso: cada miembro se compromete a aportar lo mejor de si mismo, a poner todo su empeño en sacar el trabajo adelante.

La organización (empresa, universidad, hospital, etc) asigna a un equipo la realización de un proyecto determinado: El equipo recibe un cometido determinado, pero suele disponer de **autonomía para planificarse**, para estructurar el trabajo.

El equipo responde de los resultados obtenidos pero **goza de libertad para organizarse** como considere más conveniente. Dentro de ciertos márgenes el equipo tomará sus propias decisiones sin tener que estar permanentemente solicitando autorización a los estamentos superiores.

¿Qué debemos tener en cuenta para ejecutar un óptimo trabajo en equipo?

La **puesta en marcha de un equipo de trabajo** es un **proceso complejo** que pasa por diferentes fases.

En primer lugar **hay que definir con claridad cuales van a ser sus cometidos** y cuales los objetivos que deberá alcanzar. Hay que tener muy claro que la tarea encomendada debe justificar la formación de un equipo de trabajo.

Hay que **determinar su posición dentro de la organización**.

De quién va a depender, cuáles van a ser sus relaciones con el resto de las áreas.

Hay que **seleccionar a sus miembros**. En función de la tarea asignada hay que buscar a personas con capacidades y experiencia suficiente para cubrir adecuadamente las distintas facetas del trabajo encomendado.

Entre los miembros seleccionados **se nombrará un jefe del equipo** en base a su mayor experiencia, a su visión más completa del trabajo asignado, a su capacidad de conducir grupos, etc.

Al equipo hay que **comunicarle con claridad el proyecto asignado**, el plazo previsto de ejecución, los objetivos a alcanzar, cómo se les va a evaluar y como puede afectar a la remuneración de sus miembros.

Ya dentro del equipo, **el jefe les informará de cómo se van a organizar**, cual va a ser el cometido de cada uno, sus áreas de responsabilidad, con qué nivel de autonomía van a funcionar, etc.

Una vez constituido el equipo, el jefe los reunirá antes de comenzar propiamente el trabajo con vista a que **sus miembros se vayan conociendo**, que comience a establecerse una relación personal entre ellos.

No se trata de que tengan que ser íntimos amigos pero al menos que se conozcan, que tengan confianza, **que exista una relación cordial.**

Es conveniente **fomentar el espíritu de equipo**, el sentirse orgulloso de pertenecer al mismo. No se trata de fomentar un sentimiento de división entre "nosotros" (los miembros del equipo) y "ellos" (el resto de la organización), pero sí un sentimiento de unidad, de cohesión.

Carmen Gutiérrez Bezón et. Al. Señalan que la dinámica del equipo de trabajo en función del esquema anteriormente citado (valoración, elaboración de objetivos, plan de cuidados y revisiones regulares) se da de la siguiente forma:

a) En fase de valoración:

- ingreso del paciente
- contacto con el paciente y la familia (intentando que conozcan a los diferentes miembros del equipo)
- valoración por parte de cada miembro del equipo (tanto de la situación previa como de la situación actual)

En esta fase es importante el manejo de habilidades de comunicación: escucha activa, empatía y mensajes yo

b) Elaboración de una lista de problemas por parte de los distintos miembros del equipo

- puesta en común de las diferentes valoraciones realizadas (clínica, funcional, mental y social)

c) Planificación de objetivos

- cada profesional acompaña su valoración, cuando así sea posible, una aproximación pronóstica
- se elaborará un plan realista y factible
- se comunicará al paciente y a la familia consensuando aquellos aspectos que así lo requieran

Los objetivos han de ser, en la medida de lo posible, **individualizados, específicos, realistas, concretos y secuenciados**, es decir, establecidos en un periodo determinado (corto, medio y largo plazo)

d) Establecimiento de un plan integral de tratamiento

- exposición de parte de cada profesional de cómo pretende llevar a cabo los objetivos

Se pueden utilizar multitud de soportes: listado de problemas, objetivos, plan semanal o diario, etc..)

e) Fase de evaluación

- se realiza en sesión interdisciplinaria
- con una periodicidad semanal
- se revisan los objetivos propuestos para la fecha concreta
- se actualizan las listas de problemas

Las revisiones de valoración deben ser periódicas para comprobar el progreso y descartar la aparición de nuevos problemas

ANEXO I: FASES DEL EQUIPO DE TRABAJO:

Inicio: predomina el optimismo, los miembros se sienten ilusionados con el proyecto que se les ha encomendado; se conocen poco pero las relaciones son cordiales, todos ponen de su parte para evitar conflictos.

Primeras dificultades: el trabajo se complica y surgen las primeras dificultades lo que origina tensión y roces entre sus miembros; las diferencias de carácter y personalidad asoman.

Acoplamiento: los miembros son conscientes de que están obligados a entenderse si quieren sacar el proyecto adelante. Esto les obliga a tratar de superar los enfrentamientos personales. Por otra parte, los miembros ven que, aunque con dificultades, el proyecto va avanzando lo que permite recuperar cierto optimismo.

Madurez: el equipo está acoplado, controla el trabajo y sus miembros han aprendido a trabajar juntos (conocen los puntos débiles de sus compañeros y evitan herir sensibilidades). El equipo entra en una fase muy productiva.

Agotamiento: buena parte del proyecto ya está realizado, quedan flecos menores y los miembros del equipo comienzan a perder ilusión en el mismo. El rendimiento puede volver a caer y es posible que vuelvan a surgir rivalidades. Llega el momento de ir cerrando el proyecto e ir liquidando el equipo, quedando únicamente aquellas personas necesarias para rematar el trabajo.

Conociendo este desarrollo, **es conveniente al principio no presionar al equipo en exceso**, darle tiempo para que se vaya rodando.

Un equipo que empieza funcionando bien tiene más probabilidades de tener éxito. Por el contrario, un equipo que comienza con problemas y tensiones es muy posible que entre en una espiral negativa de la que difícilmente salga.

Además, **para muchas personas trabajar en equipo resulta una experiencia novedosa**, diferente de su forma habitual de funcionar, por lo que hay que darles tiempo.

Resulta interesante **ofrecer a sus miembros cursos de formación sobre el trabajo en equipo** (coordinación, toma de decisiones, responsabilidades, desarrollo de las reuniones, funciones del líder, etc.)

Los **proyectos** asignados a los equipos de trabajo suelen tener cierta **complejidad**.

Por ejemplo, desarrollar un producto, elaborar un plan estratégico, hacer frente a un problema de cierta gravedad, etc.

El equipo tiene que tener muy claro cuál va a ser su función, qué **objetivos** se le demandan. Estos deben ser:

Motivadores, atractivos, que impliquen un desafío. Sus miembros tan sólo darán lo mejor de si mismo si el trabajo que se les encomienda les realiza profesionalmente. No tiene sentido montar un equipo de trabajo con gente preparada para luego no darle contenido o asignarle tareas rutinarias.

Exigentes pero alcanzables. Tan negativo resultan los objetivos poco exigentes (el equipo no se esforzará, perderá motivación), como objetivos inalcanzables, absurdos (el equipo renunciará desde un principio a intentar lograrlos y si lo intenta cundirá la frustración).

El equipo debe disponer de los medios necesarios (técnicos y humanos) para desarrollar eficazmente la tarea encomendada.

No se le puede asignar a un equipo un cometido y no proveerle de los medios necesarios.

Si el equipo detecta que necesita algún apoyo adicional debería ponerlo inmediatamente en conocimiento de la organización con vista a cubrir esta carencia lo antes posible y que su desempeño no se vea afectado.

Los plazos asignados a los proyectos suelen ser muy exigentes pero salvo que el asunto realmente lo requiera no se debe caer por sistema en situaciones absurdas (gente trabajando sábados y domingos).

No se puede "quemar" a los empleados salvo que sea absolutamente necesario y en este caso se les deberá compensar económicamente.

Cuando se trata de un proyecto a largo plazo es conveniente **fijar metas intermedias** para que el equipo sienta la inmediatez y luche por alcanzar estos objetivos a corto plazo.

Con ello **se evita** por una parte que el largo plazo pueda hacer **que el equipo se confíe** ("como tenemos tanto tiempo....").

Además **el poder alcanzar unas metas**, aunque sean menores, contribuye a aumentar enormemente su **motivación** al ver como avanza en la dirección correcta.

Es fundamental también comunicar al equipo **cuales son aquellos indicadores se van a considerar para evaluar su desempeño.**

Con ello se busca **que el equipo sepa cuales son los aspectos críticos del proyecto.** ¿Qué es lo principal? cumplir los plazos, no desviarse de los costes estimados, la calidad del trabajo, etc.

Se trata de evitar que el equipo centre sus esfuerzos en un aspecto determinado (por ejemplo, cumplir los plazos) cuando lo realmente importante sea otro (por ejemplo, no desviarse del presupuesto).

Periódicamente la organización debe realizar una valoración del desempeño del equipo con vista a detectar aquellos posibles puntos débiles que convenga corregir lo antes posible.

ANEXO II: ROLES DENTRO DE UN EQUIPO DE TRABAJO

Dentro de un equipo de trabajo es fácil encontrar unos **roles muy característicos**, algunos positivos para el desempeño del equipo, mientras que otros pueden resultar muy negativos.

Entre ellos se encuentran:

La persona positiva: empuja hacia delante, busca el éxito del equipo y se involucra decididamente en el proyecto; contagia su entusiasmo al resto de los compañeros.

El jefe debe reconocer públicamente su labor, buscando que cunda su ejemplo.

El crítico: es una persona destructiva, todo le parece mal pero no aporta soluciones; los compañeros son unos inútiles a diferencia de él que es perfecto. Es una persona que deteriora el ambiente de trabajo.

Si sobrepasa cierto límite el jefe tendrá que darle un toque de atención.

El discutidor: no está de acuerdo con nada, siempre defiende otra tesis. Es una persona pesada pero sin ánimo destructivo, a diferencia del anterior. Es un inconformista permanente y aunque busca el bien del equipo sólo consigue sacar a la gente de quicio.

Hay que animarle a que piense en positivo, a que aporte soluciones prácticas.

El incordio: es inoportuno, siempre con un comentario desafortunado en el momento menos adecuado, molestando a los compañeros. Aunque se hace muy pesado no tiene ánimo destructivo.

Al igual que al crítico, si sobrepasa cierto límite el jefe le tendrá que llamar la atención.

El bocazas: nunca está callado, discute aunque no entienda del tema, dificulta y alarga las reuniones, interrumpe permanentemente, impide que la gente se centre en la tarea.

En las reuniones no se pueden tolerar sus interrupciones. Si hace falta se le llamará al orden.

El listillo: él lo sabe todo y de hecho suele tener un nivel de preparación por encima de la media, si bien un tipo de conocimiento muy superficial, muy poco sólido. A veces sus aportaciones resultan oportunas, pero la mayoría de las veces resultan insufribles.

Habría que animarle a que profundice en algunas de sus consideraciones válidas.

El pícaro: se aprovecha del resto de los compañeros, es una rémora en el equipo, pero lo hace de manera sutil, por lo que sus compañeros apenas se percatan. Su aportación al equipo es nula y suele terminar deteriorando el ambiente de trabajo.

Es preferible cortar por lo sano: darle un toque de atención enérgico y si no reacciona apartarlo del equipo.

El cuadrulado: tiene unos esquemas mentales muy consolidados de los que resulta muy difícil moverle. No dispone de la flexibilidad necesaria para aceptar o al menos considerar otros planteamientos.

Suele ser una persona entregada al equipo que requiere paciencia y persuasión.

El reservado: le cuesta participar o simplemente no participa y en muchos casos a pesar de dominar la materia. Necesita un primer empujón del resto de sus compañeros, especialmente del jefe, para lanzarse. Si consigue romper esa barrera inicial puede ser un gran activo para el equipo, si no su aportación será muy reducida.

Hay que animarle desde un principio a que participe en los debates.

El gracioso: no suele faltar en los equipos. Sus aportaciones profesionales suelen ser muy discretas pero en cambio cumple un papel fundamental: relaja el ambiente, quita tensión, crea una atmósfera más cálida, lo que puede contribuir a una mayor cohesión del equipo. A veces puede llegar a ser un poco incordio.

Hay que dejarle cierto margen, pero señalándole también unos límites.

El organizador. Es clave dentro del equipo, siempre preocupado porque las cosas funcionen, que se vaya avanzando, que se vayan superando las dificultades, que no se pierda el tiempo.

Contar con él, consultarle, realzar su papel (es un auténtico activo para el equipo).

El subempleo: tiene asignado unos cometidos muy por debajo de sus capacidades. Termina por aburrirse y perder interés.

Hay que buscarle nuevas responsabilidades. Son personas valiosas que no hay que dejar marchar.

El incompetente: justo lo opuesto del anterior; los cometidos asignados superan claramente sus capacidades. Por no reconocer sus limitaciones irá asumiendo nuevas responsabilidades que no sabrá atender, lo que terminará generando ineficiencias.

Hay que apoyarle con otros compañeros y en todo caso tener muy claro cuál es su techo de competencia que no hay que traspasar.

ANEXO III: HABILIDADES BASICAS DE COMUNICACIÓN

ESCUCHA ACTIVA

QUE HACER	QUE NO HACER
Centrarse en su interlocutor (manejo de mirada y otras señales no verbales)	Interrumpir
Dar feedback verbal y no verbal	Contar nuestra historia
Resumir la información recibida para corroborar que se ha entendido en mensaje	Resumir la información colada
	Desviar la mirada

EMPATIA

QUE HACER	QUE NO HACER
Escuchar el mensaje completo	Obviar la importancia que tiene para el otro: "no te preocupes"
Resumir la información recibida	"eso no es nada" "tranquilo"...
Comunicar que se entiende o que no se entiende	

MENSAJES YO

QUE HACER	QUE NO HACER
<p>Definir la situación</p> <p>Definir las consecuencias</p> <p>Comunicar cómo nos sentimos "me estoy poniendo nerviosa" "estoy hasta las narices"</p>	<p>Utilizar el "Tú": "(tú) me estas poniendo nerviosa" "(tú) me tienes hasta las narices"</p>

ANEXO IV: EL PROCESO DE SOLUCION DE CONFLICTOS

DEFINO EL PROBLEMA

(con mensaje yo)

DEJO QUE EL OTRO LO DEFINA SEGÚN SU VISION

(empatía)

REDEFINO

(mensajes yo)

PIDO AL OTRO QUE DE SUS ALTERNATIVAS

(empatía)

REFUERZO LAS QUE NOS INTERESAN A AMBOS

(mensaje yo)

REDEFINO ALGUNA DE LAS ALTERNATIVAS

(mensaje yo)

ACORDAMOS ENTRE AMBOS LAS ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

CANALIZACIÓN DE UNA ACTUACIÓN INTERDISCIPLINARIA A TRAVÉS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

ÍNDICE

- PERSONAL COMÚN EN LOS SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS
- HETEROGENIDAD EN LA COMPOSICIÓN DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARES DE LOS S.E.D DE LA REGIÓN
- CONCEPTO Y FINALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS
- ATENCIÓN INTEGRAL
- EL SER HUMANO COMO UN "TODO"
- TERAPIA OCUPACIONAL
- ¿POR QUÉ EL TERAPEUTA OCUPACIONAL COMO PUNTO DE ENCUENTRO?

INTERVENCIÓN PREVENTIVA Y REHABILITADORA DESDE DUNA PERSPECTIVA INTEGRAL. EL ENFOQUE NEUROPSICOLÓGICO

ÍNDICE

- DEFINICIÓN DE LA NEUROPSICOLOGÍA
- HISTORIA DE LA NEUROSPICOLOGÍA
- ACLARACIÓN TERMINOLÓGICAS
- CAMPO DE APLICACIÓN
- CARÁCTER INTERDISCIPLINARIO
- EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO
- NIVELES DE INTERVENCIÓN
- INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN LAS DIFERENTES FUNCIONES CEREBRALES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CANALIZACIÓN DE UNA ACTUACIÓN INTERDISCIPLINARIA A TRAVÉS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

PERSONAL COMÚN EN LOS SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS.

- Condiciones mínimas de los centros destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha. Orden de 21-05-2001.

Cuando se presta un Servicio de Estancias Diurnas e una Residencia de Mayores se deberá contar como mínimo con el siguiente personal específico para el mismo:

- Terapeuta Ocupacional por cada 25 usuarios o fracción. En función de la tipología de los mismos, parte de su jornada podrá ser desempeñada por 1 fisioterapeuta.
- Auxiliar de enfermería/ gerocultor por cada 12 usuarios o fracción. Cuando el Servicio de Estancias Diurnas se destine a la atención de personas con demencia, se exigirá 1 auxiliar por cada 10 usuarios o fracción.

Cuando en un Centro de Día se preste un Servicio de Estancias Diurnas el centro contará como mínimo con el siguiente personal de atención directa:

- Terapeuta Ocupacional por cada 20 usuarios o fracción. En función de la tipología de los mismos, parte de su jornada podrá ser desempeñada por 1 fisioterapeuta.
- Auxiliar de enfermería/ gerocultor por cada 10 usuarios o fracción. Cuando el Servicio de Estancias Diurnas se destine a la atención de personas con demencia, se exigirá 1 auxiliar por cada 10 usuarios o fracción.

HETEROGENIDAD EN LA COMPOSICIÓN DE LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARES DE LOS S.E.D. DE LA REGIÓN.

La realidad de los S.E.D. en cuanto a los recursos humanos con los que cuenta es totalmente diferente en cada uno de ellos.

Sea en las residencias o en otros centros, siempre existe la figura del Trabajador/a Social y del Director/a, que aunque no exclusivamente, intervienen en el S.E.D.

Otros profesionales que intervienen de manera habitual en el S.E.D. serían: Fisioterapeutas, Diplomados Universitarios en Enfermería, Médicos, Psicólogos, animadores socioculturales... en ocasiones de manera exclusiva, y otras veces compartiendo su jornada con el resto de usuarios del recurso en el que se encuentra integrado.

CONCEPTO Y FINALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS

- Orden de 26-11-1998 de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regula el régimen jurídico y el sistema de acceso a los Servicios de Estancias Diurnas en Centros Gerontológico de la Red Pública de Castilla-La Mancha.

El Servicio de Estancias Diurnas es un recurso Social que ofrece, durante el día, una atención integral a las personas mayores que tienen determinada situación de dependencia para la realización de actividades básicas de la vida cotidiana o necesitan atención de carácter terapéutico, rehabilitador o psicosocial con el fin de mejorar o mantener su nivel de autonomía personal. Asimismo se pretende proporcionar a los familiares o cuidadores habituales de las mismas el apoyo y la orientación necesaria para facilitar su atención, favoreciendo la permanencia de las personas mayores en su ambiente familiar y social.

ATENCIÓN INTEGRAL

La atención integral supone la cobertura de las necesidades que tiene el individuo en su globalidad, es decir en los niveles:

- Físico-Biológico
- Psico-afectivo
- Social

EL SER HUMANO COMO UN "TODO"

Los problemas que aparecen en un nivel repercuten en los otros, el individuo ha de considerarse como un todo, como una entidad que no puede separarse en sus partes constituyentes.

El ser humano no es la mera suma de sus componentes físico-biológico, psico-afectivos y sociales, sino que es el resultado de la interacción entre ellos. Por ello la atención debe ser integral, no sería óptima si ésta se plantea por un profesional de manera aislada o unilateral.

TERAPIA OCUPACIONAL

Definición según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional de 1986.

"Terapia Ocupacional es el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida".

El terapeuta ocupacional tiene como objetivo prevenir, mantener o mejorar el nivel de dependencia de los usuarios del S.E.D., tenga ésta su origen en una disfunción ocupacional de tipo físico-biológico, psico-afectivo y/o social.

Es una disciplina que puede parecer ambigua, indefinida o que no tiene un campo de intervención limitado por ser éste tan amplio, pero en realidad no es así, sino que trata de atender al individuo en su globalidad.

La Terapia Ocupacional toma como referencia los conocimientos de otras ciencias y disciplinas como pueden ser: anatomía, fisiología, biomecánica, psicología, sociología, etc. y los elabora de una manera aplicada a la ciencia de la ocupación.

¿POR QUÉ EL TERAPEUTA OCUPACIONAL COMO PUNTO DE ENCUENTRO?

El terapeuta ocupacional tiene pequeños o grandes espacios de atención en común con cada uno de los profesionales que forman el equipo de intervención directa a los usuarios de S.E.D. y es esta condición lo que hace del terapeuta ocupacional una figura de convergencia dentro del equipo.

El T.O. programa, ejecuta y/ o supervisa actividades que tienen un gran peso en el contenido de la atención integral que se persigue en los Servicios de Estancias Diurnas. Además, el hecho de que siempre haya de existir un terapeuta ocupacional como profesional de atención directa, convierten a éste en la figura a través de la cual puede canalizarse la actuación interdisciplinar.

INTERVENCIÓN PREVENTIVA Y REHABILITADORA DESDE UNA PERSPECTIVA INTEGRAL. EL ENFOQUE NEUROPSICOLÓGICO

DEFINICIÓN DE LA NEUROPSICOLOGÍA

La Neuropsicología (NPS) es la ciencia de las actividades mentales superiores en sus relaciones con las estructuras cerebrales que las sustentan.

O dicho de otra manera, la Neuropsicología es la ciencia que estudia las relaciones entre el cerebro y las funciones psicológicas complejas del ser humano tales como el lenguaje, el reconocimiento sensorial (gnosias visuales, auditivas, táctiles), la organización del movimiento voluntario, lectura, escritura, memoria, atención, etc.

HISTORIA DE LA NEUROPSICOLOGÍA

La NPS nació a finales del siglo pasado estrechamente vinculada a la Neurología. Fueron estos profesionales los primeros que se interesaron en la alteración de las funciones psicológicas que aparecían como consecuencia de las lesiones cerebrales: alteraciones del lenguaje (afasia), del movimiento voluntario (apraxia), del reconocimiento sensorial (agnosia), de la memoria (amnesia), etc.

Posteriormente, y sobre todo en los últimos 40 años, la NPS incorporó modelos y métodos provenientes de la psicología, la lingüística, la inteligencia artificial y las neurociencias. Se configuró una situación de rápido desarrollo en la que ha aumentado la evidencia empírica, se han modificado muchos supuestos teóricos, y se ha consolidado un enfoque clínico interdisciplinario en el que interactúan psicólogos, médicos, lingüistas, logopedas, terapeutas ocupacionales y otros profesionales, tanto en la investigación como en la práctica clínica.

ACLARACIONES TERMINOLÓGICAS

- Neuroanatomía: Estudia la estructura del Sistema Nervioso Central
- Neurociencias: Estudia la neuroanatomía y la neurofisiología

- Neurociencia cognitiva: Estudia la conducta o la actividad psicológica a través de ciencias biofísicas y bioquímicas
- Neuropsicología: Estudia la relación cerebro-conducta.
 - o Vertiente neuropsicológica: Estudia los procesos mentales desde los mecanismos neurológicos que los producen.
 - o Vertiente cognitiva: Estudia los procesos mentales olvidando el sistema cerebral por el que se producen.

CAMPO DE APLICACIÓN

La NPA es una ciencia dinámica que estudia la relación cerebro-conducta en un grupo de individuos sanos o con daño o disfunción cerebral. Posee un amplio y creciente campo de aplicación clínica debido a que las funciones psicológicas complejas mencionadas (lenguaje, praxias, gnosis, etc.) se ven frecuentemente afectadas como consecuencia de patologías neurológicas que tienen alta incidencia:

- Accidentes cerebrovasculares
- Traumatismos de cráneo
- Enfermedades degenerativas (aquí destacaría la demencia tipo Alzheimer)

La NPS como práctica clínica se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las secuelas que esas afecciones cerebrales dejan en las funciones psicológicas complejas mencionadas.

La localización y extensión de la lesión en el cerebro determina que aparezcan unos déficit y no otros. Las funciones superiores son el producto de sistemas funcionales complejos. Esto es: dependen del trabajo concertado de todo un grupo de zonas corticales y estructuras subcorticales, cada una de las cuales aporta su contribución al resultado final.

CARÁCTER INTERDISCIPLINARIO

El rasgo principal de la clínica neuropsicológica es su carácter interdisciplinario. La pérdida o disminución de funciones complejas como el lenguaje o la memoria, por ejemplo, repercuten sobre todos los aspectos de la

vida del individuo y su entorno familiar. Esto requiere la participación de médicos, psicólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, diplomados universitarios en enfermería, auxiliares de enfermería, etc.; cada profesión tiene un rol en el tratamiento de pacientes con alteraciones neuropsicológicas.

Además, este enfoque de intervención implica la necesidad de que la atención al usuario del S.E.D. con afectación neuropsicológica no se vea limitada a las sesiones de tratamiento rehabilitador (atención formal), sino que se promueva una atención continuada en un entorno que potencie las capacidades indemnes del anciano y minimice aquellas que se han perdido, tratando de que el paciente haga su vida lo más parecida posible a su vida antes de los déficit neuropsicológicos, y pueda alcanzar la mayor calidad de vida posible.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

El carácter interdisciplinario del diagnóstico y tratamiento de estos pacientes no debe interpretarse en menoscabo de un rol específico, especializado y central del especialista en Neuropsicología. El diagnóstico neuropsicológico, es decir, el diagnóstico de los déficit en las funciones cognitivas resultantes del daño cerebral es una práctica especializada de psicodiagnóstico, que se basa en la caracterización de conductas (conservadas o alteradas) obtenidas a partir del suministro de test específicos, que en el caso de los Servicios de Estancias Diurnas podría llevarse a cabo por médicos, psicólogos o terapeutas ocupacionales entre otros.

Existe multitud de tests y baterías de evaluación neuropsicológica, pero en términos generales, debe incluir la valoración de:

- Lenguaje (comprensión y expresión oral y escrita) y razonamiento.
- Funciones mnésicas (memoria)
- Praxias (actividad gestual)
- Gnosias (percepción)
- Atención
- Conducta
- Ejecución de tareas cognitivas

NIVELES DE INTERVENCIÓN

- Prevención: Se puede conseguir estando atentos a signos de alteración neuropsicológica, que nos pueden llevar a un diagnóstico precoz.
También podemos actuar sobre la prevención una vez que ya hay una alteración, evitando la aparición de nuevos déficits, la agravación de los déficits existentes o de consecuencias negativas (como puede ser la depresión, el aislamiento, etc.)
- Rehabilitación: El objetivo es la recuperación de las habilidades perdidas.
- Compensación: Se centra no en la recuperación de lo perdido, sino en la potenciación de las capacidades indemnes de manera que se minimice el déficit.

Las estrategias compensatorias pueden llevarse a cabo mediante la adquisición de estrategias (cambiar la manera en realizar una determinada actividad), la modificación del entorno (eliminación de barreras arquitectónicas, facilitación de la comprensión de la información con carteles, pictogramas, etc.), o el uso de ayudas técnicas (sillas de ruedas, cubiertos adaptados...).

INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN LAS DIFERENTES FUNCIONES CEREBRALES

- ATENCIÓN

Está presente en la base de todos los procesos cognitivos, permitiendo que éstos se den. Está muy relacionada con la percepción y con la memoria.

Intervención

Debemos controlar : factores externos (tamaño, color, movimiento, rareza del estímulo o ausencia del mismo) e internos (motivación, intereses y expectativas).

Podemos realizar actividades de: imitación, clasificación, señalamiento o designación y comprensión de órdenes.

- COMPRENSIÓN VERBAL Y ESCRITA

Intervención en la comprensión verbal

- Ejercicios de discriminación auditiva (fonética, ruidos)
- Repetición de números, palabras, frases...
- Ejercicios de clasificación (campos semánticos...)
- Ejercicios de emparejamiento
- Ejecución de órdenes de sucesiva complejidad

Intervención en la comprensión escrita

- Aferencias propioceptivas y táctiles
- Comenzar por grafismos muy diferenciados ópticamente
- Emparejamientos imágenes-rótulos
- Ejecución de órdenes escritas

- NEGLIGENCIA UNILATERAL

El paciente no busca ni responde a los estímulos del espacio contralateral a la lesión. Aparece principalmente en las lesiones del lóbulo parietal derecho.

Componentes:

- **Hemi-inatención:** Incapacidad para responder o informar de estímulos presentados contralateralmente a la lesión, en ausencia de un déficit sensorial primario que la justifique.
- **Extinción:** Déficit de detección de estímulos contralaterales al lado lesionado, al someter a estimulación bilateral.
- **Hemiacinesia:** Incapacidad o dificultad para iniciar una acción en o hacia el espacio contralateral, no atribuible a déficit motor.
- **Neglect hemiespacial:** Al dibujar o copiar (reloj...), omite la mitad contralateral a la lesión.

Intervención

- Maximizar la cantidad de estímulos de todo tipo que llegan al lado afecto
- Implicación activa del lado afecto en todas las actividades de manera que tome conciencia de éste.
- Prevención de accidentes: golpes, quemaduras, cortes...

- MEMORIA

Facultad mental que conserva y reproduce las ideas y conocimientos.

Intervención

En el tratamiento podemos utilizar muchas actividades ya citadas: Recolocar objetos, láminas en un orden concreto, repetir sonidos, palabras, gestos, números, recorridos por el espacio, descripciones, resumen de párrafos, artículos, historietas, cuentos...

Debemos tener claro si vamos a tratar el déficit (restauración de medios) o vamos a enseñar al paciente a compensarlo (restauración de objetivos) bien adaptando su entorno o bien enseñándole estrategias y/ o reglas mnemotécnicas.

- PERCEPCIÓN

La percepción se define como la integración de sensaciones automática.

Intervención

Para llevar a cabo el tratamiento adecuado de la percepción debemos empezar por la correcta percepción del propio cuerpo (esquema corporal).

- **Percepción visual:** comenzamos trabajando la percepción de objetos/ caras reales par posteriormente trabajar con láminas o fotos de esos objetos.
- **Percepción táctil:** diferentes tipos de texturas, tamaños, formas, pesos, temperaturas, fricciones, roces, caricias, presiones...
- **Discriminación auditiva:** sonidos familiares, con un valor semántico (significado), sonidos corporales, ruidos, canciones, letras-palabras, reproducción de ritmos, etc.
- **Percepción olfatoria:** olores familiares (reconocer colonias o perfumes de sus allegados), olores de comidas, olores agradables y desagradables...
- **Percepción espacial:** podemos tratarla mediante técnicas de orientación espacial y con tareas de construcción, ensamblajes, reproducción de dibujos, planos, figuras simples-complejas, etc.

- PRAXIAS

La apraxia se define como la pérdida parcial o completa de la facultad de realizar movimientos coordinados con un fin determinado.

- **Apraxia constructiva:** Dificultad en la organización de acciones complejas en el espacio. Incapacidad de llegar a un todo a partir de distintos elementos.

Destaca la apraxia del vestido.

- **Apraxia motora:** Trastorno del movimiento en la ejecución de actividades voluntarias, con presencia de tono muscular normal, sensibilidad normal y buena comprensión.

Alteración de la capacidad de establecer series motoras o "melodías cinéticas" y de la reproducción de posiciones manuales finas.

- **Apraxia ideomotora:** Trastorno en el planeamiento, el patrón temporal y la organización espacial del movimiento voluntario. El paciente no puede llevar a cabo lo que intenta a pesar de comprender la idea.

Alteración en la realización de gestos simples (gesto deformado, mal dirigido, esbozado, etc.)

- **Apraxia ideatoria:** Trastorno en la ejecución del movimiento voluntario debido a una pérdida del concepto de movimiento. El paciente no puede llevar a cabo actividades que utilizan objetos y herramientas automáticamente o ante una orden.

Sucesión lógica del acto complejo alterada.

Intervención

- **Apraxia constructiva:** Construcciones, puzzles, figuras geométricas (si no pueden planificar, les vamos desglosando el ejercicio, y poco a poco retirando nuestra ayuda).
- **Apraxia motora:** Series motoras, reproducción de posiciones.
Si es posible, instaurar automatismos.
- **Apraxia ideomotora:** Mayor conocimiento y vivencia corporal (con imitación (referencia visual) y con propiocepción (sin control visual)).
- **Apraxia ideatoria:** Organizar secuencias de movimientos, gestos...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Durante Molina, P. "Terapia ocupacional en geriatría: principios y prácticas", editorial Masson.
- Grieve, J. "Neuropsicología para terapeutas ocupacionales", editorial Panamericana.
- Habib, M. "Bases neurológicas de las conductas", editorial Masson.
- León Carrión, J. "Manual de neuropsicología humana", editorial Siglo Veintiuno España Editores.
- Marcos, T. "Neuropsicología clínica. Más allá de la psicometría", editorial Mosby/ Doyma L.
- Polonio López, B. "Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional", editorial Panamericana.
- Willard & Spackman "Terapia Ocupacional", editorial Panamericana.

EL ENFOQUE NEUROPSICOLOGICO

Documentación Complementaria

SUPUESTOS PRÁCTICOS, ANÁLISIS DE CIRCUNSTANCIAS Y SITUACIONES DETERMINADAS.
--

CASO 1:

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA REAL:

HABILIDADES NECESARIAS	RESULTADO DE LA OBSERVACION
------------------------	-----------------------------

DEFINICIÓN DE SITUACIONES CRÍTICAS EN LA REALIDAD LABORAL

DESCRIBE LA SITUACION BREVEMENTE:

QUIENES ESTABAN IMPLICADOS:

CÓMO SE RESOLVIÓ:

QUÉ ECHASTE EN FALTA: