

PROYECTO EXPERIMENTAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA DEPENDENCIA.

Damián Rojas Gómez, Trabajador Social y Coordinador del Proyecto.
PRAS. Área 20 de Villaminaya (Toledo)

UNA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA DEPENDENCIA EN EL MEDIO RURAL. PROYECTO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DEL AREA 20 VILLAMINAYA (TOLEDO)

Autores¹:

- **Damián Rojas Gómez.** DUTS y DU en Educación Social. Trabajador Social de la Zona PRAS Orgaz y Coordinador del Proyecto. Ha trabajado en diferentes Zonas PRAS de Castilla-La Mancha, como trabajador social y en la actualidad es Trabajador Social de la Zona PRAS de Orgaz (Toledo).
- **Cristina Bravo Cambelo.** DUTS. Trabajadora Social de la Zona PRAS Mascaraque
- **Aranda Moreno González.** DUTO. Terapeuta Ocupacional del Proyecto. Tiene amplia experiencia profesional como terapeuta en Residencias de Mayores y Servicios de Estancias Diurnas de la provincia de Ciudad Real, además de diversas publicaciones de artículos relacionados con la terapia ocupacional en geriatría.
- **Aurora Sánchez de Dámaso Arenas.** DU Fisioterapia. Fisioterapeuta del Proyecto. Cuenta con experiencia en el ámbito profesional privado.

Resumen

El artículo que presentamos a continuación pretende ofrecer una alternativa a los recursos existentes de atención a la dependencia, centrándonos en un medio rural. Esta experiencia busca sobre todo adaptar los recursos a los destinatarios, favoreciendo la permanencia en su propio domicilio el mayor tiempo posible, y también ofrecer una formación a las familias que cuidan a estas personas dependientes. La experiencia muestra como tres disciplinas profesionales: el trabajo social, la fisioterapia y la terapia ocupacional, trabajando de forma coordinada pueden mejorar la calidad de vida y la autonomía de las personas dependientes. Todo se desarrolla en la práctica específica de los Servicios Sociales Comunitarios de un entorno rural de Castilla-La Mancha.

Abstract

The article that we present later tries to offer an alternative to the already existing resources of attention to the dependence, centring on a rural way. This experience seeks to adapt especially the resources to the addressees, favoring the permanency in own domicile the major possible time, and also to offer a formation to the families that take care of these dependent people. The experience shows as three professional disciplines: the social work, the physical therapy and the occupational therapy, working of coordinated form can improve the quality of life and the autonomy of the dependent persons. Everything is actually developed specific of the Communitarian Social Services of rural way of Castilla-La Mancha.

Palabras clave

¹ Para cualquier consulta a los autores: csvillaminaya@hotmail.com y drojas@iccm.es.

Dependencia, Atención Integral, Envejecer en casa, Autonomía, Prevención.

Key words

Dependence, Integral Attention, To age in house, Autonomy, Prevention.

UNA EXPERIENCIA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA DEPENDENCIA EN EL MEDIO RURAL. PROYECTO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DEL AREA 20 VILLAMINAYA (TOLEDO)

Introducción.

Nos encontramos ante un momento clave en la historia de la Política Social de España, como es la reciente aprobación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia. Esta ley supondrá para muchas personas con pérdida de autonomía tanto física como psíquica y para sus cuidadores principales una serie de derechos subjetivos y universales, que podrán ser exigidos administrativa y jurisdiccionalmente, referentes a la protección a la situación de dependencia en que se encuentran.

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

Pero a los profesionales que trabajamos en el **medio rural** como es en el que se centra esta experiencia que vamos a desarrollar a continuación, nos preocupa el hecho de que no se puedan prestar a los usuarios los mismos servicios y prestaciones que el catálogo de la Ley establece, por el hecho de residir en entornos rurales, a veces aislados y lejanos a otros recursos más propios de municipios más poblados: Residencias, Centros de Día y de Noche, etc.

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

Datos Geográficos y de Población.

El **Área de Servicios Sociales nº 20 Villaminaya (Toledo)**, está formada por 11 municipios con un total de 12.938 habitantes², de los cuales el 25,67 % del total son mayores de 60 años. Los municipios que han formado parte de este Proyecto son los siguientes: Villaminaya, Mascaraque, Ajofrín, Manzaneque, Orgaz, Mazarambroz, Turleque, Nambroca, Almonacid de Toledo, Chueca y Marjaliza.

Es importante destacar que el municipio de mayor población es Nambroca, con una población, que en la actualidad está muy próxima a los 4.000 habitantes y el más pequeño es Chueca con 250 vecinos, y la media de población de la mayoría de los municipios está entre 500 y 900 habitantes. Por lo tanto nos encontramos en un medio rural con una elevada tasa de población envejecida, que es la realidad de Castilla-La Mancha.

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

Por lo tanto, de estos datos objetivos no se consideraría el Área como una zona deprimida y aislada o con escasez de recursos de atención a las personas en situación de dependencia, pero la realidad es distinta, como se refleja de los estudios realizados en años anteriores y del diagnóstico de necesidades del Área, elaborado por el Equipo de Servicios Sociales.

Diagnóstico de la dependencia en el Área 20.

Estudio de la dependencia.

Entre los años 2002 y 2004 el Equipo de Servicios Sociales llevó a cabo un estudio de la incidencia de la dependencia en el SAD del Área. La población diana de dicho estudio, en principio fueron los usuarios del Servicio de Ayuda a Domicilio de los 11 municipios del Área y sus cuidadores y familiares principales, en total 210 casos. Dicho estudio fue llevado a cabo por un psicólogo y los dos trabajadores sociales de la Consejería de Bienestar Social que entonces trabajaban en el Equipo de Servicios Sociales del área 20 Villaminaya.

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

² Datos del Instituto Nacional de Estadística a fecha 1-1-2004.

Como el objeto de este artículo no es en sí el estudio sino el Proyecto experimental que surgió después, no nos detendremos en estadísticas ni en datos numéricos que no aportarán nada al lector. Aunque si nos parece adecuado señalar las principales conclusiones cualitativas a dichos datos:

Características de la dependencia en el Área 20.

- *Del total de población, tras el estudio de la incidencia de la dependencia que se llevó a cabo entre los años 2002 y 2004 contábamos en el Área con un total de **74 personas** en situación de dependencia severa y gran dependencia atendidos en el SAD.*
- *El 52 % de las personas dependientes son mujeres y el 48 % varones.*
- *La edad de mayor incidencia de la dependencia estaba en el intervalo entre 71 y 80 años (49 %), seguida por los de entre 81 y 90 (37 %).*
- *La edad media de los cuidadores está entre los 60 y 80 años en un 56 %, por lo que se deduce que la persona principal cuidadora es el cónyuge.*
- *El 87 % de los cuidadores principales no se habían formado nunca sobre cómo cuidar a su familiar y el 63 % ni siquiera se habían informado de si los cuidados que prestaban a la persona dependiente eran los adecuados o no.*
- *Solamente el 27 % de los cuidadores afirmaban recibir apoyo emocional, bien fuera por parte de otros familiares o por parte de profesionales sociosanitarios: DUE, Trabajador Social, psicólogo, etc.*
- *El 47 % de los cuidadores principales no habían planificado su futuro ante la necesidad y obligación moral asumida de estar al lado de la persona dependiente.*
- *Un 59 % sufren depresión o indicios de depresión por la ansiedad que les ocasiona la prestación de una atención continuada. Un 35 % afirma afrontar dicha situación con normalidad.*
- *El 80 % de las personas dependientes habían dejado de asistir a reuniones familiares en los últimos dos años al menos.*
- *Las principales demandas de los usuarios y de los cuidadores eran: apoyo en la rehabilitación física y cognitiva y alternativas de respiro familiar.*

Recursos sociales de atención a la dependencia en la comarca.

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

- **Servicio de Ayuda a Domicilio** de gestión municipal directa en los once municipios.
- **Servicios de Estancias Diurnas**, un centro en uno de los pueblos del Área: Ajofrín y 3 centros en municipios grandes cercanos: Mora, Los Yébenes y Sonseca. Todos cuentan con servicio de transporte adaptado.
- **Centros Residenciales:** Tres Residencias con plazas públicas: Manzaneque, Mazarambroz y Orgaz, y dos Residencias Privadas ubicadas en Nambroca y Ajofrín.

Además se cuenta con tres Residencias Públicas en Toledo, muy cercanas a la comarca.

- **Teleasistencia** en todos los municipios y con buena cobertura en cuanto a tiempo de espera para la instalación y adecuado funcionamiento del recurso en cuanto a agilidad y calidad de la respuesta ante situaciones de emergencia.
- **Centros de Día para Discapacitados Psíquicos**, se cuenta con un Centro fuera del Área, pero muy cercano ubicado en Sonseca.

Como el lector puede observar, la dotación de recursos no es deficiente, pero sí que resulta insuficiente o poco adaptada a las necesidades y demandas de las familias y de las personas en situación de dependencia por los motivos siguientes:

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

Apoyos familiares e informales.

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

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

El Proyecto de Atención Integral a la Dependencia.

El comienzo.-

Ante el panorama anteriormente descrito, los profesionales del Equipo de Servicios Sociales del Área 20 decidimos a finales de 2005 plantear un proyecto experimental en nuestra provincia, que combinara una atención especializada pero prestada desde los Servicios Sociales Generales.

Indicar que el Equipo Básico de Servicios Sociales lo formábamos por entonces 6 profesionales: 2 trabajadores sociales de Zona PRAS³, 1 Trabajadora Social del Servicio de Ayuda a Domicilio, 1 Educadora Familiar, 1 Animadora Sociocultural y 1 Auxiliar Administrativo, y que especialmente en los últimos cinco años se ha reforzado la metodología del trabajo en equipo lo que facilita intervenciones sociales de carácter integral, así como una interdisciplinariedad muy enriquecedora, tanto para los ciudadanos como para los propios técnicos.

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

Objetivos.-

Este Proyecto tenía dos metas principales que eran: ***Mejorar la atención que las personas dependientes reciben por parte de sus cuidadores principales y mejorar a su vez la calidad de vida de ambos: personas dependientes y cuidadores.*** Pero de forma más concreta los objetivos específicos del Proyecto presentado fueron los siguientes:

³ El PRAS (Programa Regional de Acción Social), es una de las modalidades de implantación de los Servicios Sociales Generales en Castilla-La Mancha, prestado por la Administración Autonómica a través de la Consejería de Bienestar Social mediante la agrupación de municipios menores de 4.000 habitantes en Zonas. A su vez, las Áreas de Servicios Sociales están conformadas por varias Zonas PRAS. En este caso, el Área 20 la conforman la Zona PRAS de Orgaz y la Zona PRAS Mascaraque.

- *Prevenir la aparición de deterioros cognitivos en las personas mayores y discapacitados psíquicos.*
- *Rehabilitación cognitiva y psicoestimulación de las personas dependientes que sufren algún tipo de deterioro cognitivo y funcional.*
- *Proporcionar una formación adecuada de atención a los cuidadores principales mediante el trabajo del terapeuta ocupacional y del fisioterapeuta.*
- *Mantener la autonomía personal de las personas con movilidad reducida a través de la rehabilitación de fisioterapia y el entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria mediante técnicas de Terapia Ocupacional.*
- *Formar a las auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio en cuanto a técnicas de movilización, de prevención de accidentes, estimulación psíquica y física, etc, que mejore su cualificación profesional y la calidad de los servicios profesionales que prestan.*

Descripción del Proyecto.-

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

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

La intención de los profesionales de este Equipo de Servicios Sociales es la de aprovechar en la medida de lo posible las dos figuras profesionales que se pretende incorporar al Proyecto, y que revierta en el conjunto de la población y no sólo en el colectivo priorizado de necesidad. Evidentemente la mayor carga de trabajo será en los niveles: asistencial y rehabilitador, pero creemos que sin prevención no se avanza en el ámbito de la dependencia.

Para la ejecución del Proyecto se planteaba la necesidad de incorporar dos figuras profesionales imprescindibles en el abordaje integral de la dependencia y sobre las que iba a pivotar el Proyecto, junto a los dos Trabajadores Sociales de Zona y la de Apoyo al SAD y con el apoyo de la animadora sociocultural, especialmente en el ámbito preventivo y comunitario. Estas dos figuras profesionales son: **Una Diplomada en Terapia Ocupacional y una Diplomada en Fisioterapia**. La contratación se realizó de forma indirecta, puesto que el Ayuntamiento de Villaminaya, como cabecera

del Área 20, recibió una subvención y se firmó un convenio de colaboración con una Entidad Privada sin ánimo de lucro, en este caso con (ACAMTO)⁴ que fue quien se encargó de la contratación de ambas profesionales, aunque la dependencia organizativa de ambas fue con respecto al propio Equipo de Servicios Sociales del Área. De hecho, desde el mismo momento de su contratación, a mediados de 2006, el Equipo de Servicios Sociales del Área decidió incorporar a las dos técnicas en el organigrama del Equipo que es el que figura a continuación:

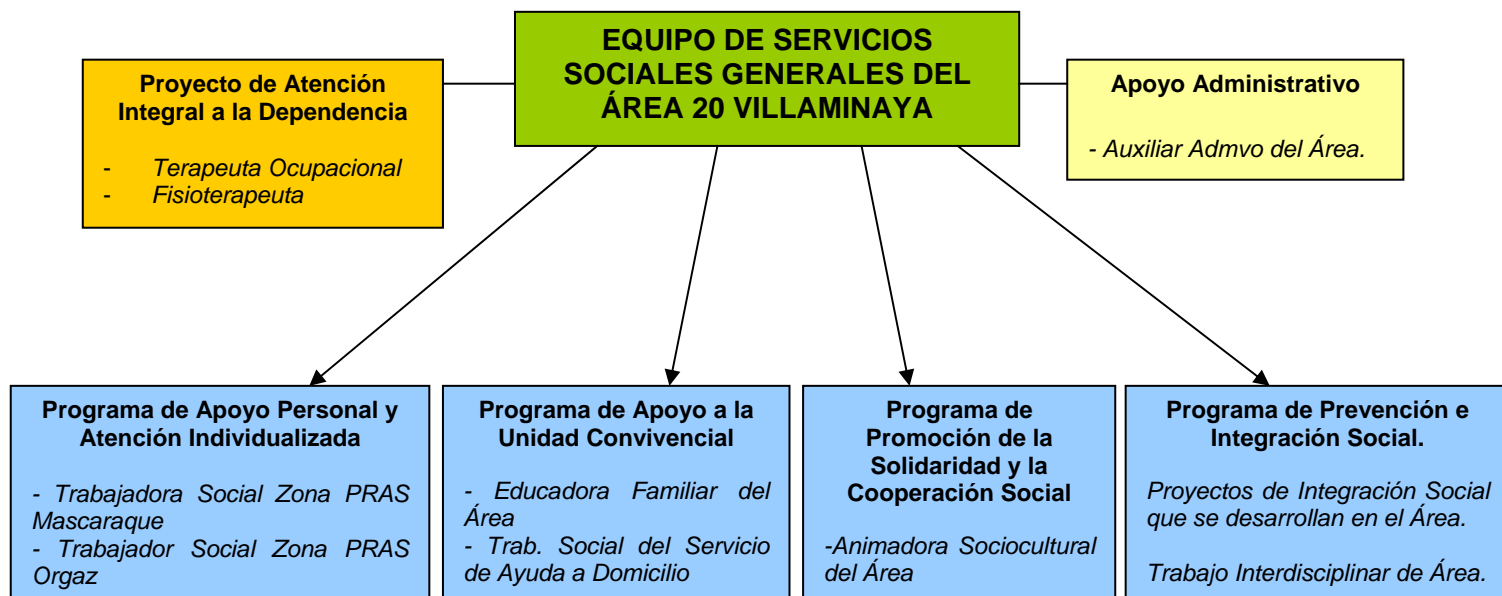


Figura 1.- Organigrama Equipo de Servicios Sociales del Área 20 de Servicios Sociales Villaminaya

Metodología.-

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

Servicio de Fisioterapia.- La atención de fisioterapia se ha realizado de forma individualizada y en el domicilio del usuario. Hay que tener en cuenta que su contrato era de media jornada y el nivel de cobertura se planteaba en torno a 15 posibles usuarios en los 7 meses de duración del proyecto.

Servicio de Terapia Ocupacional.- Por otro lado, la atención de terapia ocupacional se ha desarrollado en dos modalidades:

⁴ ACAMTO. Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-La Mancha.

- *Grupo Terapéutico*, con un número variado de participantes, de forma que se trabajaba la terapia ocupacional en grupo, aunque cada participante contaba con su proyecto terapéutico individualizado de acuerdo a sus necesidades. En total se crearon tres grupos terapéuticos, de 8, 7 y 2 participantes cada uno de ellos.
- *Atención Individualizada*, llevada a cabo con aquellos usuarios que por su elevado grado de dependencia no pueden desplazarse a un local para el trabajo grupal, o bien en municipios donde solamente se atendía a un caso en terapia ocupacional.

Seguimientos y coordinación.-

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

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

Además de estas reuniones de seguimiento y coordinación de los profesionales implicados en el Proyecto, se han realizado tres reuniones de coordinación con la entidad que se ha encargado de la contratación de ambas profesionales y que como ya hemos señalado ha sido Acamto. En estas reuniones se han tocado más temas de gestión económica y laboral, que de contenido técnico, por lo que no se detallan los temas abordados.

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

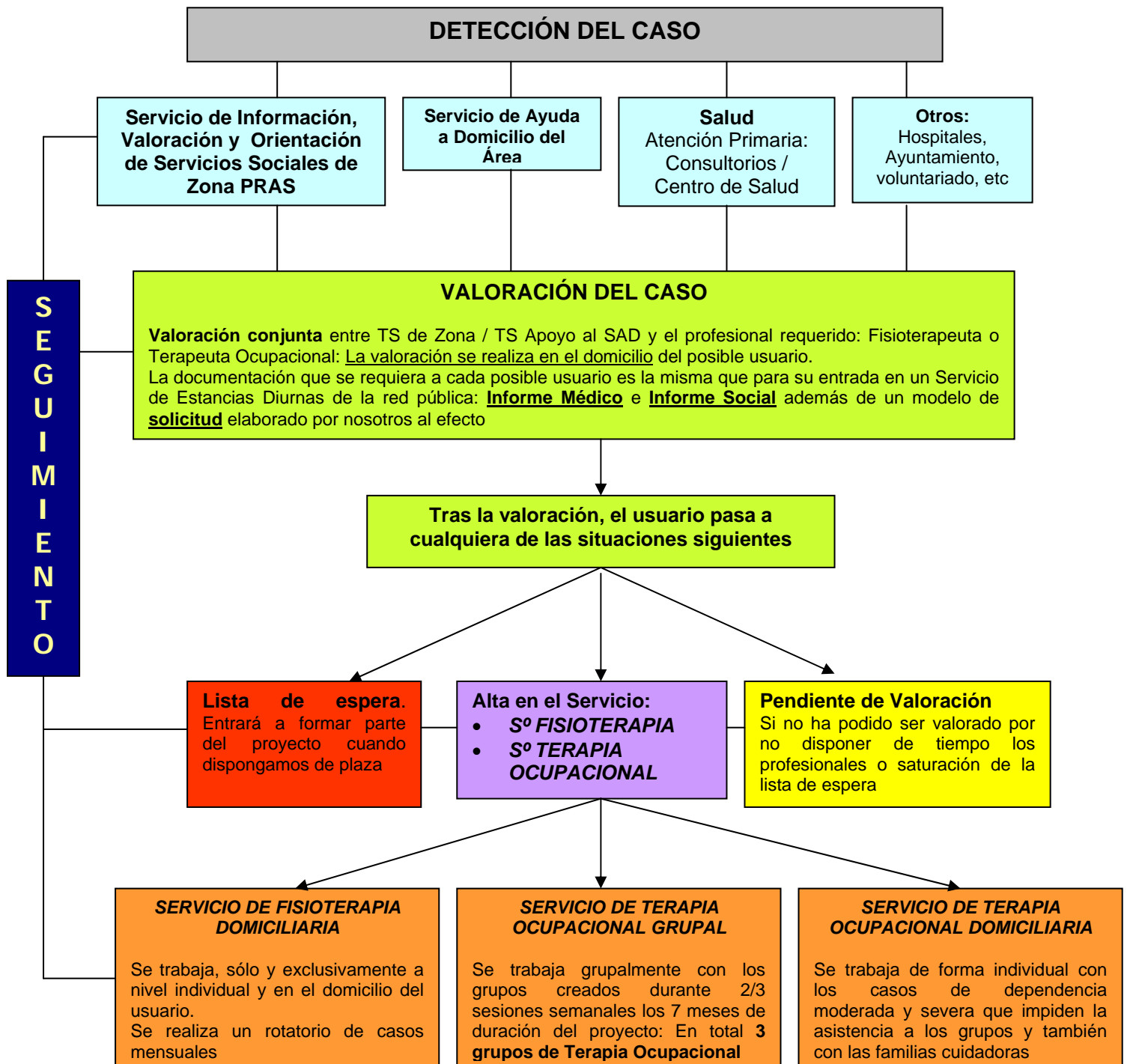


Figura 2.- Proceso metodológico de atención al usuario del Proyecto Integral de Atención a la Dependencia.

Funciones de los profesionales.-

En este proyecto nos hemos involucrado **de forma directa** en el mismo cuatro de los profesionales del Equipo: los dos Trabajadores Sociales de Servicios Sociales Generales (de Zona PRAS), de los cuales uno de ellos ha hecho funciones de coordinador, además de la Terapeuta Ocupacional y la Fisioterapeuta; y **de forma indirecta** y en labores de apoyo la Trabajadora Social del Servicio de Ayuda a Domicilio y la Animadora Sociocultural. Vemos las funciones específicas de cada profesional.

Coordinador.-

- *Elaboración del Proyecto inicial.*
- *Coordinación con el Ayuntamiento de Villaminaya y con la entidad ejecutora del proyecto: Acamto.*
- *Seguimiento y control económico del gasto.*
- *Moderar y preparar las reuniones de coordinación interna y externa.*
- *Adquisición de material del Proyecto a propuesta de la terapeuta y fisioterapeuta.*
- *Reuniones de coordinación externa con otras entidades: Delegación de Bienestar Social de Toledo, Consejería de Bienestar Social, otros Ayuntamientos, etc.*
- *Resolución de conflictos.*
- *Control de cuadrantes horarios y reparto de casos.*

Trabajador Social de Zona.-

- *Detección de los posibles casos a través del Servicio de Información, Valoración y Orientación.*
- *Primera entrevista con el solicitante y con sus familiares y cuidadores.*
- *Valoración de la solicitud conjuntamente con el profesional de referencia: Terapeuta Ocupacional o Fisioterapeuta.*
- *En caso de alta en el Proyecto, presentación del profesional y distribución de horarios.*
- *Seguimiento del Proyecto junto al coordinador.*
- *Gestión de Ayudas Técnicas y de Eliminación de Barreras de aquellos casos que sean propuestos por Terapeuta Ocupacional o Fisioterapeuta.*
- *Gestión de Ayudas Económicas de Atención a Personas con Discapacidad para apoyo en rehabilitación.*

Fisioterapeuta.-

- *Valoración de la solicitud de inclusión en el servicio.*
- *Priorización de casos, en función del estado y del pronóstico de recuperación del paciente.*
- *Elaboración del listado de material de fisioterapia necesario, una vez estudiadas las características de la población del área.*
- *Actualización de cuadrantes horarios mensuales de atención a usuarios.*
- *Tratamientos individualizados a domicilio.*

- *Detección de problemas personales y/o de adaptación del entorno, comunicación al resto del equipo y búsqueda conjunta de soluciones.*
- *Reuniones de coordinación con el Equipo de Servicios Sociales del área.*
- *Formación de auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio.*

Terapeuta Ocupacional

- *Diseño, ejecución y evaluación de los Talleres de Prevención del Deterioro Cognitivo.*
- *Valorar a las personas en situación de dependencia para obtener e interpretar los datos necesarios para planificar la intervención y para llevarla a cabo.*
- *Seguimiento y reevaluación periódica de cada caso.*
- *Establecer prioridades dentro del Servicio de Terapia Ocupacional.*
- *Desarrollar e implantar planes de intervención personalizados e individualizados, donde se incluyan objetivos, abordajes y métodos para alcanzar los propósitos establecidos conjuntamente.*
- *Desarrollar programas/actividades adecuados de soporte domiciliario y comunitario en el entorno natural*
- *Entrenamiento y reeducación de las actividades de la vida diaria.*
- *Búsqueda y asesoramiento de intereses de ocio y tiempo libre.*
- *Realización, prescripción y entrenamiento en el uso de ayudas técnicas, prótesis y ortesis.*
- *Adaptar el entorno, las herramientas, los materiales y las actividades.*
- *Eliminación de barreras arquitectónicas del entorno físico del usuario.*
- *Proporcionar asesoramiento y formación, a los miembros del equipo, familia y usuarios.*
- *Gestionar la adquisición y mantenimiento de dispositivos, equipamiento,...*
- *Diseñar el horario de terapia ocupacional y de las intervenciones.*
- *Trabajar de acuerdo con el código ético y los estándares de la práctica profesional.*

Trabajadora Social del Servicio de Ayuda a Domicilio.-

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

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

- *Captación de participantes en los Talleres de Prevención del Deterioro Cognitivo.*

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

Perfiles de los usuarios atendidos en el Proyecto.-

Poner en marcha un proyecto de este tipo, tan polivalente, adaptado al entorno comunitario, especialmente en un medio rural, hizo a los miembros del Equipo plantearnos la posibilidad de que fuera un recurso abierto a todas aquellas personas que en un momento dado puedan tener problemas de autonomía personal y dependencia. Lo más fácil hubiera podido ser centrarnos en el colectivo de personas mayores, pero tras los estudios previos sobre la incidencia de la dependencia, se comprobó que había muchos posibles usuarios cuyo perfil no era el de persona mayor con problemas de autonomía tanto física como cognitiva. Además si queríamos poder ofrecer este servicio al mayor número posible de personas, no podíamos poner límites de edad, o de tipología de colectivos.

Así, los **perfiles** de personas que hemos atendido en 2006 han sido los siguientes:

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

El Servicio de Terapia Ocupacional.

Proceso de selección y valoración.

La terapia ocupacional es una disciplina socio-sanitaria, que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida diaria e interviene cuando dicha capacidad está alterada por cualquier problema físico, psíquico, sensorial o social, con un adecuado tratamiento ocupacional. El terapeuta ocupacional (en adelante TO) utiliza la actividad con propósito y el entorno, para ayudar a la persona a adquirir el conocimiento, las destrezas y actitudes necesarias para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo posible de

independencia y/o autonomía personal., por lo tanto es un profesional imprescindible en este proyecto de atención a la dependencia.

Las valoraciones que realiza la TO se realizan de forma directa en el domicilio de usuario, mediante escalas estandarizadas, entrevistas al usuario y familia, observación directa, registros específicos de terapia ocupacional, etc... Y abarca las evaluaciones siguientes:

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

Objetivos del servicio de terapia ocupacional.

Los objetivos de terapia ocupacional clasificados por niveles de actuación en el programa de atención a la dependencia son:

Nivel del usuario:

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

Nivel familiar:

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

Nivel institucional:

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

Posteriormente, una vez realizada la evaluación de TO, establecimiento de objetivos y planificación del programa individualizado y específico de cada usuario, y decidida la incorporación del mismo al Servicio de Terapia Ocupacional, se establece el número de sesiones necesarias, el horario de atención y la inclusión del usuario en el tratamiento individualizado o grupal, en función de la carga de trabajo y del pronóstico de cada caso.

Patologías atendidas y Perfiles de los usuarios.

En la actualidad el Servicio de Terapia Ocupacional tiene una ocupación del 100% beneficiándose del recurso 34 usuarios, cuyas características sociales son: varones (29,4 %) y mujeres (70,6 %). Las edades medidas por intervalos son: Menores de 65 años (41,2 %), entre 65 y 80 años (41,2%) y mayores de 80 años (17,6%).

El perfil del usuario atendido en este servicio de Terapia Ocupacional es de una edad aproximada menor de 65 años, con sexo predominante femenino, las patologías más frecuentes son: alteraciones cognitivas: Alzheimer, demencia vascular, demencia senil...; alteraciones neurológicas: accidente cerebrovascular, Parkinson, traumatismo craneoencefálico...; discapacidad intelectual, trastorno psiquiátrico, o patología osteoarticular degenerativa. El estadio de la enfermedad es inicial dependiendo de la patología.

Metodología.

La metodología y técnicas de terapia ocupacional son variadas y diversas, utilizando las actividades como medio de tratamiento y nos centramos en el desempeño ocupacional de las personas mayores dentro de su entorno. Este desempeño ocupacional se subdivide en Actividades de la vida diaria, laboral y ocio (AOTA)⁵. Puesto que son personas mayores, en edad de jubilación, el área laboral se descarta del desempeño ocupacional.

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

Las **actividades** que se han trabajado han tenido un carácter preventivo, rehabilitador y compensador con el fin de potenciar las capacidades físicas, sensoriales, cognitivas, psicomotrices, psicológicas, sociales, emocionales para una

⁵ AOTA (Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales)



mejora o mantenimiento en la Actividades de la Vida Diaria y actividades de Ocio y Tiempo Libre, es decir de la autonomía e independencia del usuario en su hogar. Entre estas actividades destacamos las siguientes:

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

Material utilizado.

Durante las dos primeras semanas del comienzo del Servicio de TO, se adquirió el material necesario para el trabajo expuesto. Este material ha consistido en: Radiocasette, reproductor de CD, material de papelería en general, instrumentos musicales, férulas, alguna ayuda técnica, y sobre todo material especializado de terapia ocupacional para: psicomotricidad, trabajo cognitivo, terapias recreativas, laborterapia, trabajo biomecánico, etc.

Objetivos conseguidos y conclusiones.-

- Se ha observado una gran aceptación y predisposición por parte de los usuarios y familias, asistiendo diariamente con constancia a los grupos terapéuticos y las sesiones individuales.
- Los usuarios muestran mejoras respecto a Actividades de la Vida diaria y también en las capacidades cognitivas, con mejora en la orientación, atención o memoria a corto plazo.
- Los usuarios se muestran más ágiles y sienten la terapia ocupacional como parte de su vida.
- La valoración, planificación de tratamiento y seguimiento de terapia ocupacional es muy personalizada e individualizada.



- El horario y el cronograma de tratamiento de terapia ocupacional a domicilio está realizado minuciosamente, para que la atención a los usuarios sea la máxima posible tanto cualitativamente como cuantitativamente.
- Se observa que el servicio de terapia ocupacional alcanza no sólo la atención de personas mayores sino también de personas en situación de dependencia, menores de 65 años, en un 42% de los casos.

Cabe mencionar también la formación teórica y práctica de manera conjunta a todas las auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio del Área 20, a través de un Curso de Formación y Reciclaje Profesional, realizado en Noviembre de 2006 y la inclusión del auxiliar de ayuda a domicilio como supervisor, promotor y estimulador de la independencia personal de los usuarios de ambos servicios: SAD y Terapia Ocupacional.

El Servicio de Fisioterapia Domiciliaria.-

El proceso de selección de los usuarios.

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

El segundo paso es la priorización de casos en función de varios criterios: estado del paciente, pronóstico de rehabilitación y posible mejora, disponibilidad de tiempo e inexistencia de otros recursos similares a los que pudiera tener derecho (por ejemplo, la rehabilitación de fisioterapia que el Sescam⁶ pudiera prestar, bien en Centro Hospitalario o en Centro de Salud) para evitar duplicidades.

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

Patologías atendidas y perfiles de los usuarios.

Las *características* de los usuarios atendidos hasta el momento son las siguiente⁷: El 64,7 % son mujeres y el 35,3 % restante varones. Las edades medidas

⁶ **SESCAM.-** Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. Organismo Autónomo dependiente de la Consejería de Sanidad y creado tras las transferencias de competencias en materia de sanidad a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

⁷ El Proyecto está teniendo su continuidad en 2007, con la novedad de que la Fisioterapeuta está contratada, al igual que la terapeuta ocupacional, a jornada completa.



por intervalos son: Menores de 65 años (35,3 %), entre 65 y 80 años (47 %) y mayores de 80 años (17,7 %).

En cuanto a *patologías atendidas*, existe una amplia variedad de las mismas: lesión medular, hemiplejías (en el caso de estas dos patologías existen pacientes jóvenes), enfermedad de Parkinson, problemas de movilidad, algias (secundarias a artrosis o traumáticas), la mayoría de las cuales requieren tratamientos prolongados, incluso de varios meses.

Tratamientos y trabajo realizado.

Se realizan tratamientos individualizados en el domicilio del paciente con una periodicidad de 2-3 días/semana, según los casos, y con una duración aproximada de cada sesión de 45 minutos. En líneas generales se ha llevado a cabo los tratamientos siguientes:

- *Tratamiento del hemipléjico.* Aunque en ocasiones se han llevado a cabo ejercicios propios del Concepto Perfetti, la mayoría de las técnicas empleadas se han basado en el concepto Bobath, siendo el fin último de lograr el movimiento normal y un mecanismo de control postural normal (tono postural, inervación recíproca y coordinación del movimiento normales).

Se han tratado a personas con hemiplejia en diferentes estadios, desde fases tempranas de la enfermedad hasta reeducación de la marcha.

- *Tratamiento del lesionado medular.* Distinguimos:
 - *Lesiones Medulares Completas (ASIA A): mantenimiento de los recorridos articulares, potenciación de la musculatura infralesional, trabajo del equilibrio, lograr la máxima colaboración posible por parte del paciente en las distintas posiciones.*
 - *Lesiones Medulares Incompletas (ASIA B – ASIA D): potenciación muscular, trabajo del equilibrio, transferencias, entrenamiento de la marcha.*
- *Enfermedad de Parkinson:* Se realiza un tratamiento de mantenimiento con el fin de frenar las consecuencias de la enfermedad. Así pues, se realiza cinesiterapia (mantenimiento de la funcionalidad), trabajo de la marcha (incremento de la longitud de los pasos, aumento de la flexión de cadera, braceo, bloqueos, giros), entrenamiento en las transferencias, ejercicios de gesticulación y fisioterapia respiratoria (incremento de los volúmenes respiratorios y flexibilidad de la caja torácica).
- *Recuperación de la movilidad articular.* lo que permite a los pacientes volver a realizar sus actividades cotidianas.
- *Tratamiento del dolor:* masoterapia, electroterapia, termoterapia, consejos ergonómicos.



- Formación a pacientes y familiares sobre actividades que pueden hacer en su domicilio, consejos ergonómicos, adaptación del entorno...

Material empleado.

Durante el primer mes de inicio del Proyecto Integral de Atención a la Dependencia se adquirió un material de fisioterapia básico y mínimo que permitiera su movilidad para poder utilizarlo en los domicilios de los pacientes atendidos. Este material ha sido el siguiente: Camilla ligera plegable, aparatos de electroanalgesia y electroestimulación (Tens/Ems), lastres, pelotas medicinales, aceites especiales, andadores ortopédicos y material de farmacia, etc. Además, algunos de los usuarios cuentan con aparatos propios como paralelas, bicicletas estáticas, ayudas técnicas, etc

Objetivos conseguidos.

- Se han mejorado ciertos aspectos de autonomía personal de las personas con movilidad reducida.
- Frenar y retrasar el deterioro que causan las enfermedades degenerativas (enfermedad de parkinson...), adquiriendo el paciente una mejor calidad de vida.
- Se han incrementado algunos niveles de independencia de las personas atendidas (trabajo de la marcha, la incorporación, etc...).
- Formar a pacientes y cuidadores sobre aspectos relacionados con el proceso de su enfermedad, adaptaciones del entorno, cuidados básicos, técnicas de movilización, ejercicios prácticos, etc.

Además, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia prestada por las auxiliares del Servicio de Ayuda a Domicilio del Área así como prevenir patologías en dichas auxiliares (por ejemplo lumbalgias o accidentes en la movilización de personas encamadas o con movilidad reducida) se ha llevado a cabo un curso de **formación de auxiliares del SAD**, que en el aspecto de la fisioterapia ha constado de dos fases:

- *Formación teórica y práctica Grupal.*- De manera conjunta a todas las auxiliares del Área, a través de un Curso de Formación y Reciclaje Profesional, realizado en Noviembre de 2006.
- *Formación individualizada.*- Acompañando a las auxiliares a los domicilios de personas con las que deban realizar transferencias, movilización o aseo personal y evaluación del servicio que prestan, explicándoles la mejor manera de cuidar su salud y la del usuario durante el desempeño de su trabajo.



Evaluación del Proyecto.

El número total de usuarios directos atendidos durante los primeros siete meses del Proyecto (Junio/Diciembre 2006) han sido **44 (18 en fisioterapia y 34 en terapia ocupacional)**⁸. El 68,1 % han sido mujeres y el 31,9 % varones. En cuanto a las edades, el 20,4 % han sido mayores de 80 años, el 36,3 % de edad entre 65 y 79 años, y el 43 % restante, menores de 65 años.

Tras el proceso evaluador realizado de forma continua, mediante los seguimientos periódicos de ambos Servicios; como al final del Proyecto y tras realizar un total de 71 entrevistas, tanto a usuarios directos como a sus cuidadores principales, y de las percepciones de los profesionales implicados en el mismo, hemos extraído los siguientes datos:

- El grado de satisfacción de los usuarios y de sus cuidadores con la iniciativa es alto o muy alto, de hecho la nota media total del proyecto es **8,92 sobre 10**; pero es necesario un trabajo a más largo plazo, para comenzar a poder analizar los resultados en cuanto a su autonomía personal y mejora de la calidad de vida actual de que disfrutan.
- Los usuarios y sus familiares cuidadores consideran necesario ampliar el tiempo de atención de ambos Servicios. En este aspecto es preciso tener mucha precaución en la ampliación de ratios y tiempos para evitar la “dependencia de la dependencia”, o sea que se hagan dependientes del Proyecto y no se logre la mejora de la autonomía de ambos destinatarios: usuario y cuidador.
- Dentro del Servicio de Terapia Ocupacional hemos llegado a la conclusión de que el modelo ideal de trabajo es el grupal por varias razones, entre ellas la más importante es el hecho de poder atender a muchos usuarios con menor esfuerzo, además de lo importante que es el hecho de trabajar como grupo de autoayuda y facilitar la integración social de los participantes.
- Los **Talleres de Prevención del Deterioro Cognitivo** (Talleres de Estimulación de la Memoria) celebrados en los municipios del Área con diez sesiones de duración cada uno de ellos, se han mostrado como una actividad de carácter preventivo muy atractiva para aquellas personas mayores que, por su edad y salud, aún no tienen problemas que les limiten su autonomía, pero que consideran muy necesarios de cara al futuro.

A modo de despedida.

⁸ Hay que tener en cuenta que algunos de los usuarios han sido beneficiarios de ambos Servicios, concretamente 8.



Este Proyecto experimental en el medio rural de nuestra provincia ha podido llevarse a cabo, gracias al esfuerzo de varias Administraciones y Entidades: Consejería de Bienestar Social, representada por la Delegación de Bienestar Social de Toledo, Ayuntamiento de Villaminaya y la Asociación Profesional Castellano-Manchega de Terapeutas Ocupacionales (ACAMTO); pero sobre todo por el empeño de los profesionales del Equipo de Servicios Sociales del Área, y de forma muy especial, de las dos profesionales contratadas⁹: Aranda González Moreno y Aurora Sánchez de Dámaso Arenas.

Las **conclusiones finales** que debemos destacar son las siguientes:

- Es preciso articular iniciativas de este tipo, que se insertan perfectamente en el medio comunitario, que facilitan el hecho de **“envejecer en casa”**, y no sólo eso, sino hacerlo con un mínimo de calidad de vida y en condiciones dignas, puesto que este recurso, combinado con otros: Servicio de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia y si es posible, grupos de voluntariado, harían posible que muchas de las personas que tienen que marcharse a un Centro Residencial fuera de su municipio no lo hicieran.
- Que en realidad, lo que estamos haciendo, es realizar las mismas actividades que se hacen en un Servicio de Estancias Diurnas, pero de forma itinerante y en el medio rural, por lo que iniciativas como este Proyecto funcionarían como **recursos intermedios** que combinan la atención especializada y la permanencia en el entorno habitual prestado desde Servicios Sociales Generales.
- Es necesario **ampliar los esfuerzos en la Prevención y Detección Precoz de las situaciones de Dependencia**. Esto supondrá una gran inversión a corto plazo, pero un ahorro mayor a medio y largo plazo. En este aspecto, la Ley 39/2006, ya señala en su artículo 21 la necesidad de desarrollar programas de este tipo, aunque a nivel ciudadano e informativo en prensa y medios de comunicación, no se le está dando la importancia que a otros servicios y prestaciones del catálogo de servicios como por ejemplo, las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

⁹ *Mención especial también a Carmen Cepeda Perona, terapeuta ocupacional que comenzó el Proyecto, pero que en octubre de 2006 tuvo que dejarlo, siendo sustituida por Aranda González Moreno.*



- Que el reto de la Atención a la Dependencia es grande, y probablemente lleno de obstáculos, pero que con iniciativas imaginativas, polivalentes, adaptadas al entorno y a los destinatarios, y sobre todo con **ILUSIÓN Y ESFUERZO**, se pueden superar todos los inconvenientes y lograr las metas planteadas.

ANEXOS

- 1°.- Proyecto y Solicitud 2007**
- 2°.- Evaluación General Proyecto 2006**
- 3°.- Organigrama Equipo**
- 4°.- Solicitud de Atención a la Dependencia**
- 5°.- Proyecto de Intervención Individual**
- 6°.- Fichas de control económico: gastos varios, material, kilometrajes**
- 7°.- Folleto divulgativo**



ANEXO 1: 1º.- Proyecto y Solicitud 2007

SOLICITUD DE SUBVENCIÓN A ENTIDADES PÚBLICAS, ASOCIACIONES DE MAYORES Y ENTIDADES PRIVADAS PARA EL MANTENIMIENTO DE CENTROS, SERVICIOS Y DESARROLLO DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES

DATOS DE LA ENTIDAD			
Nombre o razón social AYUNTAMIENTO DE VILLAMINAYA (Centro Operativo del Área de Servicios Sociales nº 20)			C.I.F.: P-4519100-D
Dirección: Plaza Mayor, 1		Localidad: Villaminaya	Provincia: Toledo
Código postal: 45.440	Teléfono: 925 34 50 01	Fax: 925 34 50 90	E-mail: csvillaminaya@hotmail.com

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		
1º Apellido: Pérez-Olivares	2º Apellido: Verbo	Nombre: Jose Luis
Cargo que ostenta en la Entidad: ALCALDE-PRESIDENTE		D.N.I.: 3839546-H

D. **JOSE LUIS PÉREZ-OLIVARES VERBO**, en calidad de **ALCALDE-PRESIDENTE** de la Entidad Local Villaminaya, municipio Centro Operativo y Coordinador del Área de Servicios Sociales Villaminaya, formado por las Zonas PRAS de Orgaz y Villaminaya

DECLARA:

Ser ciertos los datos anteriormente mencionados y contar con los requisitos exigidos por la base **Tercera, punto 2**, de la orden de convocatoria de fecha **11 de diciembre de 2006** Por lo cual

SOLICITA:

Acogerse a la Orden de la Consejería de Bienestar Social por la que se establecen las bases de convocatoria de ayudas para la participación en programas, proyectos y servicios de atención a Personas Mayores de durante el ejercicio 2006, a cuyos efectos se adjunta a la presente solicitud la correspondiente memoria/proyecto denominada **II Proyecto Integral de Atención a la Dependencia del Área de SS.SS Villaminaya 2007**, cuyo coste total asciende a **62.783 €**, así como la demás documentación exigida en la orden de referencia.



En Villaminaya, a 2 de Enero de 2007

Fdo Jose Luis Pérez-Olivares Verbo.

Excmo. Sr. CONSEJERO DE BIENESTAR SOCIAL
Ilmo. Sr. DELEGADO PROVINCIAL DE BIENESTAR SOCIAL

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

(Señalar con una X)

ENTIDADES LOCALES:

- Solicitud.
- Memoria-Proyecto de Actividades o Memoria-Descriptiva en caso de que se trate de un Centro, según modelo normalizado.
- Tarjeta de Identificación Fiscal de la Entidad solicitante.
- Ficha de Terceros en la que figure el número de cuenta bancaria en el que se ingresará, en su caso, la subvención solicitada.
- Declaración en la que conste el compromiso de aportar la diferencia, directamente o por financiación de terceros, entre el coste total del proyecto y la subvención solicitada, o bien, documento acreditativo de la retención del crédito.
- Para solicitud de subvención a Comedores y Comidas a domicilio:** Certificado que acredite que el Centro o Recurso que se pondrá en marcha tiene la autorización Administrativa. En el caso de comedores y servicios de alimentos domiciliarios deberán presentar la autorización sanitaria correspondiente.
- En el caso de que la entidad solicitante no este incurso en prohibiciones para obtener la condición de entidad beneficiaria, de acuerdo con lo establecido en el apartado 7. de art.13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, deberá presentar declaración responsable.
- Certificado de hallarse al corriente de pago en las cotizaciones a la Seguridad Social (expedido por la Tesorería de la Seguridad Social).
- Certificado de hallarse al corriente de pago en las obligaciones tributarias (expedido por la Agencia Estatal de la Administración Tributaria).

Nota: Estos dos últimos certificados podrán ser sustituidos por una declaración responsable relativa al cumplimiento de sus obligaciones tributarias y de la seguridad social.



MEMORIA-PROYECTO DE ACTIVIDADES

DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA / PROYECTO O SERVICIO	<i>II Proyecto Integral de Atención a la Dependencia del Área de SS.SS Villaminaya 2007</i>	
AMBITO DE ACTUACIÓN	<input type="checkbox"/> <i>Regional.</i> <input type="checkbox"/> <i>Comarcal.</i> <input type="checkbox"/> <i>Provincial</i>	<input type="checkbox"/> <i>Mancomunidad.</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Área de Servicios Sociales.</i> <input type="checkbox"/> <i>Local</i>

MODALIDAD DE SUBVENCIÓN SOLICITADA: *De acuerdo con la Base Segunda apartado 2 de la Orden de referencia.*

	A.- PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA.
	B.- PROGRAMAS INNOVADORES QUE CONTEMPLAN UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO DE LAS PERSONAS MAYORES.
X	C.- PROGRAMAS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y/O A SUS CUIDADORES PRINCIPALES.

I.- FUNDAMENTACIÓN: *(Reseñar la situación concreta de necesidad a la que se pretende dar respuesta mediante el desarrollo del Proyecto o Servicio).*

Durante 2006 se ha iniciado una Experiencia Innovadora en cuanto a la atención a las situaciones de dependencia del Área de Servicios Sociales 20 Villaminaya que pretendía ofrecer dentro del entorno comunitario de un Área rural como es la nuestra unos servicios de Prevención, Asistencia y Rehabilitación tanto física como psíquica dirigido a las personas en situación de dependencia y a sus cuidadores principales. Los servicios que se han prestado han sido:

- ❖ Terapia Ocupacional de forma individualizada, dirigido a aquellas personas en situación de dependencia psíquica/física moderada y severa con limitaciones de movilidad y realizados en el propio domicilio de los usuarios.
- ❖ Terapia Ocupacional Grupal, a través de la creación de grupos terapéuticos, dirigido a aquellas personas con dependencia psíquica y física moderada, pero con menos limitaciones de movilidad y realizados en dependencia municipales: Orgaz (2 grupos), Villaminaya y Almonacid de Toledo.
- ❖ Talleres de Prevención del Deterioro Cognitivo, dirigidos a la población mayor de 60 años en general de los 11 municipios del Área.



- ❖ Fisioterapia Domiciliaria, dirigida a la rehabilitación y mantenimiento de la autonomía de las personas en situación de dependencia física.
- ❖ Formación de las Auxiliares del SAD en aspectos de rehabilitación, mantenimiento y estimulación cognitiva.

Además, y de forma transversal se ha trabajado en aspectos relativos a la formación de los familiares cuidadores principales de forma continua en movilizaciones, cuidados, formas de estimulación tanto física como psíquica.

Estos talleres han sido realizados a través de la contratación de dos profesionales de grado medio: Una terapeuta ocupacional a jornada completa y una fisioterapeuta a media jornada. La subvención ascendió a 27.000 € y se hizo un convenio entre el Ayuntamiento de Villaminaya y una entidad, Acamto (Asociación Profesional de Terapia Ocupacional de Castilla-La Mancha) para la contratación de estos profesionales. El resto del presupuesto: material, kilometrajes, actividades, etc, se ha gestionado directamente por el Ayuntamiento a través de los profesionales del Equipo de Servicios Sociales.

Hay que reseñar que desde casi el comienzo del Proyecto, el día 12 de Junio de forma directa por los trabajadores, pero previamente había un trabajo realizado por los Trabajadores Sociales de cada Zona PRAS, nos hemos visto desbordados por la demanda de atención. Esto, que en principio, ya habíamos previsto, nos hizo tener que esforzarnos por poder atender al mayor número posible de personas, con los mayores índices de calidad posibles, pero ajustándonos a los recursos disponibles.

Se compró material de ambas disciplinas profesionales: material de ortopedia, ayudas técnicas, camillas, corrientes para fisioterapia, material educativo y pedagógico y de estimulación de memoria, etc.

Creemos que después de la inversión realizada, de la implantación y buenísima acogida por parte tanto de los usuarios directos, como de sus familias y de las profesionales del Servicio de Ayuda a Domicilio de ambos recursos, es preciso CONSOLIDAR INICIATIVAS DE ESTE TIPO, que además sirven para corregir los desequilibrios que padecen las zonas rurales en cuanto al acceso a recursos de tipo especializado. Ahora bien, no debemos considerar este recurso como un recurso especializado, puesto que lo ideal del mismo es que atiende a situaciones de dependencia sin tener en cuenta la edad, ni el colectivo al que se dirige, que aunque pueda parecer una dificultad, es una virtud y un enriquecimiento. Los grupos han sido heterogéneos, pero el trabajo grupal ha sido rico en experiencias y en solidaridad y ayuda entre los propios miembros de los grupos.

Los perfiles de personas en situación de dependencia que han participado en 2006 en el Proyecto han sido:

- ❖ Mayores de 65 años con demencia senil y/o alzheimer.
- ❖ Mayores con limitaciones de la autonomía física y personal.
- ❖ Discapacitados físicos.
- ❖ Discapacitados intelectuales.
- ❖ Enfermos mentales.
- ❖ Discapacitados por Accidente Cerebrovascular.
- ❖ En definitiva, cualquier persona con limitaciones de autonomía que le



hacen ser dependiente para algunas de las AVD.

Por otro lado, la recientemente aprobada **Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia**, establece en su artículo 21, "Prevención de las situaciones de dependencia", afirmando que el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará las condiciones mínimas para las CCAA. Creemos, en este sentido que iniciativas de este tipo facilitan la prevención de la aparición y agravamientos de las situaciones de dependencia, en el propio medio comunitario del individuo y que se ajusta a esos mínimos que la propia ley establece.

Los profesionales del Equipo de Servicios Sociales consideramos que **ES IMPRESCINDIBLE TANTO LA CONTINUIDAD DE AMBOS PROFESIONALES, COMO LA AMPLIACIÓN DE LA JORNADA LABORAL DE LA FISIOTERAPEUTA**. De hecho, se ha tenido que negociar con el Delegado Provincial de Bienestar Social y el Ayuntamiento de Villaminaya, la asunción de las nóminas de ambas profesionales a jornada completa **DESDE EL 1 DE ENERO, PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**.

Hay que tener en cuenta que no es un trabajo que obtenga resultados a corto plazo, sobre todo en lo relativo a rehabilitación y asistencia, por lo que un parón de meses, puede hacer que se sufra una regresión tanto a nivel psíquico como físico, pese a que se trabaja con las familias en la continuidad familiar de las habilidades de cuidados de las personas dependientes.

Además, se da la circunstancia de que en febrero, que comenzaremos a incorporar a los nuevos casos, ya contamos con 20 usuarios pendientes de valoración y en lista de espera, que con la ampliación de contrato de la fisioterapeuta y la reestructuración de grupos y atenciones de la terapeuta quedarán cubiertos.

II.- DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO DEL PROYECTO *Breve descripción del proyecto con el ámbito territorial que pretende abarcar, contenidos, etc.*

El II Proyecto de Atención Integral a la Dependencia del Area 20 Villaminaya, pretende dar continuidad a los servicios que se prestaron en 2006, pero con una serie de cambios y mejoras. Los niveles de intervención seguirán siendo los mismos: PREVENTIVO, en coordinación con otras prestaciones básicas de Servicios Sociales Generales, ASISTENCIAL en cuanto a la atención de situaciones nuevas de dependencia que surgen en el día a día, y REHABILITADOR, en aquellos casos con un pronóstico de recuperación, bien física o psíquica, y también de MANTENIMIENTO de la autonomía física y psíquica.

Ámbitos de Intervención:

- A) Con la propia persona en situación de dependencia.
- B) Con los familiares y principales cuidadores de los mismos, a través de la formación continua en el domicilio en cuanto a habilidades, técnicas de estimulación, movilización, rehabilitación, etc.
- C) Con las auxiliares de ayuda a domicilio desde dos ópticas:



- ❖ *Formación individualizada con respecto a cada caso que atienden, de forma que progresivamente adquieran una especialización y una autonomía de trabajo con los usuarios que no requieran la presencia ni de la terapeuta ni de la fisioterapeuta.*
- ❖ *Formación continua en los Cursos de Formación de Auxiliares que se realizan cada año en el Área.*

La intención de los profesionales de este Equipo de Servicios Sociales es la de aprovechar en la medida de lo posible las dos figuras profesionales del Proyecto, y que revierta en el conjunto de la población y no sólo en el colectivo priorizado de necesidad. Evidentemente la mayor carga de trabajo será la asistencial y rehabilitadora, pero creemos que sin prevención no se avanza en el ámbito de la dependencia.

Como ya ocurrió en 2006, las dos figuras profesionales que se han contratado y que van a llevar el peso del Proyecto, junto a los dos Trabajadores Sociales de Zona y la TS de Apoyo al SAD y con el apoyo de la animadora sociocultural, especialmente en el ámbito preventivo y comunitario, serán: **1 Terapeuta Ocupacional y 1 Fisioterapeuta.**

El ámbito geográfico va a ser en 11 municipios, todos los del Área y además, como novedad, se han detectado casos de potenciales usuarios en Ajofrín y este año se van a incluir servicios en esta localidad, especialmente los dirigidos a personas con discapacidad, ya que el colectivo de personas mayores cuentan con el Servicio de Estancias Diurnas que comenzó a funcionar el pasado mes de febrero de 2006.

III.- OBJETIVOS OPERATIVOS *(Enunciar de forma concreta y precisa qué se pretende conseguir con el desarrollo del Programa o Proyecto durante 2007, especificando los potenciales usuarios y beneficiarios directos previstos.*

Descripción de los objetivos	Indicador	Cuantificación
1.- Proporcionar un respiro familiar a los cuidadores principales mediante el trabajo del terapeuta ocupacional y de fisioterapia. 2.- Continuar con los grupos terapéuticos actuales y creación de nuevos grupos de T.O	Número de casos que se atienden de forma directa por cada profesional en 2007 y horas totales anuales que trabaja cada profesional con cada caso.	<i>40 casos de Fisioterapia. 50 casos de Terapia Ocupacional.</i>
	– Número de grupos de terapia ocupacional a principios de 2007 – Número de grupos de terapia ocupacional a finales de 2007. – Municipios donde se	– <i>Llegar a consolidar al menos 6 grupos de terapia ocupacional.</i> – <i>Ampliar los municipios donde existen grupos de Terapia en la actualidad que son 3.</i>



<p>3.- Mejorar la atención que las personas dependientes reciben por parte de sus cuidadores principales.</p>	<p>crean nuevos grupos de terapia ocupacional.</p> <p>Formación continua con los familiares cuidadores principales en herramientas como: técnicas de estimulación, eliminación de barreras, mejora de la accesibilidad, movilizaciones, prevención de accidentes domésticos, rehabilitación, etc.</p>	<p>– Que al menos del 70 % de los usuarios, sus familiares reciban una formación.</p>
<p>4.- Mejorar la autonomía personal de los usuarios que tengan posibilidades de llegar a ser autónomos.</p>	<p>Nº de usuarios con posibilidades de autonomía que la logran 2007 / Nº de usuarios con posibilidades de autonomía totales que pasan por el programa.</p>	<p>– Que al menos el 50 % de los casos con previsión de recuperación sean dados de alta por mejora de su autonomía.</p>
<p>5.- Formar a las auxiliares del SAD en terapia ocupacional y ejercicios de fisioterapia recuperadora.</p>	<p>Impartición por parte de la terapeuta ocupacional y de la fisioterapeuta de jornadas formativas dirigidas a Auxiliares del SAD.</p>	<p>– Realización de dichas Jornadas Formativas. – Nº de auxiliares SAD que participan.</p>
<p>6.- Recoger, editar y difundir esta Iniciativa Experimental de la Atención a la Dependencia.</p>	<p>-Artículos realizados. -Artículos científicos publicados. -Presentaciones Power Point realizadas. -Difusiones realizadas</p>	<p>-Nº de entidades que nos solicitan el proyecto. -Nº de conferencias, congresos, etc a los que se presenta el Proyecto. -Nº de publicaciones realizadas.</p>

IV.- ACTIVIDADES QUE LO DESARROLLARÁN. (Acciones necesarias para poder desarrollar de forma óptima los objetivos operativos señalados)

Descripción de las actividades	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Nº de beneficiarios
--------------------------------	-----------------	-----------------------	---------------------



(VER PLANNING Y CRONOGRAMA PUNTO V)

VI.- METODOLOGÍA, TÉCNICAS, COORDINACIÓN.-

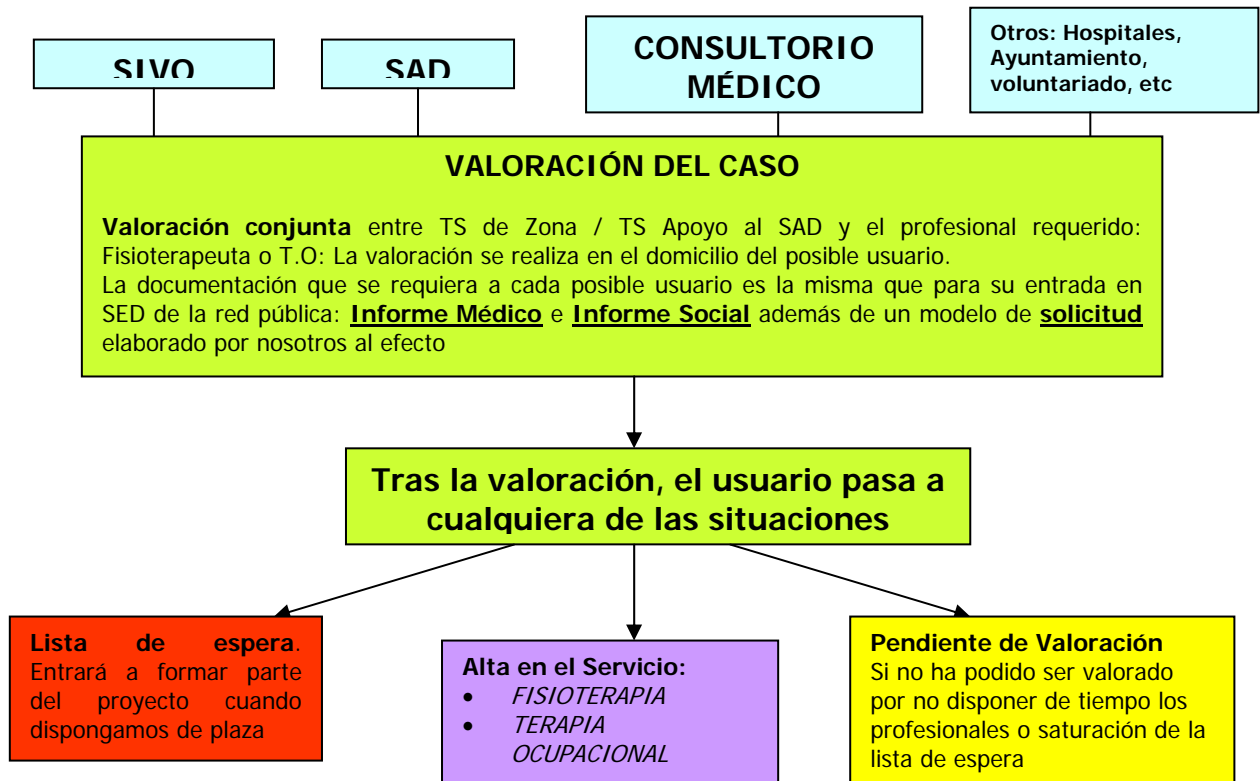
La **coordinación** del Proyecto se llevará a cabo por parte de los dos Trabajadores Sociales de Zona PRAS, de forma indistinta, puesto que la mayoría de demandas, detección de necesidades, etc se realiza desde el Servicio de Información, Valoración y Orientación y del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Para facilitar la coordinación y aprovechando que este 2007 la contratación de la fisioterapeuta es a jornada completa, se establecerán dentro del horario de cada una de las dos profesionales, 2 horas semanales de coordinación con el resto del Equipo, además de alguna hora suelta para realizar valoraciones conjuntas con los dos TS, situación ésta que ha sido complicado llevar a cabo en 2006 ante lo apretado de los horarios y la intención de que los usuarios recibieran el mayor número posible de horas de atención.

En cuanto al trabajo propio de cada profesional, inicialmente se hará una entrevista a cada usuario para hacer un diagnóstico profesional y priorizar las necesidades de cada uno de ellos: tiempo de atención que precisará semanalmente, tipo de atenciones, ayudas técnicas que serán preciso utilizar.

Se adjunta un esquema del procedimiento con los pasos que se llevan a cabo desde que se detecta un caso hasta que es atendido por cualquiera de los dos Talleres.

El proceso de detección es el siguiente:





V.- TEMPORALIZACIÓN: *Planning de actividades/tareas.*

OBJETIVOS OPERATIVOS/ACTUACIONES	Actividades o tareas que lo desarrollan	E	F	M	A b	M y	J	Jl	A	S	O	N	D
1.- Proporcionar un respiro familiar a los cuidadores principales mediante el trabajo del terapeuta ocupacional y de fisioterapia	1.1.- Continuidad con el trabajo de los grupos terapéuticos y de fisioterapia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	1.2.- Entrevistas familiares con cada caso.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	1.3.- Adquisición de nuevo material técnico.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	1.4.- Desarrollo de los Talleres de Apoyo Familiar y formación a cuidadores.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
2.- Continuar con los grupos terapéuticos actuales y creación de nuevos grupos de T.O	2.1.- Trabajo continuado con los casos de Terapia Ocupacional.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	2.2.- Evaluación del Programa de Terapia Ocupacional por parte de los usuarios y de familiares.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
3.- Mejorar la atención que las personas dependientes reciben por parte de sus cuidadores principales.	3.1.- Corrección y adiestramiento continuo a los cuidadores principales.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	3.2.- Evaluación del Programa de atención integral por los usuarios y por familiares.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
4.- Mejorar la autonomía personal de los usuarios que tengan posibilidades de llegar a ser autónomos.	4.1.-	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
5.- Formar a las auxiliares del SAD en terapia ocupacional y ejercicios de fisioterapia recuperadora.	5.1.- Impartir dos sesiones dedicadas a la terapia ocupacional y fisioterapia en el SAD en el curso de formación continua.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	5.2.- Formación continua de auxiliares que atienden casos incluidos en este Proyecto.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
6.- Recoger, editar y difundir esta Iniciativa Experimental de Atención a la Dependencia.	6.1. Realizar una presentación en Power Point	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
	6.2.- Elaboración de artículos y difusión.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■



7.- Evaluación Global del Proyecto de Atención Integral a la Dependencia.	<i>7.1.- Evaluación continua</i>													
	<i>7.2.- Pasar los cuestionarios a usuarios y familiares</i>													
	<i>7.3.- Tabulación y análisis de datos.</i>													
	<i>7.4.- Informe Final de Evaluación.</i>													



VII.- RECURSOS Y PRESUPUESTO.-

A. - PERSONAL

(Fuente para cálculo Tablas Salariales PRIS 2006)

Perfil profesional	Nº de profesionales	Tipo de jornada	Nº de meses	Coste total
Terapeuta Ocupacional	1	Completa	12 (Enero/Diciembre)	26.241,60 €
Fisioterapeuta	1	Completa	12 (Enero/Diciembre)	26.241,60 €

TOTAL 52.483,20 €

B.- GASTOS DE GESTION Y MANTENIMIENTO

/ Agua, luz, teléfono, calefacción	450	€.
/ Gastos Postales	250	€.
/ Impuestos y seguros		€.
/ Material de limpieza		€.
/ Material fungible: Fotocopias, gráficos, etc.....	600	€.
/ Gastos de locales y equipamiento:		€.

1.300 €

TOTAL

C.- ACTIVIDADES

(Gastos específicos para el desarrollo de las actividades del Proyecto, como compra de material, asistencia técnica puntual, gastos derivados de dietas y desplazamientos que genere la actividad, etc)

<i>Kilometrajes de los profesionales</i>	6.000,00 €.
<i>Material técnico especializado de Terapia Ocupacional y de Fisioterapia</i>	3.000,00 €

TOTAL 9.000 €

RESUMEN COSTE TOTAL DEL PROYECTO

A.- Personal	52.483,20 €.
B.- Gastos de Gestión y Mantenimiento.	1.300,00 €.
C.- Actividades	9.000,00 €
GASTOS TOTALES	62.783,20 €

APORTACIÓN DE LA CONSEJERÍA:	60.000,00 €.
APORTACIÓN DE LA ENTIDAD:	2.783,20 €.
OTRAS APORTACIONES:	€.



VIII.- EVALUACIÓN: *Indicadores y criterios previstos para la realización de evaluación cualitativa y cuantitativa.*

EVALUACIÓN CUANTITATIVA:

- ❖ Número total de casos atendidos por cada uno de los dos programas a lo largo del año.
- ❖ Número de altas y bajas en cada Programa durante todo el año.
- ❖ N° de reuniones de coordinación con el Equipo de SS.SS realizadas en el año.
- ❖ Porcentaje total de casos del SAD atendidos en ambos programas del total de los atendidos.
- ❖ Casos atendidos por municipio.
- ❖ Horas totales prestadas por municipio en cada Programa.
- ❖ Grado de eficiencia: Importe total del Proyecto / N° total de usuarios.
- ❖ Eficiencia Fisioterapia: Coste total S° de Fisioterapia / N° total de atendidos por Fisio.
- ❖ Eficiencia Terapia Ocupacional: Coste total S° de TO / N° total de atendidos en TO.

EVALUACIÓN CUALITATIVA:

Para realizar esta evaluación es preciso conocer de primera mano la opinión y el grado de satisfacción de: usuarios, cuidadores principales y familiares y también de los/as Auxiliares del SAD. Para ello, y tal como se ha planteado en el Proyecto se elaborarán en el mes de septiembre una serie de cuestionarios de evaluación para conocer la opinión e introducir mejoras para proyectos sucesivos, puesto que este Proyecto nace con vocación de continuidad y de contribuir a la atención a la dependencia en el medio rural, incluso antes de la aprobación de la Ley de Autonomía Personal Estatal.

Al finalizar el Proyecto se presentará un informe final con resumen de todos los datos, pormenores, incidencias, evaluación, etc del proyecto para conocimiento de todos los municipios y de la Delegación Provincial de Bienestar Social.

OBSERVACIONES Y ANEXOS:

Fecha:

Fdo: El Titular de la Entidad / Responsable del Servicio.



ANEXO 2: Evaluación General Proyecto 2006

**EVALUACIÓN
PROYECTO DE
ATENCIÓN INTEGRAL A
LA DEPENDENCIA 2006**

***ÁREA 20 DE SERVICIOS SOCIALES
VILLAMINAYA***

*Aurora Sánchez de Dámaso Arenas (Fisioterapeuta)
Aranda Moreno González (Terapeuta Ocupacional)
Cristina Bravo Cambelo (Trab. Social Z. PRAS Mascaraque)
Damián Rojas Gómez (Trab. Social Z. PRAS Orgaz)*

Enero de 2007.



1.- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO.-

El Proyecto de Atención Integral a la Dependencia del Área de Servicios Sociales 20 Villaminaya, en su concepción inicial pretendía ofrecer una serie de atenciones a las personas que se pudieran encontrar en esta situación de limitaciones de su autonomía personal y también una serie de actuaciones dirigidas a la formación del entorno de dichas personas, como son los cuidadores principales, que en la mayoría de los casos son los propios familiares.

El Proyecto se articulaba en torno a tres niveles de atención a la dependencia y otros tantos ámbitos de intervención:

Niveles:

- PREVENTIVO.
- ASISTENCIAL.
- REHABILITADOR.

Ámbitos de Intervención:

- D) Con la propia persona en situación de dependencia.
- E) Con los familiares y principales cuidadores de los mismos.
- F) Con el resto de la población, a través de la realización de una serie de Talleres de Prevención del Deterioro Cognitivo de 8 sesiones de duración, en cada uno de los municipios del Área, dirigido a toda la población en general, pero especialmente centrado en aquellas personas mayores que comienzan a sufrir problemas ligeros de autonomía personal o quieren prevenir y retrasar la aparición de los síntomas.

Las dos figuras profesionales sobre las que gira el proyecto, junto a los dos Trabajadores Sociales de Zona y el de Apoyo al SAD y con el apoyo de la animadora sociocultural, especialmente en el ámbito preventivo y comunitario han sido: **1 Terapeuta Ocupacional y 1 Fisioterapeuta**

Para llevar a cabo este Proyecto se solicitó una subvención por parte del Ayuntamiento cabecera del Área y sede del Centro Operativo, Villaminaya, subvención que ascendió a 27.000 €. Para la contratación del personal se negoció y suscribió un convenio de colaboración con la Asociación Profesional de Terapia Ocupacional de Castilla-La Mancha (ACAMTO) para la ejecución del Proyecto a través de la contratación de una terapeuta ocupacional a jornada completa y una fisioterapeuta a media jornada.

Realmente las necesidades han superado a la oferta de servicios, por cuanto considerábamos que la media jornada de la fisioterapeuta era totalmente insuficiente, pero debíamos jugar con la financiación y se decidió realizar esa modalidad de contratación.

El ámbito geográfico de cobertura han sido los 11 municipios del Área: Nambroca, Almonacid de Toledo, Mascaraque, Villaminaya, Manzaneque, Turleque, Orgaz, Marjaliza, Ajofrín, Mazarambroz y Chueca.



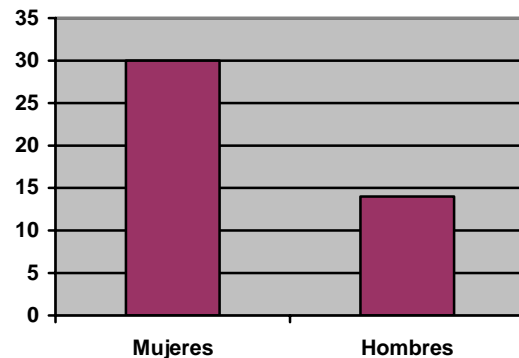
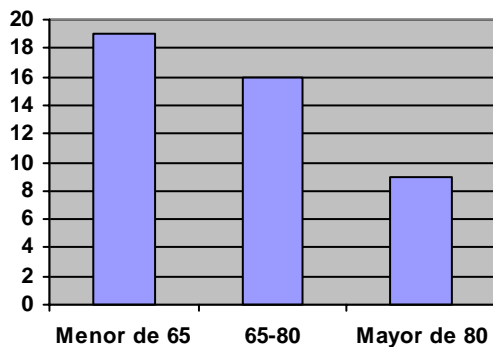
2.- PERFIL DEL LOS USUARIOS ATENDIDOS.-

BENEFICIARIOS DEL PROYECTO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Nº total de plazas atendidas en el proyecto de atención a la dependencia	44
--	----

CARACTERÍSTICAS SOCIALES

EDAD		SEXO	
Menores de 65 años	43,18 %	Hombres	31,8 %
Entre 65 y 80 años	36,36 %	Mujeres	68,2%
Mayores de 80 años	20,45 %		

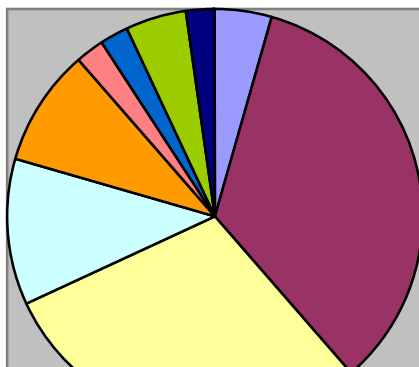


OTROS DATOS EN CUANTO A USUARIOS

Suspensión de tratamiento del proyecto	5
Lista de Espera	4
Pendiente valoración	12

3.- REPARTO DE USUARIOS POR MUNICIPIOS DEL ÁREA.-

La participación por **municipios** en el Proyecto de Atención a la Dependencia ha sido:



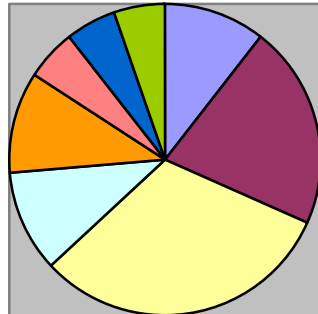
Nambroca	4,54 %
Orgaz	37,1 %
Almonacid	29,54 %
Villaminaya	11,36 %
Mazarambroz	9,1 %
Mascaraque	2,27 %
Chueca	2,27 %
Manzanaque	4,54 %
	2,27 %

4.- EVALUACIÓN FISIOTERAPIA.-



4.1.- EVALUACIÓN CUANTITATIVA.-

4.1.1. PARTICIPACIÓN POR MUNICIPIOS EN FISIOTERAPIA



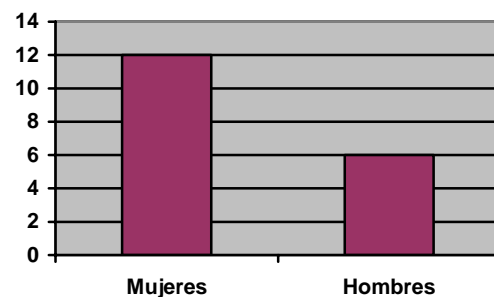
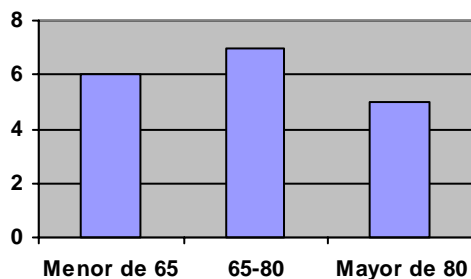
Nambroca	5,5 %
Orgaz	22,2 %
Almonacid	33,3 %
Villaminaya	11,1 %
Mazarambroz	11,1 %
Mascaraque	5,5 %
Manzanaque	5,5 %
Ajofrín	5,5 %

4.1.2. BENEFICIARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA

Nº total de plazas atendidas en el proyecto de atención a la dependencia	18
--	-----------

4.1.3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

EDAD		SEXO	
< 65 años	33,3 %	Hombres	33,3 %
65-80 años	9 %	Mujeres	66,7 %
> 80 años	27,7 %		



4.1.4. OTROS DATOS EN CUANTO A USUARIOS DEL SERVICIO DE FISIOTERAPIA

Altas definitivas	6
Suspensión de tratamiento	2
Lista de Espera	3
Pendiente valoración	6

OBSERVACIONES.-

- Dos personas están previstas para tratamiento continuado (11,1 %)
- En Febrero, habrá 5 altas (27,7 %) y 3 interrupciones temporales de tratamiento (16,6 %)



4.2.- EVALUACIÓN CUALITATIVA.-

A la hora de analizar el grado de satisfacción de los servicios recibidos en ambas disciplinas: Fisioterapia y Fisioterapia, se pasaron a los usuarios y a sus familiares los modelos de cuestionarios que figuran en anexo a esta evaluación, siendo los resultados los siguientes:

4.2.1.- POBLACIÓN DIANA: PERSONAS DEPENDIENTES

MUESTRA: Nº DE ENCUESTADOS: 16 personas.

- VARONES: 11 (68 %)
- MUJERES: 5 (32%)
- EDAD MEDIA: 66 años.

CUESTIONES PLANTEADAS Y RESULTADOS:

1. He accedido o recibido información del proyecto de atención a la dependencia a través de: El 100 % de los encuestados afirman que la información del recurso la han recibido a través del/a trabajador@ social de su localidad.

2. Las atenciones y servicios que he recibido por parte de la profesional que me ha atendido han sido: El 68 % responden con la puntuación más alta de las posibles, afirmando que las atenciones que han recibido por parte de la fisioterapeuta han sido muy buenas. El 38 % restante responden que buenas. Ninguna de las personas encuestadas responden que las atenciones hayan sido normales, malas o muy malas.

3. El trato humano con la persona que me ha atendido ha sido: El 63 % responden que el trato humano de la fisioterapeuta con respecto a ellos ha sido muy bueno, y el 37 % restante responden como bueno. Nadie ha respondido normal, malo o muy malo.

4. En cuanto al tiempo de servicio que ha recibido usted, lo considera: El 56 % de los encuestados responden que es adecuado, el 38 % consideran que se queda corto el tiempo de atención afirmando que es poco tiempo, y solamente una persona (6%) ha respondido que es excesivo el tiempo de atención de fisioterapia.

5. El material con el que ha trabajado la fisioterapeuta ha sido: Aquí encontramos 50 % en dos respuestas, las que lo consideran como muy bueno y la otra mitad que lo consideran simplemente bueno. Es importante destacarlo puesto que se ha hecho un esfuerzo económico en dotar a la fisioterapeuta con los materiales más adecuados teniendo en cuenta que trabaja de forma itinerante y la imposibilidad de establecer maquinaria pesada propia de un gimnasio.

6. La puntualidad de la profesional que me ha atendido ha sido: El 63 % responden que ha sido muy puntual y el 37 % restante valoran como puntual. Aquí es importante mencionar la dificultad y el esfuerzo que supone trabajar de forma itinerante en distintos pueblos en la misma jornada laboral, en la que el reparto del tiempo es muy importante y más teniendo en cuenta que la fisioterapeuta ha trabajado a media jornada.

7. ¿Cree necesario continuar con la actividad durante 2007? El 56 % lo consideran muy necesario y el 38 % como necesario. Solamente una persona ha respondido que no lo considera necesario (6%). Creemos que este recurso ha de consolidarse ante la gran valoración y aceptación que ha tenido por parte de los usuarios.



8. Puntúe, de 0 a 10, en líneas generales que le ha parecido esta experiencia piloto.

Puntuación media otorgada por las personas dependientes: 8,5.

4.2.2.- POBLACIÓN DIANA: CUIDADORES PRINCIPALES

NÚMERO DE ENCUESTADOS: 11 personas.

- VARONES: 3 (27 %)
- MUJERES: 8 (73 %)
- EDAD MEDIA: 59 años.

CUESTIONES PLANTEADAS Y RESULTADOS:

1. He accedido o recibido información del proyecto de atención a la dependencia a través de: El 100 % de los cuidadores entrevistados afirman que conocieron el recurso a través del/la trabajador@ social de la localidad, pese a que se difundió el proyecto a Consultorios, Centros de Salud, Ayuntamientos, etc.

2. Las atenciones y servicios que he recibido por parte de la profesional que me ha atendido han sido: El 64 % de los cuidadores entrevistados afirman que las atenciones y servicios recibidos han sido muy buenos y el 36 % restantes los consideran buenos.

3. El trato humano con la persona que me ha atendido ha sido: El 36 % resaltan el trato humano de la fisioterapeuta ha sido muy bueno y un 64 % lo consideran bueno simplemente.

4. En cuanto al tiempo de servicio que ha recibido usted, lo considera: El 82 % consideran el tiempo de servicio que ha recibido la persona a la que cuidan como adecuado y un 18 % consideran que ha sido poco tiempo.

5. El material con el que ha trabajado la fisioterapeuta ha sido: El 27 % responden que el material ha sido muy bueno y un 73 % consideran que ha sido bueno simplemente. Nadie se muestra en desacuerdo en cuanto al material utilizado.

6. La puntualidad de la profesional que me ha atendido ha sido: En cuanto a la puntualidad, el 55 % consideran que la fisioterapeuta ha sido puntual y un 45 % que muy puntual. Ya hemos señalado anteriormente las dificultades que entraña el hecho de poder ser puntual trabajando en distintos municipios.

7. ¿Cree necesario continuar con la actividad durante 2007? El 100 % de los entrevistados consideran que es necesaria la continuidad del Proyecto. Un 55 % lo consideran como muy necesario y un 45% como necesario.

8. Puntúe, de 0 a 10, en líneas generales que le ha parecido esta experiencia piloto.

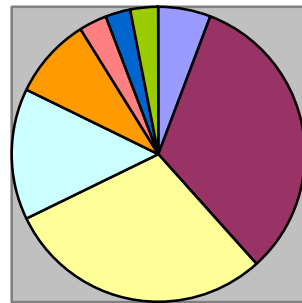
Puntuación media otorgada por los cuidadores principales: 8,9.



5.- EVALUACIÓN TERAPIA OCUPACIONAL.-

5.1.- EVALUACIÓN CUANTITATIVA.-

5.1.1. PARTICIPACIÓN POR MUNICIPIOS DE TERAPIA OCUPACIONAL



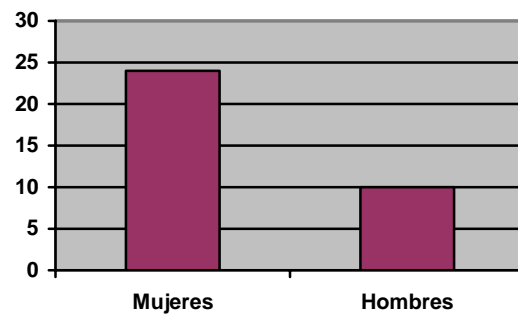
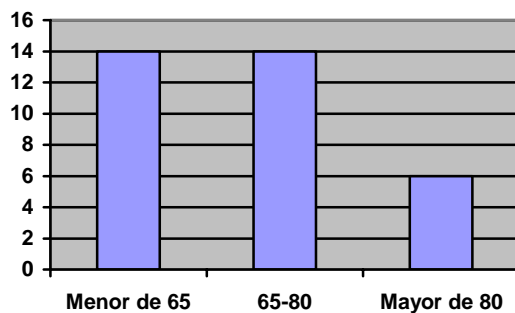
Nambroca	5,88 %
Orgaz	33,35 %
Almoracid	29,41 %
Villaminaya	14,70 %
Mazarambroz	8,82 %
Mascaraque	2,94 %
Chueca	2,94 %
Manzanaque	4,94 %

5.1.2. BENEFICIARIOS DEL PROYECTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Nº total de plazas atendidas en el proyecto de atención a la dependencia **34**

5.1.3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES

EDAD		SEXO	
< 65 años	41,17 %	Hombres	29,41 %
65-80 años	41,17 %	Mujeres	70,58 %
> 80 años	17,64 %		



5.1.4. OTROS DATOS EN CUANTO A USUARIOS DEL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Bajas del servicio de terapia ocupacional	5
Lista de Espera	7
Pendiente valoración	7



5.2.- EVALUACIÓN CUALITATIVA

A continuación exponemos los resultados de los cuestionarios de evaluación cualitativa que se han pasado tanto a usuarios directos del programa de terapia ocupacional como a sus cuidadores principales.

5.2.1.- POBLACIÓN DIANA: PERSONAS DEPENDIENTES:

MUESTRA: Nº DE ENCUESTADOS: 25 personas.

- VARONES: 19 (76 %)
- MUJERES: 6 (24 %)
- EDAD MEDIA: 71 años.

CUESTIONES PLANTEADAS Y RESULTADOS:

1. He accedido o recibido información del proyecto de atención a la dependencia a través de: El 96 % de los entrevistados responden que fue a través del Trabajador Social de la localidad, y solamente una persona comenta que a través de otros, sin especificar.

2. Las atenciones y servicios que he recibido por parte de la profesional que me ha atendido han sido: El 88 % responden con la puntuación más alta de las posibles, afirmando que las atenciones que han recibido por parte de la terapeuta ocupacional han sido muy buenas. El 12 % restante responden que buenas.

3. El trato humano con la persona que me ha atendido ha sido: Los resultados son los mismos que en la cuestión anterior: 88 % Muy buenos, y 12 % buenos.

4. En cuanto al tiempo de servicio que ha recibido usted, lo considera: El 64 % de los encuestados responden que es adecuado frente al 36 % que consideran que se queda corto el tiempo de atención.

5. El material con el que ha trabajado la terapeuta ha sido: Aquí encontramos 48 % que lo consideran como muy bueno y el 52 % que lo consideran simplemente bueno. Al igual que se hizo en el otro Taller de Fisioterapia se ha realizado una importante inversión económica en material de terapia ocupacional, que ya no tendremos que realizar en 2007 y que es un patrimonio para el propio Equipo de Servicios Sociales del Área Villaminaya.

6. La puntualidad de la profesional que me ha atendido ha sido: El 28 % responden que ha sido muy puntual y el 72 % restante valoran como puntual. Volvemos a destacar lo mismo que en el taller de fisioterapia, ante la dificultad y el esfuerzo que supone trabajar de forma itinerante en distintos pueblos en la misma jornada laboral, en la que el reparto del tiempo es muy importante.

7. ¿Cree necesario continuar con la actividad durante 2007? El 80 % lo consideran muy necesario y el 20 % como necesario.

8. Puntúe, de 0 a 10, en líneas generales que le ha parecido esta experiencia piloto.

Puntuación media otorgada por las personas dependientes: 9,28.



5.2.2.- POBLACIÓN DIANA: CUIDADORES PRINCIPALES

NÚMERO DE ENCUESTADOS: 19 personas.

- VARONES: 4 (21 %)
- MUJERES: 15 (79 %)
- EDAD MEDIA: 53 años.

CUESTIONES PLANTEADAS Y RESULTADOS:

1. He accedido o recibido información del proyecto de atención a la dependencia a través de: El 75 % de los cuidadores entrevistados afirman que conocieron el recurso a través del/la trabajador@ social de la localidad, el 12,5 % que fue la Auxiliar del SAD que les atiende y otro 12,5 % afirman que otras formas, sin especificar.

2. Las atenciones y servicios que he recibido por parte de la profesional que me ha atendido han sido: El 62,5 % de los cuidadores entrevistados afirman que las atenciones y servicios recibidos han sido muy buenos, el 31,25 % los consideran buenos, y el 6,25 % las consideran como normales.

3. El trato humano con la persona que me ha atendido ha sido: El 68,75 % resaltan el trato humano de la terapeuta ha sido muy bueno y un 31,25 % lo consideran bueno simplemente y un 6,25 % lo valoran como normal.

4. En cuanto al tiempo de servicio que ha recibido usted, lo considera: El 75 % consideran el tiempo de servicio que ha recibido la persona a la que cuidan como adecuado y un 25 % consideran que ha sido poco tiempo.

5. El material con el que ha trabajado la fisioterapeuta ha sido: El 18,75 % responden que el material ha sido muy bueno y un 81,25 % consideran que ha sido bueno simplemente. Nadie se muestra en desacuerdo en cuanto al material utilizado.

6. La puntualidad de la profesional que me ha atendido ha sido: En cuanto a la puntualidad, el 75 % consideran que la fisioterapeuta ha sido puntual y un 25 % que muy puntual.

7. ¿Cree necesario continuar con la actividad durante 2007? El 100 % de los entrevistados consideran que es necesaria la continuidad del Proyecto. Un 75 % lo consideran como muy necesario y un 25 % como necesario.

8. Puntúe, de 0 a 10, en líneas generales que le ha parecido esta experiencia piloto.

Puntuación media otorgada por los cuidadores principales: 9.



6.- EVALUACIÓN GENERAL DEL PROYECTO *(De acuerdo a los objetivos operativos señalados en el Proyecto)*

Objetivo Operativo 1.- “Prevenir la aparición de deterioros cognitivos en las personas mayores”

Este objetivo, que se incluía aquí, ha sido ejecutado a través del proyecto de envejecimiento activo financiado con la subvención de Actividades PRAS 2006, por lo que la evaluación del mismo es independiente de este Proyecto.

El indicador de evaluación era la realización de Talleres de Prevención del Deterioro Cognitivo en los municipios del Área en los que hubiera una participación media de 20 participantes por taller.

Este objetivo se ha realizado, puesto que se han realizado **12 Talleres de Prevención del Deterioro Cognitivo**: Orgaz (3), Turleque (2) y Ajofrin, Mazarambroz, Chueca, Marjaliza, Almonacid, Manzaneque, Mascaraque y Villaminaya uno en cada uno de estos municipios, con una participación total de **248 participantes (media de 20,66)**, por lo tanto se ha conseguido el objetivo en un **100 %**

Objetivo Operativo 2.- “Proporcionar un respiro familiar a los cuidadores principales mediante el trabajo de Terapia Ocupacional”

Con este objetivo se pretendía atender de forma domiciliaria o grupal a través del Taller de Terapia Ocupacional a 30 casos en 2006. Hay que precisar que el Proyecto inicial estaba previsto su inicio en Abril, y finalmente comenzó el día 13 de junio, lo que supone un retraso de casi 3 meses. Aún así, se han atendido en total desde Terapia Ocupacional a un total de **34 usuarios**, lo que supone una consecución del objetivo del **113 %**, superando las expectativas iniciales.

Objetivo Operativo 3.- “Mejorar la autonomía personal de las personas con movilidad reducida a través de rehabilitación de fisioterapia”

En este Taller de Fisioterapia estaba previsto inicialmente cubrir 15 plazas de atención, sobre todo teniendo en cuenta el hándicap que suponía la contratación a media jornada de la fisioterapeuta. Aún así, han sido **18** las personas atendidas en este Taller, por lo tanto se ha conseguido una consecución de objetivos del **120 %**.

Objetivo Operativo 4.- “Mejorar la atención que las personas dependientes reciben por parte de sus cuidadores principales”.

A la hora de lograr este objetivo se pretendía ofrecer a los cuidadores principales y a las Auxiliares del SAD que, aunque no en todos los casos, les atienden, una formación en cuanto a cuidados básicos, estimulación, y fomento de la autonomía de la persona atendida. Hay que decir que este trabajo no se puede valorar en 7 meses de duración del proyecto puesto que es un objetivo a medio y largo plazo. Sí que se está trabajando de forma individualizada con cada caso, pero no podemos cuantificar en estos momentos el objetivo, quizás porque los indicadores no eran precisos en la programación inicial.

Objetivo Operativo 5.- “Formar a las auxiliares del SAD en terapia ocupacional y ejercicios de fisioterapia recuperadora”

Tanto la fisioterapeuta como la terapeuta ocupacional han impartido una parte del Curso de Formación Anual a Auxiliares del SAD del Área, cada una dentro de su disciplina y con un aplicación práctica en el SAD. La idea y objetivo es diversificar,



tanto la oferta de servicios que se prestan en el SAD como mejorar la calidad y la formación de las propias auxiliares. Han participado **31 Auxiliares** en la formación.

Además, y a demanda de las propias auxiliares, durante el mes de Diciembre de 2006, la fisioterapeuta ha realizado supervisión de campo de las movilizaciones con las auxiliares y con cada caso de SAD de atención personal, con la finalidad de: prevenir accidentes, mejorar las técnicas posturales, evitar hacer daño al usuario, y facilitar herramientas de movilización y rehabilitación para aplicarlas con cada caso.

7.- RESUMEN ECONÓMICO DEL PROYECTO.-

CUANTÍA TOTAL CONCEDIDA DE SUBVENCIÓN PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA DEPENDENCIA: 27.000 €

7.1.- Resumen económico por conceptos

<i>CONCEPTO</i>	<i>CUANTIA</i>
<i>Kilometrajes de las profesionales</i>	2.808,83 €
<i>Material Fisioterapia y Terapia Ocupacional</i>	1.904,22 €
<i>Personal (facturaciones de Acamto)</i>	22.286,95 €
TOTAL GASTADO	27.000 €
<i>Coste medio por usuario atendido</i>	613,63 €

8.- INFORME FINAL DE EVALUACIÓN.-

De todos los análisis anteriores que hemos expuesto, podemos establecer una serie de conclusiones a tener en cuenta para la continuidad del Proyecto durante 2007:

- El grado de satisfacción de los usuarios y de sus cuidadores con la iniciativa es alto o muy alto, de hecho la nota media total del proyecto es **8,92 sobre 10**; pero es necesario un trabajo a más largo plazo, para comenzar a poder analizar los resultados en cuanto a su autonomía personal y mejora de la calidad de vida actual de que disfrutan.
- Es preciso articular iniciativas de este tipo, que se insertan perfectamente en el medio comunitario, que facilitan el hecho de "envejecer en casa", y no sólo eso, sino hacerlo con un mínimo de calidad de vida y en condiciones dignas, puesto que este recurso, combinado con: SAD, Teleasistencia y si es posible, grupos de voluntariado, harían posible que muchas de las personas que tienen que marcharse a un Centro Residencial fuera de su municipio no lo hicieran.
- Que, en realidad, lo que estamos haciendo, es realizar las mismas actividades que se hacen en un Servicio de Estancias Diurnas, pero de forma itinerante y en



el medio rural. Entendemos que es imposible la construcción y puesta en marcha de SED en cada pueblo de nuestra Comunidad, por lo que iniciativas como este Proyecto funcionarían como recursos intermedios.

- El coste medio por persona atendida ha ascendido en 2006 a: **613,63 €**, lo que en principio nos puede parecer una cifra elevada, pero que se amortiza si lo comparamos con el coste de una plaza residencial, de forma que creemos que con iniciativas de este tipo si simplemente se consigue retrasar el ingreso en Residencia de un usuario durante un año, perfectamente se amortiza la inversión realizada.
- En cuanto al establecimiento de la fórmula del copago, como establece la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, es aún complicado la forma de articularlo, puesto que es un Proyecto de tipo Supramunicipal, pero es a lo que debe ir dirigido en un futuro para asegurar su sostenibilidad, aunque en 2007, aún lo consideramos aventurado, y preferimos continuar como en la actualidad, hasta lograr el asentamiento y consolidación, que creemos ya se ha conseguido.

VILLAMINAYA, 25 DE ENERO DE 2007.

EL EQUIPO DE SERVICIOS SOCIALES.

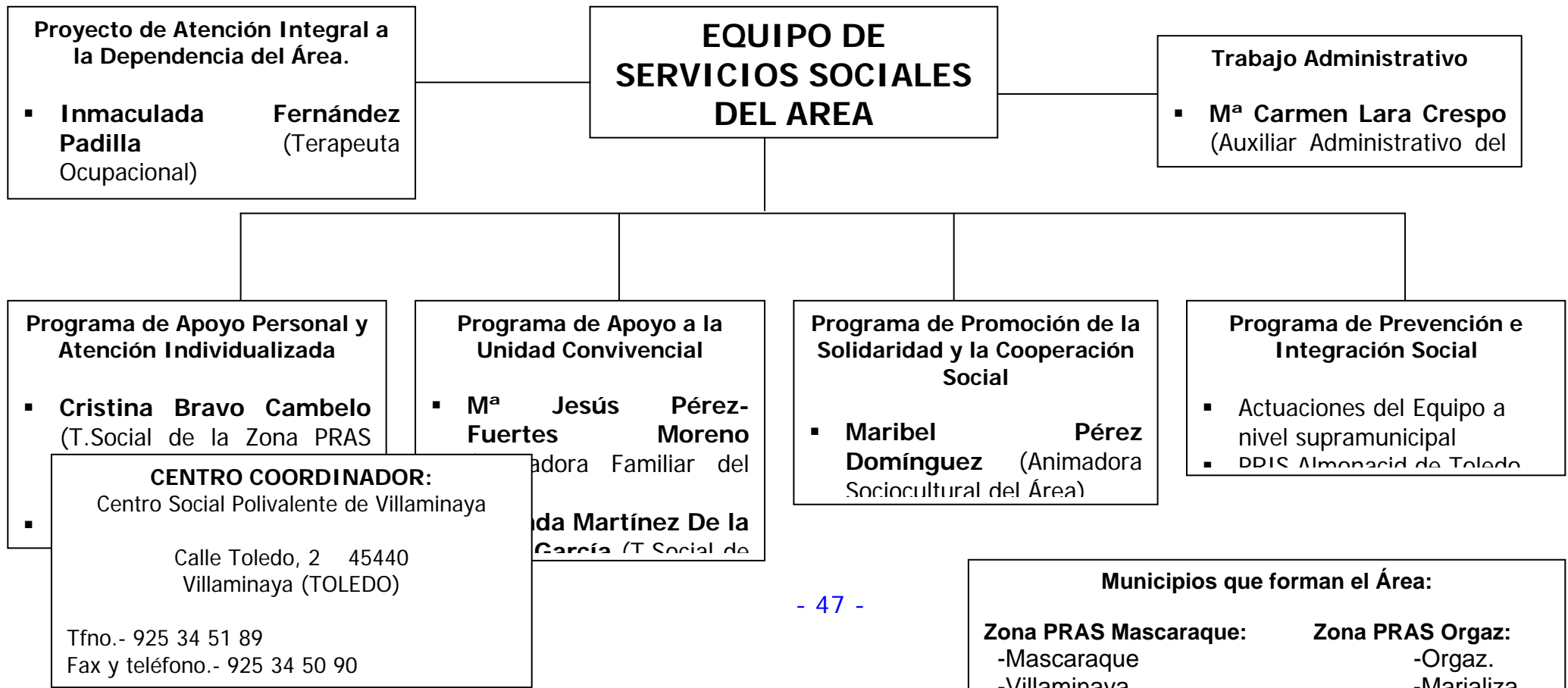


ANEXO 3: Organigrama Equipo



Equipo de Servicios Sociales
Área 20 Villaminaya

ORGANIGRAMA EQUIPO DE SERVICIOS SOCIALES AREA 20 VILLAMINAYA





ANEXO 4: Solicitud de Atención a la Dependencia



Equipo de Servicios Sociales
Área 20 Villaminaya

SOLICITUD DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA DEPENDENCIA DEL AREA 20 VILLAMINAYA

I.- DATOS PERSONALES.-

Nombre:		Apellidos:			
DNI:		Domicilio:			
Municipio:		Fecha de nacimiento			
Teléfono 1		Teléfono 2			
Nº INSS				Estado Civil	
Beneficiario SAD	SI		NO		Antigüedad

II.- SERVICIOS SOLICITADOS (Marcar con una X)

<input type="checkbox"/>	SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL DOMICILIARIA
<input type="checkbox"/>	SERVICIO DE FISIOTERAPIA DOMICILIARIA.

III.- MOTIVOS DE LA SOLICITUD (A rellenar por el/la Trabajador/a Social)

IV.- DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA

Fecha y firma del Trabajador Social.



ANEXO 5.- Proyecto de Intervención Individual

PROYECTO DE INTERVENCION INDIVIDUAL

Nombre:		Apellidos:	
DNI:		Domicilio:	
Municipio:		Fecha de nacimiento:	
Teléfono:		Fecha de alta:	

1. DIAGNÓSTICO

--

1. AREA DE TRABAJO SOCIAL

1.1 OBJETIVOS

--

1.2 ACTIVIDADES

--



2. AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

2.2 OBJETIVOS

2.3. ACTIVIDADES

3. ÁREA DE FISIOTERAPIA

3.1. OBJETIVOS

3.2 ACTIVIDADES:



4. OTROS PROFESIONALES

--

5. COORDINACIONES Y SEGUIMIENTOS

--

