



# Centros de Día

Atención e intervención integral para  
personas mayores dependientes  
y con deterioro cognitivo

*B i z i t z e n l a g u n d u*







**CENTROS DE DÍA:  
ATENCIÓN E INTERVENCIÓN INTEGRAL  
PARA PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES  
Y CON DETERIORO COGNITIVO**

F. J. Leturia Arrazola  
A. Uriarte Méndez  
J. J. Yanguas Lezaun  
(directores)

Fundación Matía

*B i z i t z e n l a g u n d u*



Diseño y maquetación: Javier Lopez Altuna

Impresión: Ganboa

© Gizartekintza

ISBN: 84-7907-404-3

Dep. Leg.:

**E**ntre los cambios más radicales que ha experimentado sociedad en los últimos años está el envejecimiento de la población, un fenómeno que, sin duda, se está convirtiendo en uno de los retos sociales de mayor trascendencia en estos comienzos del siglo XXI.

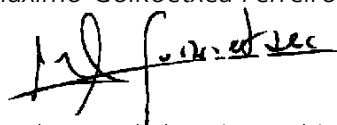
Frente a este hecho, es imprescindible establecer desde los sistemas públicos unas directrices claras de actuación que garanticen una respuesta adecuada, ágil y de calidad para hacer frente a las necesidades asistenciales que plantean fundamentalmente las personas mayores dependientes.

Ahí se enmarca el Plan Gerontológico de Gipuzkoa, aprobado y desarrollado por Gizartekintza en esta legislatura. Este Plan propone un modelo de atención diversificado, coordinado y flexible, partiendo de un enfoque integral de la persona. El mantenimiento de los mayores en su domicilio, en condiciones dignas, constituye un principio básico de este Plan, pues se considera la mejor alternativa para frenar los procesos de deterioro físico y psíquico de este colectivo.

Dicho esto, es fácilmente comprensible la gran importancia que adquieren los centros de día dentro de la red de atención a las personas mayores. No sólo por su potencial a la hora de favorecer el mantenimiento en su entorno habitual, sino también desde el punto de vista de potenciar su autonomía y como apoyo a los cuidadores.

Es por eso que me satisface enormemente prologar este libro: un trabajo que supone una aportación importante a la hora de definir los centros de día y los modelos de atención de los mismos, desarrollado a partir de la amplia experiencia profesional en esta materia con las que cuentan sus autores, a quienes desde estas líneas deseo expresar mi agradecimiento por su labor. Sin duda, este trabajo servirá de gran ayuda a cuidadores y demás profesionales a la hora de garantizar la respuesta de calidad que necesitan las personas mayores.

*Maximo Goikoetxea Ferreiro*



Diputado Foral de Gizartekintza



**E**l objetivo de este documento es reflexionar y hacer partícipes de esta reflexión sobre uno de los recursos sociosanitarios y psicosociales que creemos más adecuado para las personas mayores y familias que presentan necesidades de apoyo en la vida diaria, así como de los más cercanos tanto a estas personas necesitadas como a los familiares que cuidan de ellas, a todos los que trabajamos en el campo de la geriatría y gerontología.

Desde el convencimiento de la bondad, adecuación, necesidad y oportunidad de este recurso un grupo de profesionales, técnicos, responsables de centros y planificadores hemos reflexionado sobre el mismo, sobre su definición, objetivos, conceptualización, programas, etc. con el fin de poner en conocimiento de la comunidad, de todos aquellos implicados en la política de atención a las personas mayores y especialmente a las personas mayores dependientes.

Lo que transmitimos en este libro no es un dogma ni la única verdad, es seguramente el resultado del proceso de trabajo e implementación de estos modelos en estos años así como el resultado del proceso de reflexión sobre estos desarrollos, sobre los éxitos de los mismos pero también sobre las dificultades del proceso.

El resultado son las experiencias que hoy en día se están aplicando en cada uno de los ejemplos presentados.

El contenido del libro pretende un equilibrio entre los contenidos teóricos, conceptuales, las definiciones del recurso, los objetivos, las necesidades y coberturas, etc. (capítulos 1 y 2), los aspectos técnicos como los capítulos de valoración (cap. 3), de organización de la intervención (capítulo 4) y de programas concretos que estamos implementando actualmente (capítulo 5) hasta el papel de los cuidadores (capítulo 6) y la exposición de experiencias prácticas de actualidad (capítulo 7), la implantación de sistemas de gestión en mejora continua (cap. 8) y de trabajo interdisciplinar, reconociendo el importante papel de las personas también en la atención profesional (capítulo 9).

Se podrían haber presentado otras experiencias de otros ámbitos, de otros territorios y otros países, pero hemos optado por hacer una presentación centrada en lo que estamos haciendo aquí y ahora un equipo de profesionales que trabajamos conjuntamente, en un entorno común y con cierta vinculación entre nosotros.



Esta relación entre los autores permite en gran parte conocer lo que unos y otros hacemos buscando en definitiva algo que más adelante valoramos como fundamental, la complementación entre profesionales, entre recursos, entre instituciones, única manera de lograr los objetivos finales de una mejor calidad de vida para nuestros clientes, las personas mayores y sus familias.

Francisco J. Leturia / Alberto Uriarte / Javier Yanguas

## ÍNDICE

<b>1. Introducción</b> .....	<b>11</b>
<b>2. Conceptualización</b> .....	<b>21</b>
2.1. Modelos de intervención .....	23
2.2. Objetivos específicos .....	24
2.3. Servicios que suelen ofrecer los Centros de Día .....	26
2.4. Cobertura y necesidades .....	26
2.5. Tipos de Centros de Día: mixtos, especializados, psicogerítricos y diferenciación con Hospital de Día y Clubes y Hogares de Jubilados .....	27
2.6. El usuario del Centro de Día .....	31
<b>3. Evaluación de las necesidades de los usuarios</b> .....	<b>35</b>
3.1. La importancia de la evaluación ( <i>Inza, Arriola, 1999</i> ).....	37
3.2. Aspectos metodológicos ( <i>Arriola, E., 2001; Leturia, et al., 2001</i> ).....	37
3.3. La Valoración Integral .....	38
3.4. Áreas a evaluar .....	40
<b>4. Atención e Intervención</b> .....	<b>45</b>
4.1. Qué es la intervención. Cuidados personales, Atención e Intervención .....	47
4.2. Modelo psicosocial de intervención en un Centro de Día .....	51
4.3. Atención e intervención: El Plan General de Intervención .....	54
<b>5. Programas de atención e intervención en Centros de Día</b> .....	<b>63</b>
5.1. Salud Física .....	65
5.1.1. Programas de prevención y promoción de la salud y un envejecimiento saludable .....	65
5.1.2. Actividad física .....	68
5.1.3. Programa de Psicomotricidad .....	70
5.1.4. Terapia ocupacional .....	71
5.2. Salud Psíquica .....	73
5.2.1. Salud Psíquica Cognitiva .....	73
5.2.2. Salud Psíquica Psicoafectiva .....	95
5.2.3. Programa de trastornos de la conducta en Centros de Día para personas mayores .....	116
5.2.4. Relaciones Sociales .....	135
5.3. Intervención Psicosocial con familias de personas mayores en Centros de Día ....	143
5.3.1. Programa de apoyo social .....	146
5.3.2. Pasos a seguir en la atención y tratamiento a personas mayores y sus familias .....	149
5.4. Ocio, tiempo libre y cultura .....	157
5.4.1. Aula de cultura .....	158
5.5. Participación sociocomunitaria .....	163
5.5.1. Complementación sociosanitaria .....	164
5.5.2. Programas de formación y capacitación .....	164
5.5.3. Comisiones de participación de usuarios y de familiares.....	164
5.5.4. Programa de participación general con reuniones periódicas .....	164
5.5.5. Programa de Comunicación .....	165
5.5.6. Mapa comunitario y programa de puertas abiertas .....	165
5.5.7. Programa de relaciones intergeneracionales .....	165
5.6. Intervención ambiental .....	165
<b>6. Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes</b> .....	<b>169</b>
6.1. Introducción .....	171
6.2. El apoyo informal .....	173
6.3. Proceso y consecuencias del cuidado de una persona dependiente .....	175
6.4. Importancia del contexto del cuidado.....	178
6.4.1. Relaciones del parentesco y género.....	178
6.4.2. Nivel cultural y socioeconómico .....	179
6.5. Estresores .....	179
6.6. Consecuencias del cuidado .....	181
6.6.1. Conflictos familiares .....	181
6.6.2. Problemas laborales .....	182
6.6.3. Disminución del tiempo libre y de las actividades sociales .....	182
6.6.4. Evidencias de trastornos clínicos .....	182

6.7. Variables moduladoras .....	183
6.7.1. Apoyo social .....	183
6.7.2. Afrontamiento .....	184
6.8. Evaluación .....	185
6.9. Intervenciones con cuidadores .....	186
6.9.1. Grupos de apoyo .....	186
6.9.2. Programas psicoeducativos .....	187
6.9.3. Programas de intervención clínica .....	187
6.9.4. Intervención familiar .....	188
6.9.5. Programas multimodales .....	188
<b>7. Experiencias y modelos de buena práctica en servicios de Centros de Día .....</b>	<b>191</b>
7.1. Los Centros de Día para personas mayores dependientes en Gipuzkoa. Un recurso estratégico para la planificación asistencial. <i>Joseba Etxabe, J. M. Urrutia</i> .....	193
7.1.1. Introducción .....	193
7.1.2. La evolución de los Centros de Día para personas mayores dependientes de Gipuzkoa .....	194
7.1.3. Territorialización de los Centros de Día .....	197
7.1.4. Tasas de cobertura y eficacia de los Centros de Día .....	199
7.1.5. Perfiles de los clientes .....	202
7.1.6. El Centro de Día, ¿Paso previo o alternativa a la residencia? .....	206
7.1.7. Conclusiones para la planificación .....	207
7.2. Aproximación a un modelo estandarizado de coste estandarizado para Gipuzkoa. <i>Ander Zapiain</i> .....	208
7.3. El Centro de Día del Centro Gerontológico Egogain de la Diputación Foral de Gipuzkoa. <i>Begoña Gutierrez</i> .....	222
7.4. El Programa de Voluntariado en los Centros de Día de la Fundación Hurkoa. <i>Evelia Cantera, Fundación Hurkoa</i> .....	232
7.5. "El tablero de psicoestimulación" del Centro de Día de Matia Fundazioa. <i>Enrique Arriola y Borja Inza (Matia Fundazioa)</i> .....	242
7.6. Centros de Noche para personas con demencia. <i>J.F. Leturia, E. Arriola, B. Inza, C. Sannino</i> .....	255
7.6.1. Definición .....	258
7.6.2. Perfil del usuario .....	258
7.6.3. Objetivos .....	259
7.6.4. Características del Centro .....	259
7.6.5. Servicios .....	260
7.6.6. Metodología .....	261
7.6.7. Planificación .....	266
7.6.8. Puesta en marcha del recurso .....	267
7.6.9. Acceso al recurso .....	267
7.7. Programa de atención e intervención psicosocial diaria. <i>Equipo Técnico de Centro Egogain, Eibar</i> .....	268
<b>8. La calidad y mejora continua en centros de día .....</b>	<b>285</b>
8.1. Aseguramiento de la calidad .....	290
8.2. La Gestión de procesos y Mejora continua .....	291
8.3. Análisis PDCA de los Procesos .....	292
8.4. Valoración de la calidad de atención .....	295
8.4.1. Satisfacción del cliente .....	298
<b>9. Trabajo interdisciplinar, papel de los profesionales y estilo de atención .....</b>	<b>305</b>
9.1. Papel de los profesionales, paraprofesionales, voluntarios, familiares, estudiantes y sus quehaceres en un centro de atención a persona mayores .....	308
9.2. De modelos, sistemas y aplicaciones .....	309
9.3. El trabajo en equipo, la interdisciplinariedad .....	310
9.4. La interdisciplinariedad .....	311
9.5. Definición de puesto y rol de cada profesión en un marco interdisciplinar .....	312
9.6. Papel y funciones del gercultor en las distintas intervenciones .....	313
9.7. Habilidades profesionales .....	315
9.8. Identificación de competencias conductuales adecuadas .....	316
9.9. Cuidado de la persona mayor dependiente y sus consecuencias .....	317
9.10. De la formación .....	318
<b>Autores .....</b>	<b>321</b>
<b>Referencias bibliográficas .....</b>	<b>325</b>



## 1. Introducción





## 1. INTRODUCCIÓN

### LA PERSONA MAYOR DEPENDIENTE Y SU FAMILIA SON EL EJE CENTRAL DE LA ATENCIÓN

En estos primeros años del siglo XXI es necesario llamar la atención sobre uno de los temas que más preocupan a todos aquellos que trabajan en el campo de la atención e intervención con personas mayores, así como en la planificación de la política social, tanto por su complejidad en el abordaje como por las implicaciones personales, sociales y económicas que tiene: la dependencia o necesidad de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria, situación en la que la demencia, y en concreto las demencias degenerativas son paradigmáticas.

En un momento histórico en el que ante el envejecimiento demográfico y sus consecuencias nos encontramos con más de un problema para la sociedad es necesario aclarar que la vejez en sí no es un problema. La humanidad ha invertido muchos esfuerzos por vivir más y el aumentar nuestra esperanza de vida es un logro importante. El envejecimiento demográfico sí nos plantea interrogantes y situaciones nuevas y hasta ahora desconocidas, pero también es necesario reconocer que nuestro bienestar, nuestro nivel y calidad de vida depende en gran medida de lo que nuestros mayores hicieron y trabajaron, de la riqueza que han producido. Es pues justo y necesario que reconozcamos y apoyemos en la medida de lo posible lo que otros más mayores hicieron por nosotros, a la vez que nos comprometamos en la mejora de su calidad de vida.

Las necesidades sociodemográficas actuales nos dirigen en la dirección y sentido de desarrollar recursos denominados “intermedios” con el doble objetivo de ofrecer una atención más acorde con las mismas, así como, de mantener a la persona mayor “en casa” tanto por una serie de principios técnicos, como, y por desgracia pensamos que especialmente, por criterios económicos y de planificación en política social.

Desde un punto de vista técnico conocemos las ventajas e inconvenientes de mantener a la persona mayor en la comunidad, los recursos que exige y la necesidad de complementación de diferentes niveles, recursos, etc. para dotar de itinerarios significativos capaces de cubrir las necesidades de los mayores “frágiles” para envejecer dignamente en la comunidad (Heumann, L.F. y Boldy,

D.P., 1995). Diferentes modelos y políticas han hecho más énfasis en los recursos formales o en los informales según la cultura social en que se enmarcan. De cualquier manera el centro de día siempre es uno de los recursos más claramente necesitados desde esta perspectiva comunitaria, así como uno de los más coherentes con los principios de los servicios sociales de promover la normalización, la integración, la participación etc.

El modelo comunitario de atención defiende la conveniencia de que los problemas se afronten allí donde surgen sin que tengan que suponer el desarraigo que genera el abandono del modo de vida habitual, prueba de ello es el lema de "envejecer en casa" que se ha convertido en objetivo común de las políticas sociales europeas (OCDE, 1994, Sancho, Rodríguez, 1999).

Alrededor del 25% de la persona mayores necesitan algún tipo de ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (Vizcaino, 1997), esto es para realizar las actividades básicas de autocuidado como comer, la higiene, utilizar el wc, el arreglo personal, etc. así como las actividades instrumentales, esto es las necesarias para llevar una vida autónoma y poder cocinar, seguir las pautas de medicación si las hubiere, controlar el dinero, hacer gestiones sencillas, etc. Esto supone que según datos del estudio del CIS (CIS-INSERSO, 1996) un 5% de las personas mayores necesitan ayuda para ir al servicio, el 15% para bañarse o ducharse, un 3,4% para comer, etc. Además, si entre los 65 y 75 años es un 5% la población necesitada, a partir de los 80 años pasa a un 10 a 40% de personas dependientes, siendo tres de cada cuatro mujeres.

No existe un acuerdo generalizado sobre la incidencia de la demencia senil, pero según un metanálisis efectuado por Jorm (1987) sobre 40 estudios comunitarios la tasas de prevalencia según grupos de edad serían las siguientes: entre 60-64 años el 0,7%, de 65-69 años el 1,4% e iría aumentando con la edad hasta ser de un 10,5% entre 80-84 años y de un 20,8% en personas comprendidas entre los 85 y 89 años. Estudios epidemiológicos sugieren que alrededor de un 5-8% de los mayores que viven fuera de instituciones presentan deterioro cognitivo propio de la demencia (Kay y Bergmann, 1980). Entre estos trastornos la enfermedad de Alzheimer ocupa un lugar destacado, siendo un 50-60 % de las mismas (Reisberg, 1989), un 30-40 % de demencias vasculares y alrededor de un 5% de otros tipos.

Para hacerse una idea de la importancia y de la magnitud de este problema tanto a nivel de salud pública como desde una perspectiva socio-comunitaria los datos son reveladores: aproximadamente el 10% de la población mundial es mayor de 65 años, entre los cuales puede haber 22 millones de personas que presentan Enfermedad de Alzheimer. Este alto índice de prevalencia sitúa a la Enfermedad de Alzheimer como la tercera causa de muerte entre adultos en los países indus-

trializados después del cáncer y las enfermedades cardiovasculares. La Enfermedad de Alzheimer afecta a 5 millones de personas en Europa (Fratiglioni, et al, 2000). Todos estos datos y otros tantos que podríamos citar nos demuestran la importancia y el impacto que estos trastornos tienen en nuestros mayores y en nuestra sociedad en general. No obstante estas cifras, las estadísticas y esta perspectiva epidemiológica de ver la realidad, en ocasiones nos descentra de otro aspecto realmente importante del problema, el impacto psicosocial e individual en la persona mayor y su familia, en su grupo de conocidos, amigos, compañeros etc.

Podríamos, como habitualmente se hace, referir las distintas clasificaciones, según criterios etiológicos, clínicos o de pronóstico, podríamos definir o diferenciar varios estadios en el desarrollo y evolución de la enfermedad de Alzheimer con las características propias de cada uno de ellos (Strub y Black, 1988) y tal vez hablaríamos del diagnóstico diferencial con la pseudodemencia depresiva (Wells, 1979; Hoch y Reynolds 1990; Caine, 1983), y de tantos otros temas de interés.

Estas perspectivas clínicas son básicas en la aproximación al problema de las demencias y al tratamiento de las mismas. No obstante no se debiera de limitar esta aproximación a las mismas. Un enfoque psicosocial que engloba no solo las cuestiones orgánicas, que incluye los aspectos cognitivos y psicoafectivos, las relaciones sociales y familiares, la vivencia personal y global del trastorno por parte de la persona, que plantea objetivos más allá de la mera curación, como es la calidad de vida como eje central del tratamiento, que incluye al sistema familiar y al apoyo informal parece que puede ayudar a centrar los esfuerzos que desde diferentes disciplinas deben estructurarse para hacer frente a estas situaciones (Downs, M. 2000).

En este momento, con el nivel de conocimiento que tenemos, con las líneas de investigación en tratamientos y terapia farmacológica y no farmacológica etc. nos parece interesante centrarnos más en cómo vive la persona mayor que sufre demencia esta situación. Nos gustaría preguntarnos que piensa, qué siente, cómo ve a los demás, cómo le influirán los comportamientos de los familiares cercanos, cómo se comportará él mismo.

Pensemos por un momento en la persona que lo padece: alteraciones en la memoria, dificultad en resolver problemas cotidianos, en comprender y expresar ideas, cambios en el lenguaje, dándose cuenta la persona que padece esta enfermedad en los primeros estadios de los déficits como para desarrollar estados de ansiedad y depresión. No se reconocen objetos, a veces cuesta realizar acciones habituales como peinarse o vestirse, la persona tiene emociones involuntarias, no reconoce a sus hijos, ni a familiares próximos, desorientación,...

Tal vez se debiera analizar estos problemas centrándolos en la persona que sufre demencia y no solamente en la demencia en sí, en la persona inmersa en un sistema familiar o de apoyo informal, que padece, sufre un proceso de deterioro



cognitivo que afecta a diferentes áreas y funciones vitales (pudiendo llegar a ser todas o no), pero que a la vez desarrolla unos procesos en ocasiones adaptativos a esas situaciones que se van dando y que deben ser tenidos en cuenta.

A pesar de todo, el respeto hacia estas personas, el impulsar y apoyar su autonomía personal, debe de llevarnos a realizar acciones e intervenciones con estas personas para aumentar su calidad de vida. La estigmatización de las personas con demencia, como ha ocurrido con otros colectivos (SIDA, Cáncer,...) pensando que no hay nada que hacer puede llevar a su segregación.

En todo caso la demencia senil en particular, y la cuestión de la dependencia (personas que necesitan ayuda para desenvolverse en su vida diaria) en general, supone un tema complejo a la hora de abordarlo. Las demandas de estas personas se caracterizan por ser múltiples, es decir, demandas de tipo social, médico, psicológico, económico, personal, etc. que recaen sobre diferentes niveles asistenciales, y que provocan la necesidad de cuidados continuados y en ocasiones permanentes. En realidad nos encontramos ante una nueva presentación de demandas asistenciales que requieren una respuesta global, integradora, coordinada y continuada, para la cual es necesario identificar nuevas formas de respuesta, organizando a su vez de manera mejor los recursos que actualmente tenemos.

La enfermedad crónica, la dependencia y la discapacidad en la vejez siempre afecta a la familia, pero no existe enfermedad que requiera tanto reajuste para el funcionamiento familiar como la demencia. Mace y Robins (1988) con su libro "36 horas al día" y tras ellos tantos otros autores y profesionales se han dirigido a estos cuidadores informales, los familiares, los vecinos, amigos de las personas que sufren demencia con pautas orientadoras y de apoyo en esa ardua tarea que supera las horas que tiene el día y todo lo que uno puede hacer por ellos. Cualquier profesional que interviene directamente en estos casos conoce situaciones extremas y la carga que supone cuidar a una persona con un problema de dependencia que necesita apoyo constante.

Si a esto le sumamos que la demencia trae consigo alteraciones conductuales importantes como pueden ser: agitación, deambulación, explosiones verbales, ataques y agresividad verbal, etc. que el cuidador no está preparado para afrontar, que desconoce que se van a dar, de las que puede que nadie le haya informado, que desconoce como manejar, que en ocasiones están dirigidas personalmente al cuidador y por tanto las vive emocionalmente, el nivel de estrés al que se le somete a la familia es realmente importante con las posibles consecuencias negativas que puede acarrear para la salud de estos cuidadores, llegándose a dar el denominado "síndrome del quemado" o "burn out" con toda una sintomatología que puede poner en peligro la propia dedicación hacia el familiar. Por lo tanto una de las direcciones principales de nuestra intervención con la demencia va a ser el sistema familiar de cuidado, intentando analizar este sistema en su glo-

bilidad dentro del cual se encuentra la persona mayor que sufre demencia y nunca, aunque casi siempre ocurre, situándolo fuera del mismo.

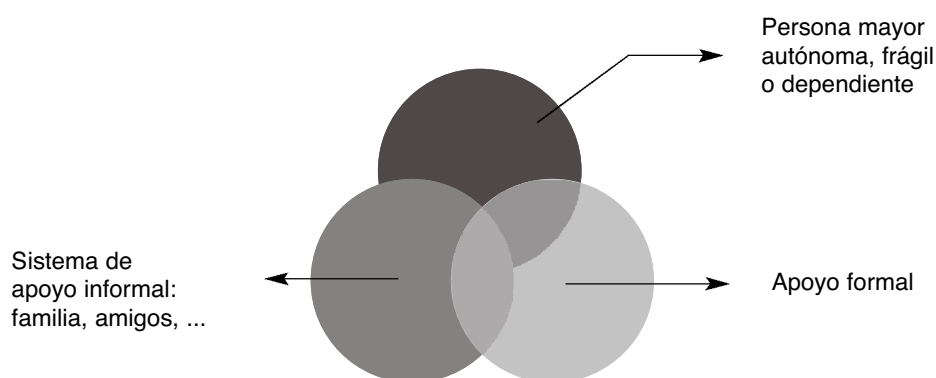
No obstante hay muchas personas que dedican parte de su tiempo a cuidar de un familiar de edad avanzada que depende de la ayuda que se le preste para poder desarrollar su vida diaria. En los países del sur de Europa sigue siendo la familia el colchón que mantiene y apoya a estas personas mayores discapacitadas. Indudablemente, cuidar a una persona mayor dependiente conlleva esfuerzo, dedicación y en muchos casos implica renuncias a otra forma de vida, a un trabajo o promoción laboral, a dedicar más tiempo al resto de la familia o a los amigos y así hasta un largo etcétera de restricciones. Pero a la vez y afortunadamente, cuidar también puede ser una experiencia satisfactoria: puede significar descubrir en uno mismo cualidades y aptitudes desconocidas, establecer relaciones más próximas y cercanas con la persona a la que cuidamos y con otros familiares; cuidar puede significar, pese a los sinsabores, descubrir la íntima satisfacción de ser útiles a nuestros familiares más próximos. Todos conocemos algún caso de parejas en las que uno de los miembros padece un trastorno de este tipo y su partenaire le cuida, le da afecto, le mimaba y afirma quererle más que nunca.

Así como el cuidado y educación de los niños está muy valorado y es muy satisfactorio (aunque también muy stressante), el de los mayores no. Si hemos logrado valorar tanto el esfuerzo realizado por los niños que van a constituir el futuro, tal vez debamos hacer un intento por lograr algo parecido hacia aquellos que han logrado que nuestro presente sea así.

En esta tarea los familiares no pueden estar solos. No podemos desperdiciar esa carga afectiva del cuidado por depositar en los cuidadores toda la responsabilidad del apoyo y cuidado instrumental (realización de actividades de la vida diaria como la higiene, vestido, alimentación, desplazamientos, control del sueño, etc.) que puede desbordar el preciosísimo valor del afecto y apoyo emocional. "Cuidar" y "apoyar" a los familiares cuidadores para que puedan desarrollar su labor de la mejor manera posible es una cuestión ineludible para los servicios sociales y sanitarios. El coste social y económico que conlleva la dependencia recae muchas veces en el apoyo informal y en la familia.

Este momento es además crucial si tenemos en cuenta que el cuidador informal del que estamos hablando es fundamentalmente la mujer de entre 40 y 60 años. En este momento en que uno de los retos principales a nivel social es la equiparación en derechos entre hombres y mujeres, en que la mujer se está incorporando al mercado laboral, con lo que esto supone de cambio social, en la estructura familiar, sociocultural y cognitiva etc. debemos plantearnos cómo hacer compatibles ambos objetivos de potenciar esta incorporación laboral y el sistema familiar como apoyo informal fundamental. Este es uno de los debates cruciales en este momento histórico y de su resolución adecuada o no dependen elementos importantes a nivel social a corto, medio y largo plazo.

Desde la visión del modelo de competencia hay que optimizar destrezas, habilidades y recursos personales, debemos optimizar las redes y sistemas de apoyo natural y profesional. Es necesario un replanteamiento de la concepción de los servicios socio-sanitarios de atención, que no deben desarrollarse al margen y de espaldas al apoyo informal (es decir, el cuidado que ofrece la familia, vecinos, etc. a una persona en situación de dependencia). Es necesaria la convergencia entre los servicios formales y el apoyo informal, debiéndose dar un paso hacia adelante que debe rebasar los postulados clásicos y controversias en torno al Estado de Bienestar versus Estado Liberal, y caminar hacia propuestas más acordes con las exigencias de los nuevos tiempos. Esta convergencia entre los servicios de apoyo formal (tanto públicos como privados) y el apoyo informal va a marcar sin duda alguna, el horizonte de una sociedad solidaria que asuma por parte de todos sus estamentos de manera compartida, unos problemas que tarde o temprano a todos nos conciernen.



Un plan general de intervención diseñado con estas coordenadas y que cubra el espectro de situaciones, competencias, funciones del sujeto sobre el que intervenimos, abarcando las áreas vitales de la salud tanto desde la valoración, el tratamiento y la rehabilitación, y sobre todo desde una perspectiva preventiva, tanto en cuanto a las funciones fisiológicas como psicológicas, funciones cognitivas, psicoafectivas, motivación etc., el área de las relaciones sociales tanto a nivel horizontal como las relaciones familiares, el área educativo-cultural, la participación sociocomunitaria, la organización y el aspecto ecológico de los ambientes en que desarrollamos la intervención, las situaciones y el clima social en que se mueven los sujetos permite llegar a los aspectos principales en que debemos centrarnos en la intervención desde el Centro de Día.

A la hora de hablar de conceptualización de intervenciones en un Centro de Día, vamos a partir de un determinado modelo: el modelo psicosocial de atención. Si concebimos un Centro de Día como un recurso que debe ofrecer una atención integral durante el día a personas mayores afectadas con diferentes niveles de dependencia (física, psíquica y/o social), favoreciendo su permanencia en el

entorno socio-familiar mediante un tratamiento (intervenciones) idóneas (Sancho, 1995), el modelo que nosotros proponemos analizar irá en consonancia con esta idea de Centro de Día. Dentro del modelo psicosocial el objetivo último sería la calidad de vida de la persona mayor y su familia entendida como el logro de: independencia (funcional y social), crecimiento personal, bienestar físico, autoestima, autosuficiencia, dignidad, etc. (Abramovice, 1988).

No obstante, y para finalizar, llamar la atención sobre la necesidad de solidaridad tanto para las personas que sufren algún tipo de situación que produzca dependencia, como para el conjunto de cuidadores informales que los atiende unas veces de manera generosa, otras veces tan forzados por una determinada situación socio-familiar y en ambos casos generalmente en silencio, así como para los cuidadores profesionales, que desarrollan una de las tareas y funciones más importantes en nuestra sociedad como es el cuidado y atención a aquellos más desfavorecidos, uno de los logros que no solo debemos defender, sino también reconocer y promover.

El papel de los cuidadores en los centros de día es uno de los fundamentos de la atención y calidad de vida de las personas que atendemos. Su preparación y formación, su motivación, el apoyo y reconocimiento social de la función del cuidado son junto a la profesionalización y el trabajo en equipo con la familia requisitos que debemos promover. El papel central del "cliente", del usuario, de la persona dependiente, de la que sufre demencia u otro trastorno psicogeriatrico es el requisito para el éxito de estas tareas, pero también el de estas otras personas que son los cuidadores tanto familiares como profesionales. Como dice Rifkin en "El fin del trabajo" (1996) los cuidados personales, la atención al niño, al discapacitado, al enfermo o a las personas mayores dependientes nunca podrá ser sustituida por las maquinas, con lo que la atención y cuidados personales cada vez deberán ser más valorados y cualificados.





## 2. Conceptualización





## 2. CONCEPTUALIZACIÓN

Durante muchos años los servicios sociales han realizado una oferta dicotómica de servicios basada en la ayuda a domicilio o en las alternativas al mismo, fundamentalmente en residencias de personas mayores. Este modelo ha supuesto múltiples problemas de difícil resolución con esa limitación. Por una parte la atención a domicilio puede satisfacer las necesidades a unos determinados niveles de dependencia mientras que la institucionalización provocada por los centros residenciales ha supuesto en ocasiones problemas de sobredependencia. Entre otros problemas destacan que la inexistencia de recursos intermedios ha provocado efectos perversos de saturación, irreal en ocasiones, de las listas de espera de las residencias generando una tendencia a la incorrecta orientación y ubicación y a recurrir a niveles asistenciales de mayor especialización que la necesitada.

Los recursos “intermedios” como se ha dado en llamar a los centros de día y otros programas tendentes al mantenimiento del sujeto en el domicilio, como los programas de respiro para familiares de personas mayores dependientes, etc. suponen una oferta importante para ajustar la relación entre las necesidades y demandas y la oferta de recursos y sus diferentes niveles de carga de cuidados y de especialización.

Modelo de análisis de necesidades y provisión de recursos				
Necesidades	Demanda	Recursos	Costes	Financiación
		Programas		
		Estandar de calidad a ofrecer		

### 2.1. Modelos de intervención

A la hora de definir este recurso se parte por lo tanto de un modelo de intervención sociosanitario, donde el sistema psicosocial y sanitario se complementan y se coordinan en programas de intervención globales y individualizados, donde además de los aspectos básicos asistenciales y de integración social, se conside-



ran aspectos de intervención terapéutica - rehabilitativos, con programas de estimulación, reeducación y mantenimiento de las capacidades funcionales y programas de asistencia y prevención sanitaria. Existen diferentes definiciones de los centros de día entre las que cabe destacar:

1. Unidades de asistencia diurna, con ubicación independiente o anexos a centros sociales o a residencias, que se presentan principalmente como recurso temporal o definitivo alternativo a la institucionalización, y cuyo objetivo es la mejora de la calidad de vida de la persona mayor, promoviendo un modelo de atención integral, físico-psíquico-social, que favorece la permanencia en el ámbito socio-familiar, y la mejora de la calidad de vida de la familia cuidadora, apoyando y complementando su labor de cuidado y de protección afectiva (Sannino, 1999).
2. Servicio diurno multidisciplinar dirigido a usuarios que presentan un grado de problemática socio-asistencial, configurado como estructura que proporciona asistencia continuada durante tiempo indefinido cuyos objetivos y funciones principales son de carácter preventivo, rehabilitador, de supervisión-seguimiento, de soporte social y alivio frente al agotamiento familiar así como de resocialización, permitiendo la evaluación y atención individualizada de los sujetos y pudiéndose utilizar como Alternativa "blanda" al recurso residencial (Inza, 1999).
3. Aquellas unidades organizativas, funcionales y socioasistenciales para aquellas personas mayores con discapacidades que no requieran imprescindiblemente el ingreso en una residencia para que reciban una asistencia global en su medio habitual mediante la complementación de atenciones de carácter especializado y familiar, cuyo objetivo general es ofrecer una atención integral y de calidad a las personas mayores afectadas de determinado nivel de discapacidad física, psíquica o social, y que consecuentemente suponga depender de una tercera persona para la realización de ciertas actividades de la vida diaria (Gutiérrez, 1999).
4. Centros dependientes de los servicios sociales comunitarios destinados a ancianos que presentan cierto grado de discapacidad funcional, psíquica o social, dificultades para que le atienda su familia y para el acceso a una adecuada vida social y comunitaria cuyo objetivo general es lograr un mayor nivel de autonomía y/o autocuidado en el anciano y unas condiciones de vida dignas y como en todo nivel gerontológico, social o sanitario se les proporcionará una atención integral: funcional, social, mental y sanitaria, de mantenimiento y de atención continuada de seguimiento. (Gil, 1996; Plan Gerontológico, 1993; Conrad, 1993; Hornillos, 1995) (Salgado, Gonzalez, 1999).

Llegamos así a la siguiente definición (según se recoge del Seminario de estudio sobre centros de día del Imsero, 1996):

El centro de día es un servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrecen durante todo el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las P.M. con diverso grado de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual.

## 2.2. Objetivos específicos

Se puede especificar objetivos para las personas mayores atendidas, para las familias así como para la propia planificación de los recursos:

### Para las Personas mayores discapacitadas

- Ofrecer un ambiente protector y familiar, que sepa prevenir y cubrir necesidades de atención básica bio-psico-sociales para mantener y preservar la mejor calidad de vida posible.
- Mantener o recuperar el mayor grado de autonomía a través de la estimulación y reeducación a las AVD
- Prevenir el deterioro físico-psíquico-social mediante programas generales y específicos de tipo terapéuticos, ocupacionales, rehabilitativos y recreativos.
- Evitar la institucionalización a través de la coordinación óptima entre otros recursos asistenciales (servicio de ayuda a domicilio, adaptación de vivienda, programas de fin de semana, programas de respiro...).
- Controlar, mantener, mejorar el nivel de salud de los usuarios, a través de programas de prevención y control programado.
- Estimular la participación a actividades individuales y colectivas, en función de las capacidades psicofísicas, evitando la pasividad y aislamiento.

### Para las familias

- Ofrecer un apoyo asistencial adecuado para su persona mayor, atenuando las dificultades y el estrés que comportan el cuidado y la vigilancia continua.
- Proponerse como centro de referencia "formativo e informativo", con el fin de ayudar a las familias en las tareas de cuidado y prevenir o ayudar a resolver conflictos que se producen en el entorno familiar, a causa de la permanencia en el domicilio de la persona dependiente.

### Para los servicios sociales y sanitarios

- Potenciar, optimizar, coordinar los servicios de atención de la red comunitaria, cuyo objetivo es apoyar y facilitar la permanencia en el propio domicilio o entorno social.

- Ofrecer un espacio “físico-real ” de convergencia y encuentro entre los Servicios Sociales y Sanitarios en la planificación de programas de cuidado, intervención, y prevención psicosocial y sanitaria, persiguiendo un mismo objetivo: mejorar la calidad de vida, a través del mantenimiento del estado de salud y de bienestar.

### **2.3. Servicios que suelen ofrecer los centros de día**

#### **a) Atención social:**

- Detección, acogimiento, orientación y seguimiento de casos.
- Coordinación del plan de intervención establecido.
- Relaciones con la familia.
- Establecimiento del plan de transporte.

#### **b) Atención a la salud psico - física:**

- Rehabilitación y control psico – físico.
- Actividades psicoterapéuticas.
- Terapia ocupacional.
- Higiene personal.
- Dietética.

#### **c) Socialización y participación:**

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Relaciones personales.
- Actividades de ocio y cultura.
- Actividades productivas.

Se debiera incluir también la terapia ambiental, así como la mejor coordinación con los servicios sanitarios comunitarios y el acceso a pruebas diagnósticas, terapéutica y hospitalización cuando la situación lo requiera (Arriola, 1999).

### **2.4. Cobertura y necesidades**

Este es un servicio de los de más reciente implantación en España, por lo que el número de centros puesto en marcha desde la iniciativa pública y privada es todavía poco significativo. Aunque el Plan Gerontológico no ha establecido índices de cobertura, parece prudente decir que este debe ser uno de los recursos de mayor extensión a corto plazo. Se estima para los próximos años una necesidad

de 1 plaza por cada 100 personas entre los 65 y 79 años y 2 plazas por cada 100 personas mayores de 80 años, ratios muy superiores a los actualmente existentes (Rodríguez, 2000; Sancho, 1996; Recomendaciones SEGG y datos de Padrón Municipal, 1996) (Inserso, 2000).

En el capítulo 7.1 se expone una experiencia de planificación de recursos centrada en los centros de día en el Territorio Histórico de Gipuzkoa, basado en las directivas del Plan Gerontológico y del Mapa de Servicios Sociales de dicho Territorio.

## **2.5. Tipos de Centros de Día: mixtos, especializados, psicogerítricos y diferenciación con Hospital de Día y Clubes y Hogares de Jubilados**

En función de las tipologías de usuarios y del servicio ofrecido se pueden diferenciar:

- a) Los centros de día mixtos o polivalentes que están dirigidos a personas mayores con dependencia física, psíquica o social indistintamente y en los que el apoyo familiar y social resulta insuficiente o presenta una sobrecarga, así como a personas solas y en situación de riesgo social. Estos centros deben tener obligatoriamente la capacidad arquitectónica como organizativa de sectorizar los diferentes grupos de personas por características y necesidades similares.
- b) Los centros especializados psicogerítricos, dirigidos a personas mayores con deterioro cognitivo y especialmente a personas diagnosticadas de demencia y enfermedad de Alzheimer, teniendo en cuenta las características propias de estos trastornos y cumpliendo con un diseño arquitectónico y organizativo centrado en la problemática (trastornos de comportamiento...) y en las necesidades de estas personas. Deben contar con personal específicamente formado y entrenado en la atención a estas situaciones y necesidades, deben tener una organización global centrada en el modelo de atención e intervención psicosocial basado en la necesidad de estimular, reeducar y mantener las funciones psíquicas, físicas etc. desde programas específicos (psicoestimulación, orientación en la realidad, terapia ocupacional, entrenamiento en AVD, manejo de comportamientos, etc.) tal y como se describe a lo largo de este libro.

Según la ubicación y diseño del servicio se diferencian los siguientes tipos de centros:

- a) Centros de día independientes.
- b) Centros de día anexos a residencias o centros sociales. Cuando el centro de día se apoya en una estructura organizativa superior y puede contar puntual-

mente con servicios, programas y personal del centro general, aun cuando debe siempre contar con espacios diferenciados, personal específico y programas propios.

- c) Servicios de atención diurna en residencias o centros sociales. En este caso no existen espacios ni estructuras o programas propios y diferenciados, sino que se integran en los existentes para todos los residentes o socios del centro.

En estos dos casos estos servicios permiten rentabilizar los recursos disponibles pero en el segundo caso cuando se da en centros residenciales y no hay una estructura, un espacio y programas diferenciados se puede estar favoreciendo involuntariamente una adaptación al centro que puede ir en contra de uno de los objetivos de los centros de día que es mantener a la persona mayor en el domicilio el mayor tiempo posible y retrasar la institucionalización.

Por otra parte la implantación de este servicio en España ha dado lugar en ocasiones a confusiones con otro tipo de equipamientos de funcionamiento diurno como son los hogares y clubes y los hospitales de día, cuyos objetivos y actividades son bastante similares en algunas facetas. Algunas diferencias básicas entre estos tres recursos se establecen en la siguiente tabla:

**TABLA: Recursos de atención diurna**

Modelo	Dependencia	Objetivos	Duración del servicio	Destinatarios
Hospital de día.	Servicios sanitarios.	Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación ante problemas de salud.	Programa cerrado. Periodo de pocos meses.	Personas mayores enfermas; en su mayoría proceden del hospital.
Centro de día.	Servicios sociales.	Prevención de la institucionalización, rehabilitación, mantenimiento del nivel de autonomía, apoyo a las familias.	Flexible. Indefinida. Existen perfiles definidos.	Personas mayores con problemas de pérdida de capacidad funcional (física o psíquica). Dependencia.
Hogares y clubes.	Servicios sociales.	Prevención, socialización, información y formación.	Indefinida.	Personas mayores autónomas y semidependientes.

### **2.5.1. Hospital de Día**

A diferencia de los centros de día la definición y actividades principales que se realizan en un hospital de día y diferentes tipos de recursos de atención diurna (Sancho y Rodríguez 1999) es de un "centro diurno interdisciplinario, integrado

en un hospital, donde acude el anciano frágil o el paciente geriátrico, habitualmente con incapacidad física, para recibir tratamiento integral y/o valoración geriátrica, y regresar posteriormente a su domicilio” (Ruiperez, 1995). Saez Narro y Aleixandre (1994) plantean el hospital de día como una alternativa donde los pacientes que no requieran atención las 24 horas del día en el hospital, vengan por la mañana y regresen a su hogar por la noche, después de recibir la atención médica, rehabilitación y servicios sociales, según se requiera.

- Los objetivos fundamentales de este recurso son potenciar la autonomía funcional, disminuir la utilización de camas hospitalarias, realizar valoraciones y tratamientos ambulatorios y retrasar o evitar la institucionalización crónica.
- Al igual que en los centros de día, se suele disponer en los hospitales de día de 20 o 30 plazas, que generalmente se utilizan por los pacientes en días alternos.
- Las actividades principales que se realizan en un hospital de día:
  - Seguimiento de altas.
  - Valoración geriátrica de pacientes con problemas complejos.
  - Fisioterapia y terapia ocupacional con especial énfasis en las AVD.
  - Manejo de problemas geriátricos: incontinencia, caídas, etc.
  - Hospitalización de un día.
  - Educación a enfermos, cuidadores y familiares.
- Los pacientes subsidiarios serían:
  - Con problemas neurológicos, donde las secuelas por ictus son la causa más frecuente, pero también por enfermedad de Parkinson, etc.
  - Reumatismos.
  - Secuelas por traumatismos, siendo la fractura de cadera tras caída el más frecuente.
  - Pérdida de capacidad funcional por inmovilismo o cualquier otra causa.
  - Controles clínicos complejos e inestables.
  - Problemas menores de psicogeriatría, principalmente la depresión.
  - Situaciones sociales descompensadas y donde la solución es previsible a corto plazo.
- En cuanto a la **estructura**: el tamaño deseado es de 20 a 30 plazas, con fácil acceso desde el exterior, sin barreras arquitectónicas ni suelos deslizantes y fácil comunicación con el resto de las áreas del hospital. Las principales zonas del hospital de día son: área médica y de enfermería, área rehabilitadora con

predominio de la terapia ocupacional, área social y otras: comedor, secretaría, almacén, aseos, etc.

- El personal mínimo necesario para un hospital de día de 20 plazas es: un diplomado y un auxiliar de enfermería, un terapeuta ocupacional y su auxiliar correspondiente, un celador, y a media jornada: un médico geriatra, un trabajador social y un auxiliar administrativo.
- En cuanto a las **actividades**: estas suelen iniciarse a las nueve de la mañana y terminar a las cinco de la tarde. El transporte se realiza por los propios familiares o colectivo según las posibilidades y circunstancias. Se inicia la jornada con un desayuno de convivencia, seguido de una tabla de gimnasia en grupo, para pasar después a las actividades individualizadas, tanto de terapia ocupacional, fisioterapia como de controles médicos y/o de enfermería. La podología, logopedia, gerocultura, etc., son actividades frecuentes.
- Lo habitual es el funcionamiento de lunes a viernes y que los pacientes acudan unas dos veces por semana, por lo que las 20 plazas pueden asumir a 50 pacientes simultáneamente en tratamiento. El tiempo de desplazamiento máximo debe ser de 30 minutos, por lo que es muy importante la sectorización de este servicio.
- Las **necesidades** mínimas son de una a una y media plazas por cada mil personas mayores de 65 años, o cuatro plazas por mil mayores de 75 años. En cada área sanitaria debería existir al menos un hospital de día, siendo deseable que hubiera uno por cada hospital general. Actualmente existen 35 hospitales de día en España ( Hornillos, 1995).
- En cuanto a los **indicadores de funcionamiento y de calidad** los principales son:
  - El número de asistencias medias por paciente no debe ser superior a 20 para que el hospital de día sea de alta calidad. Si está entre 20 y 40 será de media actividad, y de baja si son más de 40.
  - Índice de ocupación entre el 80 y 85 %.
  - Índice de pacientes nuevos corregidos (IPNC) igual o mayor de 0,5. Resulta de dividir el número de pacientes nuevos al año multiplicado por 10, entre el número total de asistencias al año.

### **2.5.2. Los centros sociales, hogares y clubs**

Son centros dependientes de los servicios sociales cuyos objetivos principales son la prevención, socialización, información y formación de las personas mayores autónomas y semidependientes. Son centros de reunión que promueven la con-

vivencia de las personas mayores y la mejora de sus condiciones de vida a través de diversos servicios (INSERSO, 1995).

Entre los servicios que suelen ofrecer los hogares: Información, orientación y asesoría, biblioteca, cafetería y servicio de comidas subvencionados, peluquería, podología, actividades lúdicas y recreativas (excursiones, bailes, fiestas, cursos y talleres), actividades sociales y formativas, animación y cooperación social (voluntariado, relaciones intergeneracionales...). Presentan el problema de partir de un modelo muy paternalista y muy basado en la oferta de una serie de recursos más baratos y de unas actividades muy limitadas y pasivas (Defensor del Pueblo, 2000; Sancho y Rodríguez 1999).

Actualmente se están replanteando estos modelos.

## 2.6. El usuario del Centro de Día

El usuario de los centros de día o la población diana a la que dirigir este recurso es (Gil, 1996):

1. Usuarios del servicio de ayuda a domicilio (SAD) con limitaciones ligeras, esto es, aquellas personas que únicamente necesitan atención para ciertas necesidades de la vida cotidiana, como alimentación, limpieza y organización doméstica, lavado de ropa, etc.
2. Aquellas personas que por su discapacidad física o psíquica precisan además ayuda para levantarse y acostarse, deambular, vestirse, el aseo e higiene personal, etc.
3. Aquellas personas que, además de la severa discapacidad antes descrita, precisan de cuidados especializados de enfermería, fisioterapia o terapia ocupacional para una adecuada rehabilitación, o al menos las actuaciones de mantenimiento que permitan ralentizar el proceso de deterioro en curso.
4. Aquellas personas con alto nivel de discapacidad que de ningún modo es posible considerar que puedan permanecer en su domicilio habitual por carencia de familia cuidadora, o por necesidad de atención sanitaria constante, o porque las pésimas condiciones de la vivienda la llegan a hacer prácticamente inhabitable.

Serán, por consiguiente, las personas con discapacidades, sean éstas de carácter físico o psíquico, y con insuficientes apoyos por parte de la unidad de convivencia, o que ocasionan grave quebranto de la vida familiar, o que precisan de una atención especializada, los que deberán constituir el núcleo de usuarios de un Centro de Día.

Si analizamos la población atendida en Centros de Día de Gipuzkoa el Perfil de los clientes de los centros de día en Gipuzkoa es (Urrutia, 1999):



1. Personas autónomas pero frágiles. Éstas personas pueden estar en riesgo de perder su autonomía personal. Según la clasificación Sakontzen de Gizarte-kintza (Escala Kuntzmann adaptada) (Leturia et al., 1999, Diputación Foral de Gipuzkoa, 1997) estarían incluidas fundamentalmente en el nivel 3 de la escala. En la actualidad aproximadamente el 30% de los usuarios de los Centros de Día tienen este perfil de cliente.
2. Personas con dependencia moderada, de origen físico. Estarían comprendidos en los niveles 4, 5 y 6 de la Escala Sakontzen, pero sin que esta puntuación sea originada por tener 2 puntos en Dependencia Psíquica.
3. Personas con dependencia moderada, de origen psíquico. Este grupo lo configuran los usuarios comprendidos en los niveles 4, 5 y 6 de la Escala sakontzen, y de 2 de los puntos deben de provenir del ítem de la Dependencia Psíquica.
4. Personas con gran dependencia. Están comprendidas en los niveles 7, 8, 9 y 10 de la Escala Sakontzen.

<b>Perfil de centro de día</b>	
<p style="text-align: center;"><b>Criterios de admisión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Existencia de trastorno psíquico, físico o social, sin patología psiquiátrica grave y con cierto nivel de contacto con el entorno.</li> <li>● Pérdida de autonomía leve – moderada.</li> <li>● Edad superior ó igual a 65 años.</li> <li>● Dificultad para el cuidado en su entorno.</li> <li>● Personas autónomas pero en situación de fragilidad.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Criterios de exclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Personas con graves déficits funcionales y pérdida de autonomía.</li> <li>● Trastornos conductuales graves.</li> <li>● Personas con problemas médicos complejos, que precisen de una vigilancia médica especializada y continua.</li> </ul>

Uno de los aspectos a delimitar correctamente son los límites en este perfil de usuario tanto desde la autonomía como desde la dependencia, esto es, quien no debe acceder por estar suficientemente autónomo, con apoyos sociales etc. y a qué recurso podría ser orientado, así como en qué momento del proceso de deterioro y dependencia debiera pasar a otro nivel asistencial.

Igualmente debe especificarse a nivel de planificación y organización cuantas personas de cada característica o perfil, o con unas necesidades o problemática determinada pueden atenderse en un centro de unas características y recursos concretos, pues en un centro mixto o polivalente se deberá mantener unas pro-

porciones o ratios establecidos y coherentes entre personas con deterioro cognitivo, dependencia funcional, etc. especialmente en los casos de personas con demencia y/o trastornos de comportamiento así como de personal para atender estas problemáticas.





### **3. Evaluación de las necesidades de los usuarios**





### **3. EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES DE LOS USUARIOS**

#### **3.1. La importancia de la evaluación** (Inza, Arriola, 1999)

El primer paso para la solución de un problema es definirlo para después diseñar los métodos terapéuticos tanto farmacológicos como no farmacológicos para solventarlo.

En estos momentos y en un futuro próximo los centros de día van a cubrir de forma amplia las necesidades de muchas personas mayores que además de cumplir el deseo casi universal de nuestros mayores de permanecer en su domicilio, de apostar por la normalización, la integración social y la incorporación de la psicoestimulación como tratamiento coadyuvante al tratamiento farmacológico, el Centro de Día (CD) es económicamente más barato que otros recursos.

La evaluación permite además del diagnóstico adecuado, el establecimiento del plan de atención y tratamiento oportuno, la orientación al recurso más apropiado para la persona mayor y es necesaria para hacer un seguimiento de la evolución de esa persona en el recurso asignado y para conocer la adecuación de los programas aplicados y tomar las decisiones oportunas.

De hecho uno de los problemas actuales consiste en que la no adecuada valoración y orientación así como la falta de promoción de recursos intermedios como los centros de día provocan una sobreocupación de recursos de mayor especialización y carga asistencial de manera inadecuada para el sistema y sobre todo para las personas atendidas.

La indicación de un recurso para un determinado usuario requiere una evaluación previa (social, funcional, psíquica y biomédica) que es la que genera la decisión por la cual el recurso CD se considera el más idóneo y en determinadas ocasiones, el posible.

#### **3.2. Aspectos a considerar en la evaluación** (Arriola, E., 2001; Leturia, et al., 2001)

- La persona es un todo biopsicosocial integrado, autor de su existencia y modificador de su medio y relaciones.

- El método de valoración debe permitir al cliente seguir siendo el centro del proceso y nunca debe desintegrarle o alienarlo en una cosificación metodológica.
- Podemos pensar que el proceso de evaluación es para diseñar una intervención, pero la intervención comienza con la evaluación .
- La evaluación debe permitir medir el potencial rehabilitable del cliente y ubicarle en un determinado escalón de intervención y capacitar el diseño de un plan preventivo, terapéutico o paliativo de carácter sociosanitario.
- Los diferentes dominios de la evaluación no son compartimentos estancos sino que se influyen unos a otros, lo funcional afecta a lo afectivo, lo afectivo en lo cognitivo, lo cognitivo en lo funcional, lo funcional en lo social... es decir se trata de un proceso dinámico en el que los diferentes dominios nos dan información que supera al propio objetivo de la prueba aislada.
- La evaluación comienza con la entrevista, ésta debe basarse en la observación y medición de capacidades, no sólo en el autoinforme o de la información del cuidador principal.
- Debe realizarse en el ecosistema habitual del cliente.
- Uno de los riesgos de la valoración geriátrica es la simplificación del proceso y quizás la sobrerutinización (con sus bondades y errores).

### **3.3. La Valoración integral**

Una vez conocido el entorno a movernos, las herramientas y las posibilidades, se inicia la evaluación. Los sistemas de valoración son herramientas fundamentales para el control y el seguimiento tanto de las capacidades del usuario como de los diferentes programas del Centro de Día tanto en cuanto avalan la efectividad de la atención y aseguran la calidad general del trabajo realizado facilitando su planificación y la toma de decisiones (Burns, A.; Lawler, B.; Craig, S. 1999).

#### **3.3.1. Objetivos**

Para realizar una valoración geriátrica se utilizan instrumentos de valoración estandarizados que persiguen los siguientes objetivos (Salgado, A. y cols., 1993; 1992):

- Conseguir un diagnóstico cuádruple integral que favorezca la realización de un tratamiento cuádruple (el más adecuado y racional).
- Describir la situación funcional basal.
- Aumentar la identificación y modificación de factores de riesgo y la detección de nuevos diagnósticos potencialmente tratables.

- Prevención de la iatrogenia.
- Utilizarlos como ayuda para el diagnóstico y de este modo incorporarlos al juicio clínico.
- Predecir los candidatos a la utilización de servicios sociales y su intensidad (Alarcón, T. Et al. 1998).
- Situar al paciente en el nivel médico o recurso social más adecuado.
- Fijar como meta terapéutica última, mejorar la situación funcional del paciente.
- Detectar cambios funcionales importantes.
- Desarrollar un plan preventivo, terapéutico y rehabilitador.
- Coordinar y planificar de forma eficaz todos los recursos sociosanitarios.

### 3.3.2. Características

Se debe tener en cuenta que estos instrumentos y técnicas van a ser aplicados en un medio lábil y de rápida agotabilidad.

Las características ideales para la utilización de un instrumento de valoración de posibles clientes pasaría por cumplir los siguientes requisitos básicos (Uriarte, 1997; Salgado, 1993; Bravo, G., 1994; Kane y Kane, 1993):

- Que sean de fácil aplicación y que no dependan de equipos costosos o aparatosos.
- Que requieran poco tiempo para su realización.
- Que estén enfocados hacia un área concreta.
- Validez. Que proporcionen una medida válida de la función que se está estudiando.
- Fiabilidad. Que al ser administrado por diferentes entrevistadores, obtengan el mismo resultado en el mismo tiempo.
- Sensibilidad. Que sea sensible a aquellos cambios producidos en el estado del paciente.
- Debe ser capaz de detectar (si se precisa) la necesidad de una reevaluación más profunda en áreas concretas.
- Reproducibilidad. Que se obtenga el mismo resultado en mediciones repetidas, en ausencia real de cambio.
- Determinar si es fiable a través de grupos de pacientes de diferentes ambientes educacional, racial o socio-económico.
- Debe, globalmente, determinar cuándo el cliente es un informador apropiado y cuándo hay que buscar información fiable en el cuidador principal o en la propia observación personal.



- Utilidad para transmitir información.
- Capacidad de controlar los progresos o deterioros a lo largo del tiempo tanto los grandes como los pequeños que en el extremo inferior del continuo es donde una ligera mejoría o empeoramiento pueden ser muy significativos para el cliente. Midiendo los pequeños cambios uno se da cuenta de que efectivamente ocurren.
- Ayudar al proveedor de servicios a tomar decisiones diferentes y justificables.
- Debería ser un procedimiento aceptable tanto para el cliente como para el proveedor de modo que la valoración potencie una relación positiva.

### **3.4. Áreas a evaluar**

#### **3.4.1. Valoración biomédica (Arriola, 2001)**

Es muy importante asegurar con la red sanitaria de la zona en la que está ubicado el CD una buena transmisión de informaciones por medio de documentos consensuados, en los que consten datos de interés básico, como diagnósticos, resumen de la historia clínica, medicación, dieta, y si es posible, organizar una revisión semestral, por parte de su médico.

Al ingreso, pasará una revisión médica estándar.

#### **3.4.2. Valoración cognitiva**

No todos los usuarios van a padecer deterioro cognitivo pero sí un alto porcentaje (50%) por lo que una valoración neuropsicológica "en profundidad" sería necesaria.

Lo ideal sería una primera valoración con una herramienta completa como el ALZHEIMER'S DISEASE ASSESSMENT SCALE (ADAS – COG) (Rosen, Mohs, Davis, 1984). Para situar la demencia en un estadiaje concreto y de este modo valorar su evolución. Existen varios métodos: la CLINICAL DEMENTIA RATING – CDR (6) de Hughes, la GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS) (Reisberg et al., 1982) de Reisberg o la que utilizamos nosotros FAST (8) con sus subestadios, por considerarla la más completa.

Posteriormente y para mantener un control periódico de la situación cognitiva presente utilizamos el MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MSE de Folstein (Folstein et al., 1975), en la versión validada al castellano de Lobo) (Lobo et al., 1979).

En estadios avanzados de demencia se hace necesaria la utilización de metodología específica de evaluación pues el MMS pierde su capacidad discriminativa por lo que se hace necesaria la utilización de escalas para situaciones de deterio-

ro severo. Por ejemplo el Severe Impairment Battery (SIB) (Saxton, J., 1990, Llinás Regla y col. 1995) o el Test for Severe Impairment (TSI) (Albert y Cohen, 1992).

### **3.4.3. Valoración conductual**

Los trastornos de conducta se tratan de una sintomatología frecuente (casi en el 100%) en pacientes con deterioro cognitivo.

De elaboración tanto observacional como de entrevista con los cuidadores, destacaríamos el BEHAVIORAL PATHOLOGY IN ALZHEIMER'S DISEASE RATING SCALE (BEHAVE – AD de Reisberg) (Reisberg B et al., 1987), el NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY (NPI de Cummings) (Cummings et al., 1994) o el TEST DE VALORACIÓN DE CONDUCTA INDESEABLE (COBRA) (Drachman et al., 1992).

### **3.4.4. Valoración afectiva**

Tanto por el hecho de que la sintomatología afectiva es muy frecuente en este tipo de enfermos como por el de los equívocos diagnósticos que puede producir sobreañadida a la propia demencia, es fundamental contar con herramientas que ayuden a identificarla de forma efectiva.

Para ello es recomendable la ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (EAD de Goldberg) validado por Lobo (Lobo et al., 1994), la ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ANCIANOS (GDS de Yesevage) (Yesevage, Brink, Rose, 1983) o la CORNELL SCALE (Alexopoulos, et al., 1988) que se trata de una escala observacional.

### **3.4.5. Valoración funcional**

#### **BÁSICA (AUTOUIDADO)**

Las actividades básicas de la vida diaria son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que el dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros.

En este punto es recomendable una escala de valoración funcional ampliamente difundida en diferentes ámbitos, como es la ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL DE BARTHEL (Mahoney, Barthel, 1965) y que es recomendada por la British Geriatrics Society para evaluar las actividades básicas de la vida diaria en pacientes ancianos.

#### **INSTRUMENTAL (INDEPENDENCIA Y RELACIÓN SOCIAL)**

Las actividades instrumentales de la vida diaria son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Requieren, para su realización un procesamiento mental más intenso y elaborado que para las funciones básicas.

Tiene interés esta valoración, puesto que los usuarios del CD siguen habitando en su domicilio y muchos de ellos tienen necesidad de realizar ciertas tareas instrumentales básicas. La dependencia a alguna función de vida diaria es predictiva y ayuda al diagnóstico de deterioro cognitivo.

La herramienta más difundida en esta área, es la ESCALA DE VALORACIÓN INSTRUMENTAL DE LAWTON (Lawton, Brody, 1969).

### 3.4.6. Riesgos (3)

Es necesaria la definición de marcadores observables que alerten sobre la necesidad de entrar en acción con urgencia o intensidad. Se trata fundamentalmente de marcadores de alerta para el personal auxiliar y de atención directa y que deben ser conocidos por todos. Por ejemplo:

Caídas	Confusión	Hipoglucemia	Aislamiento
Fugas	Ingesta inadecuada	Desnutrición	Depresión
Depresión	Agresión	Elementos de contención	Anticoagulación
Sonda uretral	Aspiración	Alt. Convivencia	Familia conflictiva
Oxígeno	Convulsión	Retención de orina	Sonda nasogástrica
Desnutrición	Fecaloma	Incapaz pedir auxilio	Úlcera por presión
Autolesión	Reacción catastrófica	Conflicto familiar	Inmovilización
Atragantamiento	Pérdida de objetos	Acc. Urbanos	Parkinsonismo
Agotamiento familiar			

### 3.4.7. Valoración social

Debe incluir la valoración social estandar y se debe incidir especialmente en la valoración del sistema familiar y del cuidador principal con el objetivo de establecer medidas de apoyo, formación e integración de cuidados. La evaluación con el cuidador principal por tanto no se referirá exclusivamente a aspectos relativos a la persona mayor y sus problemas, características, historia de vida, aspectos legales, etc. sino que desde la primera sesión se demostrará a la familia la importancia de conocer aspectos relativos a su interacción, modelo de cuidado, etc.

Estas son las principales áreas de valoración del cuidador y los objetivos principales de las mismas:

Áreas a valorar	Objetivos de la valoración
Contexto del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Evaluar las relaciones entre el cuidador y la persona cuidada.</li> <li>● Relaciones de parentesco o proximidad.</li> <li>● Compartir vivienda o no.</li> <li>● Historia del cuidado: tiempo de cuidado, expectativas de duración, cambios de residencia,...</li> <li>● Otros eventos estresantes de la vida de los cuidadores.</li> <li>● Características del cuidador: edad, estado civil, sexo, nivel socioeconómico, tipo de trabajo del cuidador, flexibilidad ...</li> </ul>
Salud física, mental y Bienestar (Efectos del cuidado I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Salud física.</li> <li>● Salud mental.</li> <li>● Calidad de vida.</li> <li>● Salud percibida.</li> <li>● Bienestar percibido.</li> <li>● Habilidades del cuidador para realizar actividades básicas de vida diaria, como indicador de habilidad para cuidar a PM.</li> <li>● Satisfacción vital.</li> <li>● Hábitos y estilos de vida.</li> </ul>
Carga (Efectos del cuidado II)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Carga objetiva y carga subjetiva o percibida.</li> <li>● Características del receptor del cuidado en relación a la carga que producen los déficits de la persona dependiente.</li> <li>● Tipo de eventos estresantes y frecuencia de aparición.</li> </ul>
Estrategias de Afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Solución de problemas.</li> <li>● Pasividad.</li> <li>● Evitación.</li> <li>● Instrumentales.</li> <li>● Afectivas.</li> <li>● Cognitivas.</li> </ul>
Apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Cantidad de relaciones</li> <li>● Calidad de relaciones.</li> <li>● Apoyo espiritual.</li> <li>● Red de relaciones sociales.</li> </ul>

## EVALUACIÓN DE CUIDADORES

1. Detectar quién es el cuidador principal
2. Detectar quién proporciona regularmente cuidados personales, qué hace, cuando y cómo.
3. Detectar otras relaciones importantes para la persona mayor.
4. Detectar si existen conflictos entre los cuidadores, y si son por el cuidado al mayor.
5. Detectar si esto afecta al mayor.
6. Detectar qué cuidador expresa problemas.
7. Detectar qué tipo de problemas han experimentado: esfuerzo físico, estrés emocional, demandas absorbentes y conflictos?
8. ¿Cuándo comenzaron las dificultades?
9. ¿Ha sucedido algo que incrementó las dificultades?
10. ¿Conviven el cuidador y el mayor?
11. ¿Cómo era la relación en el pasado?
12. Hablar con el cuidador a solas de sus problemas, sentimientos...
13. Detectar pensamientos, creencias, atribuciones, etc. relativas al cuidado...
14. Detectar si existen problemas en la familia y si son debido al cuidado.
15. Detectar si se ha intentado lograr ayuda formal: SAD, CSM...

(adaptado de Levin, E., Sinclair, I. y Gorbach, P. (1989) Families, services and confusion in old age)

Es importante evaluar el grado de estrés familiar si es que existe, así como las estrategias de afrontamiento utilizadas previamente. Desde un enfoque interventivo es determinante utilizar la evaluación para establecer un modelo de cooperación, demostrando un estilo no culpabilizador sino motivador y negociando las futuras pautas de comunicación, así como transmitir un modelo de atención e intervención complementario entre los profesionales del centro, la familia, los usuarios y los voluntarios.



## 4. Atención e Intervención





## **4. ATENCIÓN E INTERVENCIÓN**

### **4.1. Qué es la intervención. Cuidados personales, Atención e Intervención**

#### **4.1.1. Necesidad de conceptualizar y definir modelos de atención e intervención**

Cuando alguien dice actuar sin un modelo definido de intervención, cuando nos encontramos con esas ideas de no asunción de un criterio rector de la intervención, sospechamos que tras esa afirmación se esconde el riesgo de un desconocimiento de los parámetros y coordenadas en que esa intervención se da, lo cual es bastante poco adecuado y puede conducir a engaño a propios y ajenos. La alternativa puede ser que intente ocultar el modelo por cuanto de inseguridad o de criticable pueda tener. La transparencia ideológica y metodológica es un elemento a considerar cuando de atención e intervención social hablamos.

A la hora de hablar de conceptualización de programas de intervención en Centro de Día (CD), vamos a hacer referencia, entre otras cuestiones, a representaciones de la realidad y sobre todo a una forma de estructurar y relacionar las acciones que desarrollamos con unos objetivos concretos.

Si bien históricamente la perspectiva dominante en la atención social era la caritativa y los modelos de rechazo y de déficit relativos a la vejez (Kalish, 1983) marcaban la atención que se ofrecía, hasta hace poco el modelo de servicios sociales se ha basado más en unas perspectivas hosteleras que pretenden lograr una atención adecuada y/o bienestar en este aspecto solamente, o modelos sanitarios centrados en el modelo clínico de entender la enfermedad y la persona mayor dependiente (Sánchez Vidal, A., 1988).

Desde una perspectiva comunitaria de la salud (Costa y López, 1986) y de la atención a los mayores debemos entender la persona mayor desde un prisma global e integral y no solo desde un modelo deficitario de la vejez y/o de la dependencia sino desde modelos de competencia (Lawton, 1982) y ecológico-conductuales (Fdz.Ballesteros, Maciá, 1995).



Esto supone que vamos a diferenciar claramente la persona mayor, la enfermedad en la persona mayor y la situación de dependencia que esta puede provocar en ella. Esta diferenciación no es baladí, puesto que la práctica nos dice que cuando se han confundido estos términos y conceptos se han desarrollado recursos y tratamientos que buscan la curación de la enfermedad, pero olvidando un elemento que hoy en día parece haber sido ya reconocido en la importancia que tiene en la atención de la persona enferma y dependiente, el concepto de calidad de vida (Argyle, 1993; Leturia Yanguas, 1995a).



Este concepto de calidad de vida va a ser el objetivo determinante, el centro organizador de nuestras intervenciones cuando hablamos de personas dependientes.

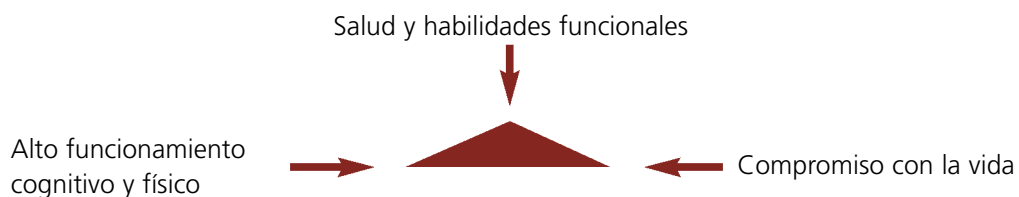
#### **4.1.2. Nuevos paradigmas de intervención en gerontología**

Desde los diferentes modelos teóricos en gerontología hemos evolucionado desde el modelo social, en el que primaba la determinación social por roles, cuyo máximo exponente eran las teorías de la desvinculación y de la actividad y el modelo médico / clínico centrado en la búsqueda de alteraciones orgánicas, en la enfermedad y en lo individual, en la utilización de tecnología aplicada, basado en el paradigma clínico y biológico-fisiológico a los modelos conductuales que se basan en conductas observables, entendidas como interacción entre variables orgánicas y ambientales y centrado en potenciar las habilidades de los sujetos, al modelo comunitario en el que se entiende la salud como un proceso dinámico, como un derecho y una responsabilidad, desde la promoción y educación con objetivos centrados en la comunidad y haciendo énfasis en servicios indirectos, y al modelo psicosocial cuyas características principales son:

- Conceptualización ecológico conductual del ajuste.
- Sistema integral.
- Planificación sistemática.
- Objetivo: calidad de vida, dignidad, autonomía, bienestar físico y psíquico, autoestima, desarrollo personal y autosuficiencia.
- Envejecimiento exitoso.

Si bien en un primer momento la investigación se centró en los efectos negativos de la vejez, actualmente es más importante incidir en la investigación de los predictores de una vejez libre de enfermedad y de incapacidad funcional, para definir un nuevo concepto de vejez exitosa, saludable, competente y buscar los límites del funcionamiento y de las condiciones que permiten su mantenimiento. En este sentido se pueden diferenciar 3 tipos de envejecimiento:

- Vejez patológica: en organismos afectados por la enfermedad y disminución de la capacidad funcional.
- Vejez normal: la que evoluciona sin patologías inhabilitantes dentro de la cual se pueden diferenciar dos subgrupos:
  - Aquellos frágiles con riesgo de enfermedad, alteraciones no patológicas, riesgo, etc.
  - Aquellos sin riesgos y con un funcionamiento óptimo o máximo tanto cognitivo como físico.
- Vejez con éxito: “baja probabilidad de enfermedad y discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y capacidad física y funcional y compromiso activo con la vida” (Rowe y Kahn, 199 ).



### ¿Cómo se promueve un envejecimiento con éxito?

Desde el punto de vista de la salud, en primer lugar se debe remarcar nuevamente la importancia de diferenciar la enfermedad de la vejez, pues con la edad los factores exógenos intervienen y modulan y explican la forma de envejecer con mayor importancia relativa sobre el sistema biológico, por lo que se amplía la posibilidad de intervención en estilos de vida y factores ambientales protectores.

Como afirma Fries (1996) existe un margen de modificabilidad del ser humano en todo el ciclo vital que permite predecir que se puede envejecer bien, mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y que esto es posible a través del aprendizaje de estilos de vida saludables.

Los estilos de vida son excelentes predictores de salud y capacidad funcional también en la vejez.

#### **ALTERNATIVAS A ALGUNOS PROBLEMAS DE ALTA PREVALENCIA**

- Actividad vs desajuste físico.
- Ejercicio físico y nutrición adecuada vs presión arterial alterada.
- Ejercicio aeróbico vs falta de reserva cardíaca.
- Utilización de nuevas estrategias vs fallos de memoria.
- Socialización, apoyo social, entrenamiento en HHSS vs aislamiento.
- Actividades agradables vs depresión.
- Relajación vs ansiedad, insomnio etc.
- Compromiso vs indiferencia social.

En cuanto a la competencia cognitiva y física lo característico de la vejez es el declive de las funciones relacionadas con la inteligencia fluida y la estabilidad en las relacionadas con el funcionamiento cristalizado, y si los mejores predictores del funcionamiento cognitivo son la educación, el nivel de actividad fuera del hogar, la capacidad vital y la autoeficacia será importante impulsar la educación a través de la estimulación adecuada, que tiene un efecto directo sobre estructuras y funcionamiento cerebrales y generación de hábitos cognitivos y la autoeficacia, esto es, la creencia en las propias capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción implicados en situaciones futuras, así como el Potencial de aprendizaje, o capacidad de mejorar el rendimiento cognitivo cuando se le somete a entrenamiento.

El Compromiso con la vida, es otro de los elementos fundamentales para un envejecimiento con éxito frente al discurso de la teoría de la desvinculación por lo que será muy importante promover las redes de apoyo social en relación a morbilidad tanto por su papel protector como por su papel causal. En este sentido el apoyo emocional parece que es mejor predictor que el apoyo instrumental, siendo el aislamiento (uno de los problemas que frecuentemente se encuentra en las personas que acceden al centro de día) un factor de riesgo para la salud, mientras que el apoyo social tiene efectos positivos aun cuando siempre debemos tener en consideración que la efectividad siempre esta modelada por la situación y la personalidad.

La promoción de la vejez exitosa se basa en el Modelo de optimización selectiva con compensación de Baltes (1990) que de manera resumida hace referencia a los siguientes conceptos.

- **Selección:** “es adaptativo concentrarse en aquellos aspectos que tienen alta prioridad e implican demandas sociales, motivaciones, habilidades y capacidades biológicas individuales”. Ej.: apoyo social
- **Optimización:** “Implicación en aquellos comportamientos y actividades que maximicen sus recursos” y “Regulación para funcionar en buenos niveles de ejecución: actividad física moderada, estilos de vida saludables y relación con personas intelectualmente activas”
- **Compensación:** utilización de recursos protésicos tanto psíquicos como físicos que permitan superar los déficits.

Teniendo siempre en cuenta la variabilidad interindividual entre sujetos, la plasticidad intraindividual y el principio de continuidad y estabilidad de la personalidad.

Estos conceptos son de máxima aplicabilidad en el diseño de los programas de atención e intervención en centros y servicios para personas mayores tanto autónomas como dependientes.

#### 4.2. Modelo psicosocial de intervención en un Centro de Día

El modelo psicosocial parte desde un paradigma comunitario y ecológico-conductual, estableciendo como objetivo principal de la intervención, atención y tratamientos a desarrollar la calidad de vida de los sujetos a quienes nos dirigimos, en este caso, las personas mayores usuarias del Centro de Día.

Desde este paradigma y modelo psicosocial, a la hora de planificar el Centro de Día asumimos la conceptualización de la intervención gerontológica y de la atención basada en un Plan General de Intervención (PGI) que parta de un carácter sistémico, esto es, de entender que el PGI es más que la suma de sus partes, programas, terapias, atención, etc.; de entender que todos los elementos del sistema interactúan entre sí, y por tanto un cambio en alguno de los elementos influirá en los demás, que habrá una tendencia a la homeostasis o equilibrio etc. Un plan que incluya las ideas de complejidad, esto es considerar las múltiples variables que interactúan en los programas y planes de intervención con una perspectiva multidimensional y una naturaleza relacional, de manera abierta a múltiples relaciones posibles, que se muestran contingentes (Yanguas, Leturia, 1995).

Otro elemento determinante es la interdisciplinariedad, superando las hegemonías unidisciplinares y desarrollando los equipos multidisciplinares en un trabajo interdisciplinar, de complementación entre los sistemas de salud y psicosocial, de contextualización histórica e interacción con sus referentes espacio-temporales,

de su carácter procesual, tanto desde el carácter temporal como programático, en lo diacrónico y sincrónico y que recoja las perspectivas estructural y funcional de sus elementos: cómo se articula y cómo funciona, que hace. (Yanguas, Leturia 1995a, 1995b), tal y como se recoge en el capítulo 9.

Desde esta perspectiva partimos de los siguientes principios: 1) descategorización: esto es, fomento de sistemas sanos, donde el sujeto no sea analizado y diagnosticado en base a su patología, sino que se le trate en su globalidad y desde el principio de competencia, desde las destrezas, habilidades y recursos personales que posee; 2) complejidad, tal y como hemos señalado más arriba; 3) reestructuración cognitiva para desechar profecías autocumplidoras basadas en los modelos deficitarios, en algunos de los criterios diagnósticos, en algunas perspectivas sociocognitivas, 4) en la apertura a otros sistemas de intervención tanto del marco psicosocial como de salud, culturales, etc.; 5) el principio de diferencia por el cual a sujetos con necesidades, habilidades y competencias diferentes se les proveerá de recursos diferentes para lograr unos objetivos también diferentes; 6) evaluación y negociación de acuerdos terapéuticos o interventivos con los sujetos de las mismas, esto es, la persona mayor y su familia como sistema; y 7) sistemas de intervención plásticos, automodificables y capaces de desarrollarse en sí mismo y en futuras diferentes aplicaciones.

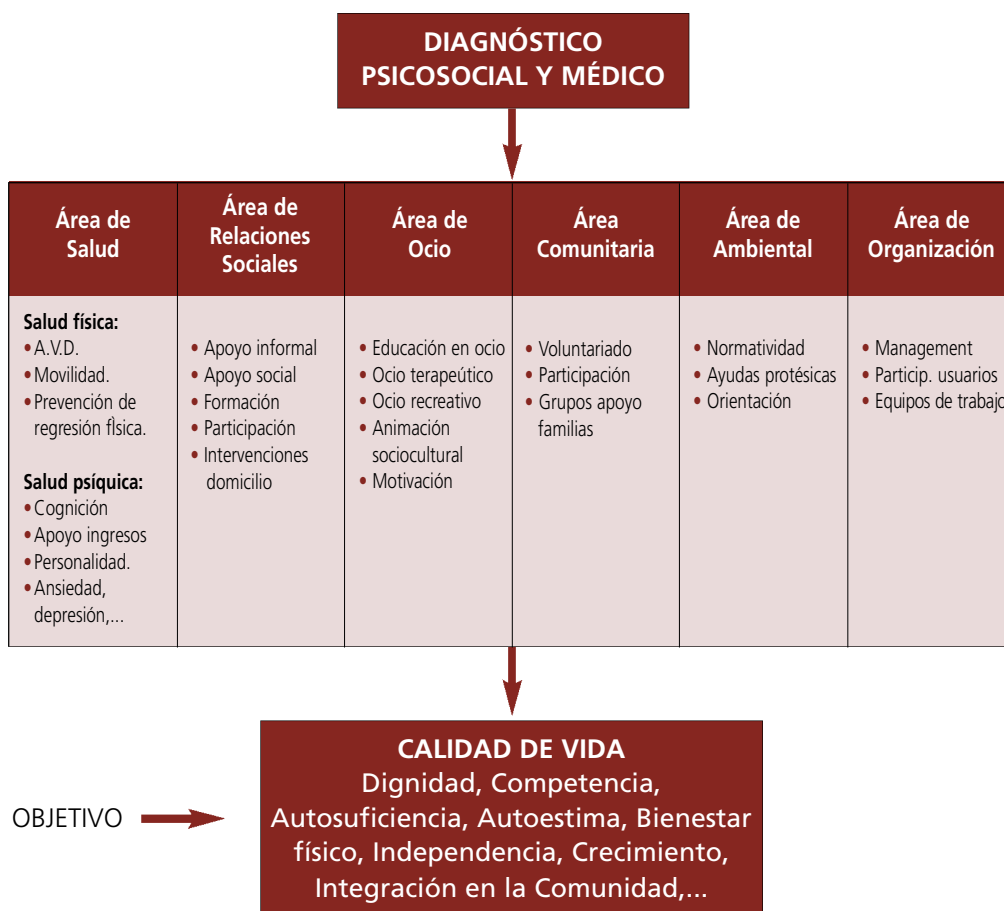
#### PRINCIPIOS GENERALES

- Normalización
- Integración
- Contextualización
- Descategorización. Normalización. Integración
- Complejidad. Multidimensionalidad
- Interdisciplinariedad

Un plan general de intervención diseñado con estas coordenadas y que cubra el espectro de situaciones, competencias, funciones del sujeto sobre el que intervenimos, abarcando las áreas vitales de la salud tanto desde la valoración, el tratamiento y la rehabilitación, y sobre todo desde una perspectiva preventiva, tanto en cuanto a las funciones fisiológicas como psicológicas, funciones cognitivas, psicoafectivas, motivación etc., el área de las relaciones sociales tanto a nivel horizontal como las relaciones familiares, el área educativo-cultural, la participación sociocomunitaria, la organización y el aspecto ecológico de los ambientes en que desarrollamos la intervención, las situaciones y el clima social en que se mueven los sujetos permite llegar a los aspectos principales en que debemos centrarnos en la intervención desde el Centro de Día.

Si concebimos un Centro de Día como un recurso que debe ofrecer una atención integral durante el día a personas mayores afectadas con diferentes niveles de dependencia (física, psíquica y/o social), favoreciendo su permanencia en el entorno socio-familiar mediante un tratamiento (intervenciones) idóneas (Sancho, 1995), el modelo que nosotros proponemos analizar ira en consonancia con esta idea de Centro de Día . Dentro del modelo psicosocial el objetivo último sería la calidad de vida de las personas mayores y sus familias. En este sentido creemos que el modelo médico es resituado dentro de la idea de calidad de vida como un elemento más del mismo, dentro de un modelo de mayor globalidad. En la idea de Centro de Día dentro de un modelo psicosocial la calidad de vida se puede entender como el logro de: independencia (funcional y social), crecimiento personal, bienestar físico, autoestima, autosuficiencia, dignidad, etc.(Abramovice, 1988) mantenimiento y garantía de derechos, mantenimiento en el domicilio mientras la personas y la familia lo deseen, la estimulación e interacción social adecuada.

Desde este modelo psicosocial de Centro de Día estos serían las principales áreas y objetivos:



### OBJETIVOS

- Promover la integridad, globalidad y posibilidad de desarrollo de la persona mayor, su familia y entorno.
- Reducir el impacto tanto directo como indirecto de la enfermedad, discapacidad o dependencia.
- Promover habilidades y competencias para una mejor calidad de vida y bienestar subjetivos.
- Promover la autonomía personal, la integración social y el compromiso comunitario.

### 4.3. Atención e intervención: El Plan General de Intervención

Por Plan General de Intervención (PGI) entendemos el sistema de intervención que engloba un conjunto de programas de intervención interrelacionados, que deben de dar respuesta a las necesidades mínimas de los sujetos para los cuales es diseñado (Yanguas y Leturia, 1995a). En este sentido no existen PGI con programas de intervención prefijados, sino que deben de adaptarse al contexto donde van a ser implementados, considerando siempre las siguientes variables: aquellas variables propias de la enfermedad y de la dependencia del sujeto, las capacidades mantenidas, las variables propias del sujeto: personalidad previa y actual, gustos, historia previa, etc., las variables relativas a la familia, esto es tipo de familia, número de miembros, quién asume el cuidado, etc., las propias de los grupos en que se insertan, las propias de la comunidad, las variables de la intervención, las variables del ambiente tanto del centro como del domicilio, etc.

Igualmente siempre se debe considerar en la planificación las siguientes fases dentro de un proceso: la evaluación, la prevención, los tratamientos e intervenciones, la formación e incluso la investigación.

### VARIABLES A CONSIDERAR

- De la enfermedad a la dependencia
- Del sujeto
- De la familia
- Del centro, grupo, comunidad
- De la intervención
- Del ambiente

FASES DE LA INTERVENCIÓN	
• Evaluación	
• Prevención	
• Tratamiento e intervención	
• Formación	
• Investigación	

No obstante vamos a enumerar lo que nosotros entendemos como un mínimo, asumible por todos los agentes implicados en el trabajo con las personas mayores y sus familias.

El PGI que aquí se expone consta de seis áreas diferenciadas (Yanguas y Leturia, 1995b), como aparece recogido en la ilustración adjunta, que constituyen seis pilares de acción, que entendemos que tienen especial influencia en la calidad de vida de las personas mayores. Estas áreas son las siguientes: área de salud, relaciones sociales, animación sociocultural, comunidad, ambientes y el área de organización.

ÁREA DE SALUD-I					
SUBÁREA DE SALUD FÍSICA					
Programa de Valoración Geriátrica	Programa de Tratamiento Geriátrico	Programas de Rehabilitación y Mantenimiento			Programas de Prevención y Promoción
		Programa de Gimnasia	Programa de Fisioterapia	Programa de Terapia Ocupacional y AVD	Programas de: Automedicación; hábitos saludables,...

ÁREA DE SALUD-II					
SUBÁREA DE SALUD PSÍQUICA					
Valoración	Cognitiva		Psicoafectiva		
Programa de Valoración	Demencia...	Olvido senil benigno	Ingreso	Trastornos de Ansiedad	Trastornos Depresivos
	Programa de Orientación en la Realidad	Programa de Entrenamiento en Memoria	Unidad Apoyo Ingresos	Programa Entrenamiento en Relajación	Programa Cognitivo Conductual



ÁREA DE RELACIONES SOCIALES						
SUBÁREA DE VALORACIÓN SOCIAL	SUBÁREA DE INTERACCIÓN SOCIAL				SUBÁREA FAMILIAR	
Programa de Valoración	Intervenciones Grupales		Intervenciones No Grupales		Programa Lúdico Relacional	Programa de Apoyo
	Programa de Apoyo Social	Programa de Entrenamiento en HHSS	Individuales	Ambientales		

ÁREA DE OCIO-CULTURA-EDUCACIÓN							
VALORACIÓN	EDUCACIÓN CULTURA		OCIO TIEMPO LIBRE				
Programa de Valoración	PROGRAMAS EDUCATIVOS		PROGRAMADO				NO PROGRAMADO
	Grupales	Otros	Cognitivo	Salud	Social	Educativo	Libre

ÁREA DE AMBIENTES					
FÍSICO		SOCIAL		ORGANIZACIONAL	
Variables físicas y arquitectónicas	Ayudas protésicas y a la orientación	Escenarios	Percepción de las relaciones	Normatividad	Participación

ÁREA COMUNITARIA										
SUBÁREA SOCIAL			SUBÁREA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA			RECURSOS				
Progr. Inserción	Programa Organización y autoorganización	Programa Complementación Institucional	Atención Primaria	Atención Especializada	Salud Mental	Hogar	PET	SAD	Residencia	Centro Socio-Sanitario

ÁREA DE ORGANIZACIÓN					
ÓRGANOS DE REPRESENTACIÓN			ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO		
Junta de Gobierno		Asambleas Generales		Departamentos	Equipo Interdisciplinar
Formación	Trabajo y Coordinación con departamentos		Equipos por programas		Valoración Intervención

¿Cómo implementamos en el día a día este plan general de intervención? Este PGI se enmarca en diferentes fases con objetivos y marcos de actuación definidos tal y como aparece en el cuadro logrando así cierta polivalencia y complementariedad.

### OBJETIVOS

1. Mantener al anciano el mayor tiempo posible en la comunidad.
2. Ofrecer a la familia un apoyo profesional para reducir el impacto del cuidado continuado sobre el cuidador.
3. Ofrecer al mayor una atención y tratamiento psicosocial del que probablemente carece en el domicilio, y así optimizar la estancia en el centro.
4. Reducir las posibles consecuencias negativas del traslado del mayor dependiente: trastornos cognitivos (desorientación y confusión), trastornos psicoafectivos (ansiedad y depresión) y trastornos comportamentales (agitación).

### OBJETIVOS GENERALES

- |                                 |  |
|---------------------------------|--|
| 1. Estimulación.                | 7. Apoyo familiar.                           |
| 2. Orientación.                 | 8. Contención en los casos de agitación etc. |
| 3. Apoyo psicoafectivo.         | 9. Personalización.                          |
| 4. Autonomía física y salud.    | 10. Normalización e integración.             |
| 5. Autonomía funcional.         |  |
| 6. Apoyo social. Socialización. |  |

## METODOLOGÍA

### 1. Estimulación

Uno de los problemas principales de las personas mayores en sus domicilios puede ser la infraestimulación. Se intentará establecer una estimulación adecuada para las personas atendidas considerando sus características psicológicas especialmente, así como sus capacidades psicofísicas y sociales, que fomente la interacción, la orientación y confort. A nivel ambiental se realizará a través de la decoración, a través de plantas, animales, música o radio etc. y a través de la comunicación en el trato y en cada una de las relaciones de ayuda (Fundación Matía, 2001). Se procurará que tengan una disposición activa y lo más autónoma posible según sus capacidades.

Se utilizarán juegos de mesa, la radio, la televisión, revistas, periódico, así como la disposición del mobiliario y del ambiente en general y la utilización de materiales específicos de psicoestimulación tal y como se recoge más adelante y en concreto en el capítulo 7.5.

## **2. Orientación**

Se procurará incluir información de orientación temporal y espacial de manera continua en los contactos y comunicaciones. Se pondrán los carteles oportunos. Se realizarán los grupos correspondientes para su fomento. Se estructura el ambiente en función de una estimulación orientadora.

## **3. Apoyo psicofísico**

Por parte de todo el personal que trabaja en el centro se debe potenciar y ofrecer este apoyo, tendente a lograr un nivel de satisfacción y adaptación adecuado a sus circunstancias, aumentando esta necesidad a medida que el nivel de capacidades es menor, la agitación y la dependencia es mayor, cuando hay enfermedad y en los últimos momentos de la vida.

Diariamente los profesionales especialistas atenderán a las personas necesitadas y ofrecerá pautas y apoyo a los profesionales.

## **4. Autonomía física y salud**

Además del control diario por parte del personal sanitario, y la complementación de cuidados personales, se desarrollará el programa de psicomotricidad y actividad física, así como el acompañamiento en paseos y movilización pasiva en los casos prescritos.

## **5. Autonomía funcional**

Se buscará desarrollar y mantener en lo posible la autonomía funcional para el desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria. Se implementará un Programa de AVD, con una persona responsable del mismo y el personal cuidador que deberá seguir esas pautas.

## **6. Apoyo social**

Se fomentará en primer lugar que el personal se convierta en reforzante de comportamientos sociales, reforzando socialmente al residente, así como que entre los propios residentes se provean de este tipo de refuerzo.

## **7. Apoyo familiar**

Dentro del epígrafe anterior este es uno de los temas a desarrollar y potenciar. Se trabajará con las familias de manera individual y colectiva para potenciar su participación en las actividades y vida del módulo, a través de visitas, acompañamientos, etc.

## **8. Contención**

Uno de los objetivos importantes del módulo es reducir los problemas de comportamiento y agitación que pueden presentarse en estas personas. Los medios

a utilizar son los programas, la comunicación y relación tranquilizadora, la música, el que dispongan de un espacio para desenvolverse y un espacio específico en caso de necesidad de contención, la utilización de dispositivos de seguridad discretos y eficaces, la disposición de espacios concretos donde las personas a quienes no podamos eliminar los comportamientos disruptivos a través del manejo comportamental y el tratamiento, pueda manifestar los síntomas con tranquilidad y seguridad y en condiciones en que el personal cuidador pueda atenderles con el menor estrés y frustración: esto es donde puedan deambular, manipular objetos, incluso chillar etc.

### 9. Personalización

Todos estos objetivos deben desarrollarse junto al de personalización, a través de planes individualizados, personalización de espacios y habitaciones etc. Se potenciará la visión de la persona en su conjunto y no solo desde el punto de vista del diagnóstico, la enfermedad o el déficit.

### 10. Normalización e integración

Junto a la personalización se potenciará la visión normalizadora e integradora en la atención, a través de que realicen actividades normales de cualquier hogar, reducir el aspecto hospitalario, realizar salidas etc.

TRATAMIENTO PSICOSOCIAL	
Áreas	
•	Funciones cognitivas
•	Area psicoafectiva
•	Area comportamental
•	Capacidad funcional
•	Ocio y tiempo libre
•	Relaciones sociales y familiares

TÉCNICAS	
<b>Orientación en la Realidad</b>	Tratamiento de la desorientación, confusión, pérdida de memoria, trastornos propios de la demencia, así como las consecuencias del impacto negativo del traslado temporal sobre las personas con deterioro cognitivo previo.
<b>Programa de Apoyo Psicoafectivo</b>	Utilización de técnicas cognitivas y conductuales para reducir el impacto psicoafectivo en ansiedad y depresión, así como reforzar la socialización.
<b>Recreación terapéutica/Terapia ocupacional</b>	Reeducación de la utilización del tiempo libre y rehabilitación de la coordinación psicomotriz, funciones cognitivas...
<b>Entrenamiento del personal cuidador</b>	Formación y entrenamiento basado en las premisas de una comunicación orientadora, de apoyo social y desde un modelo operante.

La aplicación de estos programas tendrá un carácter procesual a lo largo del tiempo por lo que se desarrollará a través de fases específicas con objetivos concretos determinados en cada una de ellas, así:

FASES	OBJETIVOS Y MARCO DE LA INTERVENCIÓN	
Ingreso	Marco	Ofrecer al usuario un marco referencial de autoayuda en el proceso de adaptación al centro a nivel grupal, que se complemente con atención y apoyo individual y familiar.
	Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ofrecer un marco de autoayuda y apoyo tanto formal como informal.</li> <li>2. Plantear al individuo una perspectiva positiva del trabajo grupal, importancia de la implicación personal en la mejora de la salud y el bienestar.</li> <li>3. Buscar un marco de implicación familiar permanente.</li> <li>4. Informar de los programas y actividades, etc. y fomentar su integración en las mismas.</li> <li>5. Proceder a una valoración mínima de cada sujeto y familia.</li> </ol>
Adaptación	Marco	Se trata de estructurar hábitos, relaciones, horarios, comienzo de los diferentes tratamientos y terapias, intervenciones, etc.
	Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaborar un programa general que agrupe a las personas atendidas en el Centro de Día, incluida revisión del pronóstico, duración del mismo, etc.</li> <li>2. Que los individuos estén insertos en el sistema de intervención existente y que éste les provea de lo necesario para alcanzar unas cotas mínimas de bienestar.</li> <li>3. Seguimientos individualizados/grupales de la adaptación del individuo.</li> <li>4. Coordinar las distintas labores profesionales.</li> </ol>

Tratamiento	Marco	Realización de los tratamientos y terapias, etc. prescritos que se deberán ir revisando, con el paso del tiempo a través de evaluaciones sucesivas.
	Objetivos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguimiento y evaluación de las variaciones del estado general del individuo.</li> <li>2. Readección de los programas de intervención, de los individuos a los programas, etc.</li> <li>3. Estimación del pronóstico planteado.</li> <li>4. Analizar las posibilidades de "altas".</li> <li>5. Estimación de la oferta de recursos,...</li> <li>6. Implicación de la familia en los tratamientos, continuación de los mismos en el domicilio familiar, grupos de autoayuda para familiares, etc.</li> </ol>
Alta	Marco	Disminución del nivel de atención paulatina en el recurso, mientras aumenta el nivel de implicación de otros recursos de menor nivel de especialización en caso de disminución de dependencia o acceso a otros recursos de mayor especialización.

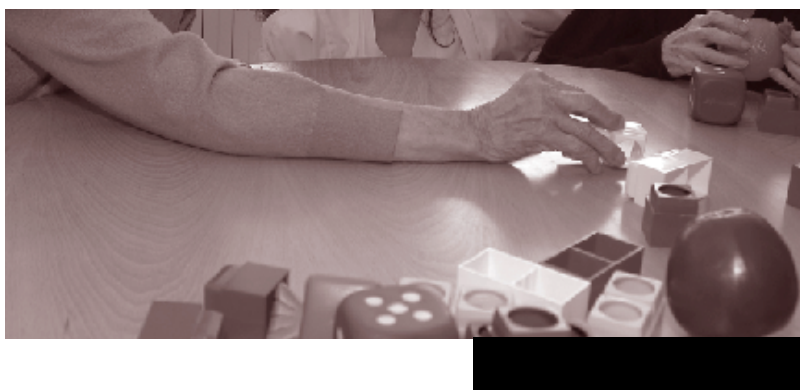
MODELO BÁSICO MÍNIMO DE PROGRAMACIÓN DIARIA DE UN C.D.		
Hora	PROGRAMA DE SALUD FÍSICA	PROGRAMA PSICOSOCIAL
10,00	DESAYUNO-HIGIENE PERSONAL	
	Tratamiento Geriátrico Rehabilitación Fisioterapia Tratamiento de Enfermería	AVD Terapia Ocupacional Apoyo Social Orientación en la Realidad Relajación E. Memoria Apoyo Psico-Afectivo
13,00	PROGRAMAS INTEGRALES INDIVIDUALIZADOS	
14,00	COMIDAS	
	Tratamiento Geriátrico Rehabilitación Fisioterapia Tratamiento de Enfermería	OCIO TERAPÉUTICO
13,00	PROGRAMAS INTEGRALES INDIVIDUALIZADOS	
	SALIDA	

Pero además, nos permitirá llegar a estos aspectos porque se desarrolla así una capacidad emergente de influencia y/o contingencia entre los diferentes programas y actuaciones a implementar en el PGI y sus programas, complementándose así y logrando un provecho mayor de sus potencialidades. Entre los logros de este sistema estarían poder llegar a intervenir indirectamente sobre las redes relacionales, poder mejorar el grado de control sobre la intervención, potenciar el trabajo interdisciplinar, desarrollar intervenciones emergentes (Varela, 1989), lograr un dinamismo en el sistema, modificar la linealidad de los planteamientos tradicionales, poder de anticipación y modulación, y lograr abrirse a otros sistemas tal y como ya hemos señalado.

Este planteamiento diseñado para intervenciones en diferentes niveles debe complementarse en cada uno de ellos, así, sería aplicable en la comunidad en general, en una área de intervención, en una área de salud, etc. Desde el centro de atención primaria con los programas de prevención para los mayores, como prevención de la hipertensión, en el centro de servicios sociales sobre problemática de soledad, en el Centro de Día sobre la persona dependiente y sus cuidadores principales, en un centro gerontológico con programas de estancias temporales y de respiro, y en una residencia con un buen apoyo psicogeriátrico al resto de centros..

Y se implementará siempre con un estilo de intervención comunitario que considere y refleje los siguientes aspectos:

- Se recogerá la información necesaria a través de la escucha activa, y de los acercamientos informales de las personas relevantes.
- Se incorpora a los sujetos al proceso de diagnóstico de problemas, necesidades y demandas, de comportamientos saludables y de factores de riesgo, a la definición de objetivos de cambio y al proceso de formulación de alternativas.
- Se propone y planifica acciones de cambio desde las habilidades disponibles.
- Se pone de manifiesto los puntos fuertes y competencias, promoviendo la autoeficacia, autoconfianza y la autoestima.
- Se aprovechan los recursos humanos.
- Se prepara condiciones para la acción, realizando ensayos previos y llevando a la práctica las alternativas decididas.
- Se busca resultados positivos y reforzantes, controlando los riesgos de fracaso y por tanto de desilusión.
- Siempre se basa en las personas, en como viven, trabajan, los problemas que sufren y las cosas de que disfrutan.
- Se basa en la interdisciplinariedad.



## 5. Programas de atención e intervención en Centros de Día







## 5. PROGRAMAS DE ATENCIÓN E INTERVENCIÓN EN CENTROS DE DÍA

### 5.1. Salud física

#### 5.1.1. Programas de prevención y promoción de la salud y un envejecimiento saludable

El programa de Envejecimiento Saludable va dirigido a la promoción de la salud, la prevención de problemas físicos, psíquicos y sociales en sus diferentes niveles (primaria, secundaria y terciaria) y en colectivos tanto de las personas mayores como de los familiares, voluntariado y personal que los atienden en los centros de día. Una estrategia clave es el desarrollo de hábitos saludables, así como la modificación de aquellos comportamientos que interfieran en la consecución de estos objetivos. Siempre bajo la premisa de que en el colectivo de personas que mantienen cierta autonomía son ellas los principales agentes para el mantenimiento y mejora de su salud, y en el trabajo con las personas con un mayor grado de dependencia, la influencia, ejemplo, supervisión y guía que aportan las personas de su entorno, así como el control estimulador y ambiente favorecedor son claves en el desarrollo de un proyecto de Envejecimiento Saludable.

Los principales objetivos son:

- **Promover** la salud integral.
- **Prevenir** problemas físicos, psíquicos y sociales.
- **Desarrollar** hábitos de salud.
- **Modificar** comportamientos no saludables.
- **Hacer partícipes** a las personas en el mantenimiento y mejora de su salud.

En el siguiente cuadro se estructuran los principales niveles de intervención en la prevención y los distintos colectivos sobre los que se actúa.

<b>PROYECTO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>USUARIOS</b>
<b>Envejecimiento Saludable I</b>	Promoción de la salud, prevención primaria y secundaria de problemas cardio-vasculares, diabetes y automedicación.	Ámbito comunitario y colaboración de asociaciones y voluntariado, centros de salud, etc.
<b>Envejecimiento Saludable II</b>	Promoción de la salud, prevención secundaria y terciaria de problemas específicos, modificación de comportamientos, habilidades de afrontamiento, hacer partícipes a las personas en su salud.	Personas mayores autónomas con problemática referida a problemas cardiovasculares, diabetes, tabaquismo y automedicación. Proyectos diferenciados.
<b>Envejecimiento Saludable III</b>	Dirigido a cuidadores de personas mayores dependientes, en la promoción de hábitos de salud, prevención secundaria y terciaria, enseñar a desarrollar hábitos saludables en general. Como objetivos concretos: que puedan realizar programas de prevención de caídas y control de esfínteres.	Cuidadores (familiares, voluntariado y / o personal) de personas mayores dependientes.
<b>Envejecimiento Saludable IV</b>	Prevención primaria y secundaria de problemáticas relacionadas con caídas y control de esfínteres en el Centro de Día.	Personas mayores dependientes con problemas de incontinencia y movilidad.

El programa es interdisciplinar tanto en su diseño como en su ejecución, esto es, colaboran distintos profesionales en la concepción del mismo, y cada uno se encarga de desarrollar aquella materia que es de su especialidad.

Se presenta a continuación un ejemplo de los contenidos a desarrollar en las sesiones de tres módulos diferenciados (Envejecimiento Saludable, Enfermos Cardiovasculares y Personas con Diabetes). El número de sesiones de cada módulo puede oscilar entre 5 y 8, con una periodicidad de 1 ó 2 sesiones por semana.

Además de los módulos descritos se pueden desarrollar otros referentes a la automedicación, programas destinados a la deshabituación al tabaco, al alcohol... Adscribiendo bajo la misma estructura (información, descripción de conductas, puesta en práctica de hábitos saludables, solución de dificultades y obstáculos...) contenidos temáticos específicos a cada área.

### **ENVEJECIMIENTO SALUDABLE I**

Este módulo está dirigido a aquellas personas que no poseen ninguna característica (factor de riesgo, enfermedad) destacable. Los contenidos básicos que a continuación se enumeran son comunes a los otros módulos.

1. ¿Qué entendemos por salud?
2. ¿Qué aspectos/áreas intervienen en la salud?
3. Determinantes de la salud: biológicos, del entorno (medio ambiente), sistema sanitario, hábitos- conducta, salud- conducta.
4. Implicación de las tres áreas: física, psíquica y social.
5. Aspectos de envejecimiento normal y patológico. Por áreas: motora, sensorial...
6. Hábitos médicos saludables: toma de tensión, revisiones periódicas...
7. Factores de riesgo en ésta población.
8. Atención a los síntomas.
9. Ejercicio físico y deporte.
10. Alimentación.
11. Actividades de ocio.
12. Caídas (cómo prevenirlas, cómo actuar).
13. Relaciones sociales.
14. Estrés vs. Relajación (entrenamiento).
15. Participación y sentimiento de pertenencia.
16. Conocimiento de recursos:
  - Humanos (psicólogo, médico, enfermera).
  - Organizacionales y comunitarios (Asociaciones, clubs...).
  - De infraestructura (centros de salud).

### ENV. SALUDABLE EN ENFERMOS CARDIOVASCULARES

Destinado a aquellas personas que tienen factores de riesgo o poseen ya alguna enfermedad cardiovascular. A los contenidos básicos comunes al módulo anterior se añaden y priorizan, entre otros;

1. Introducción a la Hipertensión arterial (¿qué es?).
2. Introducción a la enfermedad cardiovascular (insuficiencia cardíaca, colesterol).
3. Síntomas, "autodiagnóstico".
4. Efectos de una tensión arterial alta / baja.
5. Factores y/o situaciones de riesgo.
6. Cómo actuar ante la enfermedad.
7. Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sobre la enfermedad.
8. Análisis de la dificultades para el cambio.
9. Cómo prevenir y/o afrontar la enfermedad cardiovascular (dieta, ejercicio, tabaco, control de peso, estrés).

## **ENV. SALUDABLE EN PERSONAS CON DIABETES**

Destinado a aquellas personas que tienen factores de riesgo o ya son diabéticas. Como complemento a los contenidos básicos se incluyen éstos, a los que se presta una especial atención.

1. Introducción a la Diabetes.
2. Explicación de la enfermedad (¿qué es la glucosa?, ¿qué es la insulina?, ¿qué es la diabetes?).
3. Especificidad de la diabetes en las personas mayores.
4. Síntomas y efectos de la hiperglucemia e hipoglucemia. Cómo actuar ante los síntomas.
5. Tratamiento:
  - Posibilidad.
  - Diferentes tratamientos (insulina, pastillas).
  - Características y efectos de cada tratamiento. Adhesión al tratamiento.
6. Evitación de situaciones de riesgo.
7. Medidas específicas de afrontamiento (dieta, cuidado de los pies, cuidados higiénicos).
8. Ejercicio.
9. Autocuidados.

Asimismo pueden desarrollarse programas que promuevan hábitos saludables en la reducción del tabaquismo, entrenando en técnicas de deshabituación (conductual, cognitiva, control estímulos), y en la adhesión al tratamiento. Programas a desarrollar son los dirigidos a personas mayores dependientes con problemas de incontinencia, en los que entrene en técnicas de control de esfínteres, y movilidad.

### **5.1.2. Actividad física**

Los objetivos generales de la actividad física en las personas mayores son:

1. Prevenir trastornos (articulares, musculares, cardiorespiratorios) favorecidos por la inactividad.
2. Mantener la capacidad física.
3. Capacitar para el desarrollo de actividades placenteras que implican actividad física.
4. Conseguir un bienestar físico, psicológico (equilibrio emocional) y social.
5. Satisfacer objetivos individuales (de recuperación, de mantenimiento, de disfrute, para establecer amistades).

6. Conservar y promover la independencia. Autonomía física y psicológica.



La técnica de enseñanza de los ejercicios debe ser metódica y estructurada, desarrollando, entre otros, los siguientes pasos:

- Explicación verbal del ejercicio. Tiene que ser inteligible, corta, clara y concisa. Debe informar de los materiales que se van a utilizar, si es individual, grupal... Debe hacerse con mayor detalle en los ejercicios más difíciles (objetivos, qué se trabaja). También se hace incapié en la motivación.
- Secuenciación paso a paso del ejercicio (explicación de cada uno de los pasos).
- Realización del ejercicio por parte del monitor, actuando como modelo (en ejercicios sencillos puede ejemplificarse sobre uno de los participantes). Este paso puede hacerse simultáneamente a los dos anteriores.
- Realización del ejercicio por los participantes, y estimulación (refuerzo) simultánea a través de observaciones y elogios sinceros.
- Descanso y recuperación.
- Análisis y comentario de los ejercicios y la sesión, de forma grupal.
- Recomendaciones y sugerencias para realizar ejercicios en casa, por ejemplo, paseos.

Se deben ejercitar todas las estructuras móviles del cuerpo tanto la cabeza, cuello y extremidades superiores, como tronco, cintura y extremidades inferiores. Algunas de las acciones y aspectos a desarrollar son:

- Educación postural (adoptar la posición correcta al andar, sentarse y levantarse).
- Habilidades psicomotoras.
- Agilidad, elasticidad.
- Capacidad de reacción, reflejos.
- Movimientos de coordinación.
- Respiración (abdominal e integral).
- Estiramientos.
- Lateralidad (Izquierda – Derecha).
- Ritmo.

- Equilibrio.
- Imagen corporal.
- Movilidad de las articulaciones (como cadera y hombros).
- Fortalecimiento de los músculos del vientre.

### **5.1.3. Psicomotricidad**

Psicomotricidad es lo que engloba todos los acontecimientos que conducen desde el modelo intrapsíquico de una acción hasta su ejecución. Esto supone:

- Modelo mental de la acción a realizar.
- Las vías de conducción que transmiten las informaciones.
- La actuación motora que permite la acción.

Una acción que parte de una representación mental, de la acción a realizar, en la que se ven implicadas diversas estructuras cerebrales, una conducción de esa decisión y representación a través de las vías nerviosas hasta los músculos que son los realizan la acción motora.

“Las estructuras y las vías nerviosas organizan una acción motora al mismo tiempo que dicha acción las modifica. Sin vías, la acción no es factible y sin acción no puede estructurarse la función neurológica”. Es decir, todo comportamiento motor tiene un correlato muscular y neurológico.

La psicomotricidad se enmarca a lo largo del proceso evolutivo de desarrollo. Se pretende aprovechar la intencionalidad cognitiva y contenido emocional que posee el gesto. El ejercicio físico es un indicador clave de salud (física, mental y social). Y a su vez a través de la vivencia del propio cuerpo se accede al desarrollo cognitivo de la persona, y nos permite utilizar otra vía de acceso al desarrollo de algunas funciones mentales.

Se pretende pasar del cuerpo hasta lograr una adecuada imagen corporal (identidad corporal). Controlar el tono muscular (que es el nivel de tensión del músculo en reposo) incide de forma positiva en los movimientos y en la postura. De ahí el beneficio del control tónico. La lateralidad está establecida en cada persona en función del desarrollo neurológico, la lateralización es el proceso de toma de conciencia de la lateralidad individual.

Se plantea el programa de entrenamiento en habilidades psicocorporales como alternativa de la educación para la salud, y de educación para el ocio. La intervención en este aspecto pretende ir desde lo motriz / sensorial a lo cognitivo / emocional / social. En psicomotricidad se parte del sentir, vivenciar, movilizar, experimentar, expresar (transformaciones, emociones...), etc., y sus objetivos pueden ser el prevenir, compensar, reeducar, reajustar, mantener, las funciones.

Es bajo estos principios bajo los que se trabaja en todos y cada uno de los aspectos que a continuación comentamos.

Algunos aspectos que se trabajan en psicomotricidad:

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| 1. Prensibilidad                    | 11. Movilización, percepción kinestésica, cinesiterapia |
| 2. Marcha                           | 12. Potencia y fuerza                                   |
| 3. Coordinación                     | 13. Flexibilidad  |
| 4. Sensoriomotricidad               | 14. Equilibrio  |
| 5. Perceptivo – motor               | 15. Práxis  |
| 6. Imitativo – gestual              | 16. Reeducción psicomotriz                              |
| 7. Respiración                      | 17. Lateralidad   |
| 8. Esquema corporal                 | 18. Ritmo   |
| 9. Relajación neuromuscular         | 19. Lógico – motriz                                     |
| 10. Orientación espacial – temporal | 20. Expresión corporal – emoción                        |

Todos estos aspectos están implicados en infinidad de acciones de nuestra vida cotidiana por lo que su educación y entrenamiento puede suponer una mejora en la realización de las actividades de la vida diaria.

#### **5.1.4. Terapia ocupacional**

La terapia ocupacional es una rama de la rehabilitación, que contribuye a la recuperación de:

- La movilidad articular.
- La fuerza muscular.
- La coordinación.
- La resistencia locomotriz.

Pretende una recuperación del funcionalismo anatómico con el objetivo de alcanzar más independencia en la realización de tareas cotidianas. Sus principales objetivos son:

1. Mantener y mejorar el estado psicofísico de la persona y potenciar sus capacidades.
2. Autoestimular para la realización de diversas actividades.
3. Adaptar su estado psicofísico a sus necesidades reales.
4. Resocializar.



5. Estimular la creación de hobbies y nuevas formas de ocupación del tiempo libre.
6. Desarrollar actividades de autoayuda y de la vida cotidiana.
7. Evitar o retrasar la dependencia.

Algunas **condiciones que debe reunir una actividad** para que resulte fácilmente realizable y satisfactoria son:

- Tiene que implicar y exigir un esfuerzo moderado.
- Tiene que ser de ritmo libre.
- Tiene que ser libre o semidirigida.
- En la medida de lo posible debe tener relación con su trabajo anterior.
- Motivar, lograr el interés de la persona mayor.
- Las actividades nuevas deben enseñarse partiendo de niveles elementales.
- No se trata de buscar la perfecta realización de la actividad.
- Evitar la tensión, el estrés y la competición durante el trabajo.
- Evitar la rutina con cambios frecuentes de actividad.
- No introducir cambios bruscos en el programa.
- Es conveniente que las actividades se realicen en grupo.
- Cuidar los factores ambientales y de relación.

Como ejemplos de actividades se pueden apuntar:

- Modelado y trabajo en barro, plastilina.
- Coser.
- Jugar a la pelota.
- Gimnasia.
- Danza, baile.
- Trabajos manuales.
- Cestería.
- Repujado.
- Alfombras de nudos.
- Puzzles.
- Collage.
- Ejercicios respiratorios y posturales.
- Actividades de la vida diaria, por ejemplo barrer, limpiar y cortar.

## 5.2. Salud Psíquica

### 5.2.1. Salud Psíquica Cognitiva

Funciones cognitivas son aquellas que nos permiten recibir la información de nuestro entorno, percibirla, procesarla, retenerla, registrarla y tenerla disponible para su utilización posterior. Incluye la atención, concentración, cálculo, memoria, orientación, abstracción y juicio.

Presentamos un modelo de clasificación de los usuarios según capacidad cognitiva para la aplicación de los programas y ejercicios adecuados y adaptados a las capacidades que conservan en cada uno de los estadios estableciendo un paralelismo entre el Estadiaje Evolutivo FAST (Reisberg, 1989) y las puntuaciones en el Mini Examen Cognoscitivo (Lobo et al, 1979) y clasificándolo en 4 grupos según el nivel cognitivo tal y como se esta desarrollando en Matia Fundazioa (Uriarte, Arriola, Leturia, Yanguas, 1999).

G.D.S./F.A.S.T	M.E.C.	INTERV. COGNITIVA
1, 2, 3	> 24	PSICO I
4	18 – 24	PSICO II
5, 6a,b,c	10 – 17	PSICO III
6d,e,7	< 10	PSICO IV

Descripción de las características cognitivas generales de la clasificación PSICO.

CLASIFICACIÓN	DIAGNÓSTICO CLÍNICO	MAGNITUD DEL DÉFICIT COGNITIVO	PERIODO DE LA INTELIGENCIA EQUIVALENTE	CARACTERÍSTICAS
<b>PSICO I</b>	Adulto normal. Persona mayor normal.	Ninguno. Solo subjetivo. Leve.	Operaciones Formales.	Normalidad, ausencia de quejas y de trastornos objetivos. Aparición de leves errores en; el lenguaje (dificultad en evocar algunas palabras), la orientación (perdersse en un lugar no familiar), memoria (perder un objeto, olvido de nombres) y/o en la realización de actividades complejas de la vida diaria.
<b>PSICO II</b>	Demencia leve.	Moderado.	Operaciones Formales / Operaciones Concretas.	Buena orientación temporal y reconocimiento de personas. Capacidad de realizar tareas fáciles y gran dificultad en las difíciles. Déficit en tareas que requieren abstracción (manejo de dinero, operaciones matemáticas). Dificultades de concentración. Olvida hechos recientes, algunos aspectos de su historia personal.
<b>PSICO III</b>	Demencia moderada. Demencia moderada / grave.	Moderado / Grave. Grave.	Inteligencia Preoperatoria.	Mantiene el recuerdo de acontecimientos vitales importantes. Reconoce su nombre y el de familiares próximos. Alteración en la orientación espacial y temporal. Olvido de familiares, la dirección, teléfono. Dificultades y necesidad de ayuda en actividades de la vida diaria (elección de ropa, aseo personal). Trastornos de comportamiento.
<b>PSICO IV</b>	Demencia grave. Grave.	Grave. Muy grave.	Inteligencia Sensoriomotora.	Grave alteración de la orientación espacial, temporal y personal. Déficit importante del lenguaje. Pérdida de capacidad para la realización de actos conscientes. Déficit de memoria importante. Capacidad de juicio afectada de forma importante.

## CONTENIDOS Y NIVEL DE ACTIVIDADES SEGÚN CLASIFICACIÓN PSICO I-IV

### PSICO I

#### PROGRAMAS

##### Entrenamiento en Memoria

Dirigido a personas sin o con déficit leve en áreas específicas de memoria, manteniéndose el resto de facultades preservadas.

##### Orientación en la Realidad Avanzada

Dirigido a personas con buen nivel cognitivo que les permite interactuar con normalidad, manteniendo la atención y el interés en las actividades que se les propone, y cierta capacidad de memoria.

##### Lecto-Escritura

Dirigido a personas con un buen nivel cognitivo, realizándose tareas de carácter preventivo en funciones de memoria, lenguaje, aspectos culturales, etc.

##### Buenos Días

Dirigido a personas con buen nivel cognitivo o con deterioro leve-moderado. Se realizan tareas de carácter preventivo, de orientación y relación.

#### CONTENIDOS

RECOMENDACIONES PARA PSICO I		
LENGUAJE	Conversación.	Se pueden tratar temas culturales, sociales complejos.
	Descripción.	Sin limitaciones, optimizar la capacidad visual para la percepción y reconocimiento de objetos, textos.
	Repetición.	Buena repetición. Dificultad en frases complejas y largas.
	Reconocimiento.	Buena capacidad de reconocimiento. Cierta empobrecimiento semántico.
	Vocabulario.	Rico. Disminuye la evocación categorial de animales...
	Comprensión.	Conservada.
ORIENTACIÓN	Tiempo, espacio, persona.	Orientado, presenta leves errores. Se trabajan los contenidos a través de actividades más complejas.
ESQUEMA CORPORAL		Reconocimiento, propio y ajeno. Lateralidad. Coordinación. Aplicación en actividades de la vida cotidiana.

<b>MEMORIA</b>	Episódica, semántica, procedural.	Reminiscencia. Pueden aparecer olvidos de detalles recientes y algún hecho antiguo.
<b>PRAXIS</b>	Manipulación, destreza, constructiva.	No existen problemas en la manipulación.
<b>LECTURA Y ESCRITURA</b>		Si se habían adquirido se mantienen.
<b>CÁLCULO</b>		Operaciones matemáticas, problemas aritméticos de complejidad. Mental y escrito. Problemas de lógica.
<b>F. EJECUTIVAS</b>	Razonamiento, abstracción, planificación y ejecución.	Al final de esta fase están relativamente afectadas.

Se pueden y deben realizar todo tipo de ejercicios, que abarquen todas las áreas descritas, si bien en algunos casos habrá que adecuar el grado de dificultad.

## PSICO II

### PROGRAMAS

#### Orientación en la Realidad Estándar

Dirigido a personas con capacidad cognitiva limitada a actividades concretas, con estimulación específica y capacidad de mantener atención y respuesta.

#### Buenos Días

Dirigido a personas con buen nivel cognitivo o con deterioro leve-moderado. Se realizan tareas de carácter preventivo, de orientación y relación.

### CONTENIDOS

RECOMENDACIONES PARA PSICO II		
<b>LENGUAJE</b>	Conversación.	Conversación Capacidad limitada, habla pero sin mucho contenido. Centrarse en actividades concretas instrumentales y básicas de la vida diaria no muy complejas. Sigue el hilo del pensamiento, comprende el lenguaje y conserva vocabulario.
	Descripción.	Descripción Similar a conversación.
	Repetición.	Se distrae con facilidad, requiere repetición.
	Reconocimiento.	Es capaz de distinguir, indicar y nombrar. Preferible centrarse en aspectos concretos de la vida diaria.
	Vocabulario.	Se centra en lo concreto, dificultades en el pensamiento lógico.

<b>LENGUAJE</b>	Comprensión.	Realizar tareas de señalización ya que si una persona nombra el objeto es capaz de indicarlo. Puede perder sentido de causa efecto por alteración del pensamiento lógico.
<b>ORIENTACIÓN</b>	Tiempo, espacio, persona	Orientado en espacios conocidos. Presenta algunos errores en orientación temporal. Se trabaja a través de ejercicios en los que se maneja directamente los contenidos de orientación.
<b>ESQUEMA CORPORAL</b>		Reconoce y señala partes externas propias o ajenas. Dice las funciones de las partes del cuerpo, realiza normalmente movimientos de extremidades. Distingue dcha-izda, arriba-abajo, etc.
<b>MEMORIA</b>	Episódica, semántica, procedural	Dificultad importante en el recuerdo de hechos recientes. Aparecen problemas en la memoria remota un familiar puede recordar más que el de su vida. Recuerdos distorsionados o mal ubicados. En la intervención no se trata de obtener recuerdos perfectos, si no su expresión.
<b>PRAXIS</b>	Manipulación, destreza, constructiva	Sin dificultad en los aspectos instrumental y básicos de la vida diaria. Hay que animarle para que inicie, desarrolle y acabe tareas más complejas.
<b>LECTURA Y ESCRITURA</b>		Puede haber problemas de comprensión según la complejidad de los textos. Lee periódicos y revistas, sigue instrucciones escritas, empareja palabras e imágenes. Aparecen alteraciones en los aspectos semánticos e ideatorios en la escritura espontánea.
<b>CÁLCULO</b>		Tareas con números del 1 al 100. Suma y resta con dos cifras. Multiplica y divide dos cifras por una.
<b>F. EJECUTIVAS</b>	Razonamiento, abstracción, planificación y ejecución.	Al principio puede realizar tareas semi complejas, si no puede seguir hay que guiarlo. No puede preparar y planificar tareas complejas de la vida diaria.

Se deben de trabajar capacidades mentales complejas (lectura, escritura, cálculo y razonamiento abstracto).

También se deben trabajar capacidades más básicas como la orientación y la memoria.

Por ejemplo:

- Atención.
- Orientación (temporal, espacial y de la persona).
- La memoria.
- El concepto numérico y el cálculo.
- El razonamiento.
- El lenguaje escrito.
- El dibujo, libre o dirigido.

**PSICO III**

**PROGRAMAS**

**Orientación en la Realidad Básica**

Dirigido a personas mayores con un importante deterioro cognitivo que requieren un alto nivel de estimulación básica por un importante déficit atencional y de concentración.

**CONTENIDOS**

RECOMENDACIONES PARA PSICO III		
<b>LENGUAJE</b>	Conversación.	Conversación Discurso deficiente. Dificultades para el recuerdo de acontecimientos recientes. Pierde el hilo de la conversación. Comienza a utilizar frases estereotipadas.
	Descripción.	Similar a conversación.
	Repetición.	Reducción importante de la capacidad verbal. Comenzar con letra y seguir con sílabas, palabras de dos sílabas concretas y abstractas, frases cortas y largas...
	Reconocimiento.	Dificultades de percepción y discriminación. Conserva reconocimiento y denominación de objetos.
	Vocabulario.	Limitación importante. No se debe trabajar demasiado.
	Comprensión.	Pueden realizar secuencias con indicaciones paso a paso. Pueden entender cantidades (mucho/poco) y lugares (adelante/atrás).
<b>ORIENTACIÓN</b>	Tiempo, espacio, persona.	Pasa de no tener claro a no tener noción alguna e los datos básicos. Se trabajan los contenidos directamente, se repiten varias veces. Si no es consciente de la alteración hay que valorar la ansiedad y frustración.
<b>ESQUEMA CORPORAL</b>		Comete fallos en el reconocimiento y señalización de algunas partes del cuerpo. Distingue Dcha-Izda, etc. Progresivamente va perdiendo el reconocimiento propio en el espejo, Dcha-Izda, las espalda. Va perdiendo consciencia del cuerpo y de sus funciones.
<b>MEMORIA</b>	Episódica, semántica, procedural.	Incapaz de recordar hechos recientes importantes y la mayoría de los pasados. Recuerda algunos datos pero no todos. Éstos se van reduciendo progresivamente.

<b>PRAXIS</b>	Manipulación, destreza, constructiva.	Las actividades instrumentales están muy afectadas, la manipulación se reduce. Realiza acciones aisladas y simples. No realiza solo actividades que requieren selección, secuenciación y planificación. Es incapaz de escoger. Realiza actividades sin objetivo. Progresivamente deja de hacer actividades instrumentales. Se centra en las básicas. Sus acciones no se orientan por objetivos, no entiende ni realiza órdenes complejas.
<b>LECTURA Y ESCRITURA</b>		Es capaz de leer, comprender y relacionar una palabra con una imagen, escogiendo en un grupo pequeño. Apraxia importante y alteración de las capacidades psicolingüísticas. Firma y escribe su nombre.
<b>CÁLCULO</b>		Tareas con números del 1 al 20. Va perdiendo esta capacidad hasta que la cantidad no tiene significado para él.
<b>F. EJECUTIVAS</b>	Razonamiento, abstracción, planificación y ejecución.	Importante deterioro de las capacidades lexicosemánticas y ejecutivas. No discrimina alternativas. No relaciona el tiempo que hace con la ropa que hay que ponerse (evaluación y elección). No elige, realiza un acto impulsivo.

Se deben trabajar aspectos básicos como la orientación (temporal, espacial y personal) y la memoria (fundamentalmente la remota).

Se deben trabajar también aspectos cognitivos más instrumentales como el lenguaje, la percepción visual y las capacidades más prácticas.

Se trabaja a través de estímulos más simples que en la fase anterior y de forma repetitiva y rutinaria.

Por ejemplo;

- Orientación (temporal, espacial y personal).
- Memoria remota.
- Escritura.
- Reconocimiento numérico y de cálculo
- Percepción visual y reconocimiento de objetos cotidianos.
- Razonamiento. Ejercicios como clasificación de palabras u objetos por su significado.

Dentro de este grupo cuando se corresponde a un estadio 6 del GDS / FAST, se van adaptando las áreas de trabajo y las tareas que se desarrollan, adaptándolos a las operaciones concretas, objetos reales y básicos de la vida diaria.

Por ejemplo:

- Pre-escritura. Tareas de coordinación visual-motora.



- Reconocimiento visual. Objetos reales, fotografías con motivos significativos.
- Reconocimiento de características físicas de los objetos (color, forma, etc).
- Reconocimiento espacial básico (Dentro-fuera, arriba-abajo, cerca-lejos).
- Manipulación de objetos reales de uso habitual. Imitación.

## PSICO IV

### PROGRAMAS

#### Psicoestimulación Básica-Sensorial;

Método terapéutico dirigido a personas con trastornos cognitivos graves o severos y demencias, mediante la estimulación de funciones intelectuales, comunicación, y provisión estructurada de estímulos sensoriales.

### CONTENIDOS

RECOMENDACIONES PARA PSICO IV		
LENGUAJE	Conversación.	Alteración grave.
	Descripción.	Alteración grave.
	Repetición.	Afectada por la alteración y reducción del lenguaje.
	Vocabulario.	No se trabaja en esta fase.
	Comprensión.	Es incapaz de entender órdenes con dificultad y realizarlas.
ORIENTACIÓN	Tiempo, espacio, persona.	Desorientado. No tiene noción de la fecha. No reconoce al cónyuge.
ESQUEMA CORPORAL		Pérdida progresiva de la autoconciencia.
MEMORIA	Episódica, semántica, procedural	No hay memoria del pasado, ni reciente ni remoto.
PRAXIS	Manipulación, destreza, constructiva	Alteración grave. Al principio es capaz de comer con la cuchara.
LECTURA Y ESCRITURA		Alteración grave. Es incapaz de leer y escribir.
CÁLCULO		Alteración grave. Incapaz de realizar operaciones de cálculo.
F. EJECUTIVAS	Razonamiento, abstracción, planificación y ejecución.	Alteración grave. Incapaz de comprender o planificar.

Las áreas y aspectos cognitivos a trabajar se ven muy limitados, se centra en la estimulación de los sentidos, utilizando objetos reales y básicos para la vida diaria.

### 5.2.1.1 Programa de Entrenamiento en Memoria

La Memoria es un sistema para clasificar, almacenar y recuperar información que supera en capacidad, flexibilidad y velocidad al mejor ordenador, pero a su vez es un sistema limitado y poco fiable.

#### Factores de riesgo para los trastornos de memoria en las personas mayores:

- Edad.
- Nivel educativo bajo.
- Enfermedades sistémicas (diabetes, hipertensión y otras).
- Enfermedades psiquiátricas (Depresión y otras).
- Ingesta crónica de drogas, alcohol y psicotropos.
- Neurotóxicos (solventes, anestesia).
- Dependencia de otros en actividades de autocuidado.
- Problemas sensoriales (audición).
- Enfermedades neurológicas: pasadas (traumatismo craneal), presentes (demencia).

#### **“Lo tengo en la punta de la lengua”**

Este fenómeno implica al menos cuatro principios:

- a) La memoria no es un proceso de todo o nada. Es una cuestión de grado, un continuo, no una dicotomía.
- b) La mayor parte de la memoria es generativa, no duplicativa. No son fotografías sino reconstrucciones de lo aprendido.
- c) Las palabras pueden almacenarse de más de una forma. De forma auditiva (sílabas, pronunciación, sonido), visual (primera y última letra) y según el significado (asociada a otras de similar significado).
- d) Existe diferencia entre la disponibilidad y la accesibilidad.

#### Objetivos generales de la intervención:

1. Prevenir la aparición y desarrollo de trastornos de la memoria.
2. Preservar la autonomía de la persona que padece un trastorno de la memoria, enseñándole a utilizar recursos propios.
3. Enseñar las áreas que intervienen en la memoria, y su funcionamiento.

4. Promover el aprendizaje, a través del entrenamiento, de estrategias mnemotécnicas, y práctica de su utilización, que compensen los efectos de los trastornos.
5. Evitar o reducir las preocupaciones que se generan sobre esta área.
6. Intervenir y tratar los trastornos mnésicos debidos a la edad.

### Metodología

Se entrenará la ejecución en las diversas funciones intelectuales que comporta el proceso de la memoria, a través de ejercicios.

El trabajo se realizará con grupos de entre 8 y 10 personas, combinando la dinámica grupal y las tareas individuales.

Las sesiones tendrán una estructura fija que incluye diversos aspectos metodológicos importantes:

- Presentación al grupo de las técnicas y procesos que se van a trabajar ese día.
- Explicación de la tarea, con ejemplos para ofrecer un modelo, y adecuada a la capacidad de los participantes.
- Ejecución: facilitación y reforzamiento de la actitud positiva y los logros.
- Puesta en común y generalización: relacionar lo aprendido con su utilidad en la vida diaria para promover la aplicación práctica del método.
- Ocasionalmente podrán sugerirse tareas sencillas para practicar entre sesiones.
- Fases de la memoria, técnicas y actividades a realizar.
  - MEMORIA INMEDIATA: Permite la recepción de la información y su registro.
  - MEMORIA A CORTO PLAZO: Retiene y fija la información.
  - MEMORIA A LARGO PLAZO: Sirve para recordar la información consolidada.

FASES	FUNCIONES	APRENDER
INMEDIATA	Registro	Percibir y Comprender
CORTO PLAZO	Conservación	Organizar y Aprender
LARGO PLAZO	Recuerdo	Situar e Integrar

El entrenamiento consiste en enseñar y ejercitar los mecanismos tanto internos como externos que intervienen en cada función:

**EXTERNAS:** Utilización de agendas y de apoyos como el bloc de notas...

**INTERNAS** (cognitivas): Utilización de recursos mnemotécnicos, que son estrategias mentales generalmente basadas en la visualización de la información que se quiere recordar. Algunas de ellas son:

### Listado de algunas de las ayudas utilizadas

1. Listas de compras.
2. Ayudas de memoria basadas en la primera letra.
3. Diario.
4. Rimas.
5. Método de las localizaciones.
6. Escribir en la mano.
7. Método de la historia.
8. Rememorar mentalmente una sucesión de acontecimientos o de acciones.
9. Reloj con alarma.
10. Método de las rimas.
11. Convertir números en letras.
12. Notas recordatorias.
13. Asociaciones cara - nombre.
14. Búsqueda alfabética.
15. Calendarios, murales, anuarios, tabloneros de anuncios, etc.
16. Pedirle a otra persona que nos recuerde las cosas.
17. Dejar las cosas en sitios especiales o poco habituales.

### Otras tareas a ejercitar

- **Rememoración.** Requiere extraer información después de buscar en la memoria. Si se necesitan pistas para la rememoración se denomina asistida. Tres métodos para su estudio; libre, seriada o de pares asociados.
- **Reconocimiento.** Es más fácil que la rememoración porque no necesitamos buscar la información. Las personas recuerdan mejor los rostros (reconocimiento) que los nombres (rememoración). Ha oído decir alguna vez "su nombre me resulta familiar pero no recuerdo su rostro".
- **Reaprendizaje.** Si se aprende más rápido la segunda vez es porque se recuerda algo de antes.

#### 5.2.1.2. Programa de Orientación en la Realidad

La Orientación en la Realidad es un **método terapéutico** que incluye diversas **técnicas de rehabilitación cognitiva** que se utilizan con personas con pérdida de memoria, desorientación temporal y espacial, y problemas de confusión, esto es, en trastornos cognitivos y demencias, mediante la estimulación y provisión estructurada de información acerca de sí mismos y de su entorno.

## **Objetivos generales**

1. Proporcionar, rutinaria y repetidamente, información básica a personas desorientadas y/o confusas, respecto al tiempo (temporal), al espacio (espacial), y a las personas (personal).
2. Estimular vías neurológicas poco activas y modos de funcionamiento que compensen el deterioro intelectual, mediante actividades que impliquen procesos cognitivos.
3. Tratar y rehabilitar en la medida de lo posible, o bien preservar y/o retardar, el deterioro. Manteniendo en lo posible sus capacidades.
4. Reducir la ansiedad. Tranquiliza diciéndole que no ha habido ninguna falta espantosa.
5. Conseguir una mejora de las conductas sociales y personales, con frecuencia desintegradas en estas personas.
6. Estimular la comunicación y la interacción, como complemento de la reestructuración conductual derivada del tratamiento.
7. Mejorar la autoestima. Asegura que tenga éxito en diferentes actividades.

## **Metodología**

Como pauta básica de trabajo debe hacerse lo posible por conseguir un ambiente de confianza, en el que la persona mayor se sienta a gusto, reforzante de conductas deseables y limitado en estímulos no deseados, que posea una adecuada proporción y variedad de estímulos sensoriales, que esté adaptado y en contacto con la realidad presente, y que sea protésico, proveedor de apoyos instrumentales para aquellas personas que los necesiten.

Se procurará mantener una rutina que estructure la sesión (siempre primero el saludo, después la presentación, identificación personal, orientación temporal-espacial-personal, actividades, ejercicios, orientación, y despedida y cierre).

## **Grupos de Orientación en la Realidad**

En ellos se realiza una orientación temporal, espacial y personal, de forma concreta e intensiva, así como otras habilidades y estrategias cognitivas y conductuales.

Se recomienda el trabajo en grupos de 3 a 8 personas según nivel de capacidades cognitivas, comunicacionales, funcionales y sensoriales.

## **Esquema de una sesión grupal de O.R.**

1. Saludo y presentación.
2. Identificación personal: ¿Quiénes estamos?, ¿quiénes faltan?. El nombre de cada uno de nosotros.

3. Orientación temporal: ¿qué día de la semana es hoy?, fecha, mañana o tarde y relacionarlo con las actividades propias del momento, si hay alguna festividad cercana...
4. Orientación espacial: ¿Dónde nos encontramos?, la sala, el piso, el centro, el pueblo...
5. Acontecimientos diarios, cotidianos.
6. Ejercicios / tareas de carácter lúdico relativos a funciones cognitivas: como son la orientación, la atención, la retención y la estimulación.
7. Orientación espacial: recuerdo
8. Orientación temporal: recuerdo
9. Próxima sesión, cierre y despedida.

### **Ejemplo de actividades**

#### **1. INFORMACIÓN BÁSICA**

- Ejemplos de actividades y elementos para vehiculizar la orientación.

##### **1.1. Temporal**

- Calendario de madera: colocación, con más o menos ayuda, de la fecha por algún miembro del grupo en cada sesión.
- Pizarra: anotación de la fecha completa y días señalados.
- Hora: reloj de pared; momentos del día: reloj de madera con agujas móviles; esferas pintadas: colocación/identificación de horas del día asociadas a momentos determinados (comidas, siesta, reunión de O.R. etc.).
- Juegos: tarjetas con datos sobre fecha, estación del año, etc.: reparto, localización, emparejamiento...; balón: repetición de datos lanzándolo entre los miembros del grupo.
- Elementos referentes, a los que remitirse para destacar momentos, situaciones o épocas: decoración navideña y de Carnaval; ropa de abrigo en invierno; flores en primavera y recortes representando al sol en verano; hogueras en San Juan, etc., etc.; referencia al tiempo atmosférico y a la época del año a través de la ventana.

##### **1.2. Espacial**

- Información verbal, acerca de la sala de reunión, el centro o vivienda en que se encuentra, la calle y barrio, el pueblo o ciudad, etc.

- Juegos: tarjetas y balón (como en la orientación temporal); "bingo" de tarjetas con zonas de la residencia, la vivienda ... repartidas en el grupo para ir colocándolas en un panel.
- Recuerdo de la habitación o vivienda de cada persona: lugar, características...

### **1.3. Personal**

- Nombres del grupo: escritos en pizarra o colocados en tableros; presentaciones; tarjetas para identificación y reparto; juego con el balón (recibir al escuchar el propio nombre, enviar a alguien al escuchar su nombre, enviar a quien se quiera recordando su nombre); etiquetas adhesivas vistosas y con el nombre visible para promover la identificación, propia y ajena.
- Familiares próximos: recuerdo y datos sobre la familia, en conversación y/o mostrando nombres en tarjetas, escribiéndolos, viendo fotografías...
- Nombres del personal de la residencia o centro en que se les atiende: juegos de asociación de nombres y función de cada persona, ubicación de su despacho o zona de trabajo, uniforme en caso de que lo utilice...

### **1.4. De la actualidad**

- Recuerdo y comentario de sucesos importantes de actualidad utilizando revistas, periódicos y comentarios espontáneos.

## **Estimulación de funciones intelectuales**

En procesos degenerativos como la demencia se alteran las capacidades de la persona afectada para un adecuado funcionamiento intelectual. **Como complemento** de la técnica de orientación en la realidad es interesante **potenciar** este funcionamiento, cuyo deterioro acompaña a los problemas de desorientación y confusión.

La ejecución en las tareas propuestas, y el nivel de exigencia, dependerá, lógicamente, del grado de deterioro de la persona; conviene actuar siguiendo las siguientes **PAUTAS GENERALES**:

1. Adecuarse a la capacidad del grupo y de cada individuo.
2. Posibilitar el éxito, la ejecución adecuada, proporcionando luego refuerzo positivo.
3. Desglosar cada habilidad trabajada en las partes que la componen, y "acompañar" en la ejecución.
4. Aumento progresivo de la dificultad si se perciben mejorías, siempre hasta el nivel que alcance la persona y no más allá.
5. Actividades lúdicas y sencillas como vehículo, sin olvidar la motivación.

## **Ideas para el Tratamiento**

Con esta técnica se intenta estimular determinadas funciones intelectuales. Aunque es claro que casi cualquier actividad puede requerir varias de ellas, se pueden diseñar tareas sencillas que pongan en marcha alguna en particular:

### **1. PERCEPCIÓN / RECONOCIMIENTO**

Se trata de facilitar la percepción de estímulos, visuales y auditivos fundamentalmente, aunque pueden trabajarse también el tacto y el olfato. Se requiere:

- Captar un estímulo, o una parte de él
- Discriminar lo captado de lo que lo rodea

Se estimula aquí, también, la ATENCIÓN, al tener que centrarla en determinados estímulos.

#### **1.1. Visual**

- Captar semejanzas y diferencias entre formas geométricas: forma, color, tamaño..., y entre figuras y objetos familiares.
- Comparar pares de dibujos similares, buscando una o varias diferencias entre ellos.
- Captar partes que faltan en dibujos o fotografías de objetos comunes.
- Captar figuras de objetos conocidos "camufladas" entre líneas trazadas alrededor (siluetas pintadas o sólo contornos, según el grado de dificultad).
- Captar, señalar (y eventualmente, pintar) determinada figura geométrica que aparece repetida en un dibujo: círculos en las ruedas de un coche, la copa de un árbol, una ventana redonda...).
- Describir a los demás miembros del grupo, o localizarles tras escuchar sus rasgos, ropas, adornos...
- Localizar objetos nombrados y presentes en la sala, en un dibujo, etc.

#### **1.2. Auditiva**

- Captar y repetir secuencias rítmicas de golpes dados sobre la mesa, o con un instrumento de percusión...
- Escuchar la grabación de sonidos familiares e identificarlos.
- Identificar a personas del grupo por el tono de voz.

#### **1.3. Táctil**

- Percibir texturas, dureza, temperatura, etc. en diversos objetos (especialmente en el caso de personas con fuerte deterioro, a modo de estimulación sensorial).



- Identificar objetos familiares por el tacto.

#### **1.4. Olfativa**

- Identificar sustancias conocidas, por el olfato, p. e. alimentos, ...

## **2. MEMORIA**

### **2.1. Inmediata**

Repetición inmediata de datos sencillos; en estas tareas se facilita el proceso de la memoria: incorporar la información mediante la percepción, almacenarla (observando, describiendo, repitiendo un nombre....), y recuperarla (con pistas, iniciales de una palabra a recordar...):

- Nombres de los miembros del grupo.
- Datos de la información básica (orientación).
- Juegos; por ejemplo "Objetos escondidos": tras observar, describir y asegurarse de que deberán recordar un objeto, guardarlo y preguntar cuál era éste. Añadiendo objetos se puede aumentar el grado de dificultad.
- Citar palabras por turno y cada persona recordar la que dijo la anterior; pidiendo que recuerden las dos, las tres, o todas las anteriores, se varía la dificultad de la tarea.

### **2.2. Reciente**

- Repaso de la información básica al término de la reunión.
- Recuerdo de "objetos escondidos" después de pasar unos minutos haciendo otras cosas.
- Recuerdo del menú en el desayuno o la comida, la cena de la víspera, lo realizado en la sesión anterior, alguna palabra "clave" propuesta al iniciar la sesión ...
- Escuchar una anécdota o pequeño relato, pudiéndose leer en el grupo (según su nivel de capacidad): hacerles fijarse en datos importantes, que se relacionarán con hechos cotidianos, para facilitar el almacenamiento de la información. Como apoyo al proceso de recuperación, ofrecer palabras clave del texto/anécdota, por ejemplo escritas en una pizarra, o bien recordadas en voz alta. Finalmente, resumen por parte del grupo con ayuda de preguntas y otras pistas.

### **2.3. Remota**

- Recuerdo de hechos más o menos lejanos: el ingreso en la residencia, la vida adulta, la juventud e infancia; épocas determinadas, sucesos importantes de hace tiempo, como la guerra civil, etc., a modo de reminiscencia. Lógicamente,

te, esto requiere un conocimiento de los datos personales y biográficos de los miembros del grupo (Leturia et al., 2001).

### 3. LENGUAJE

Se trata de estimular esta compleja función, para conservar capacidades o prevenir agravamientos, sin pretender un tratamiento exhaustivo. Actividades dirigidas a la comprensión y producción de lenguaje, complementadas con tareas de reconocimiento, identificación y denominación (capacidades estas, más o menos alteradas en casos de afasia y agnosia).

Al ser vehículo de la comunicación, el lenguaje, verbal y gestual, se está potenciando desde el momento que se llama a los miembros del grupo para que acudan a la reunión, en la conversación, transmisión de información, fomento de la comunicación entre los/as participantes... Algunas actividades más específicas pudieran ser:

- Señalar objetos o fotografías de objetos, lugares conocidos...
- Coger objetos que se les señalan verbalmente, y entregarlos a determinada persona del grupo (cumplimiento de órdenes sencillas).
- Las tareas anteriores, pero recibiendo los nombres en tarjetas escritas.
- Emparejar objetos o fotografías con sus nombres escritos en tarjetas y repartidos en el grupo.
- Adivinanzas sencillas, describiendo cosas muy familiares y dando pistas más o menos claras según el grado de dificultad que se pretenda.
- Completamiento, verbal o escrito (según grado de dificultad) de refranes.
- Ordenar frases sencillas divididas en varias tarjetas.
- Decir por turnos "nombres de" cosas que empiezan por determinada sílaba o letra...; juego del "veo-veo", simplificado con ayudas acordes a cada persona o grupo.
- Juego de sinónimos y antónimos: tarjetas en que aparecen palabras a las que buscar "lo contrario de..." o "lo que no es ..., suele ser..."; emparejar palabras sinónimas en tarjetas...
- Juego de adjetivos: asociar nombres y adjetivos, con o sin tarjetas (nieve-blanca, miel-dulce, hielo-frío, carbón-negro...)

### 4. RAZONAMIENTO

Con el deterioro intelectual se altera la capacidad de elaborar la información recibida, el pensamiento abstracto, la formación y manejo de conceptos. Estos pro-

cesos se apoyan en la combinación de otros como la percepción y atención, memoria, lenguaje, etc., ya estimulados con las tareas descritas.

Para completar la estimulación de funciones intelectuales se pueden utilizar tareas de razonamiento, que requieran operaciones sencillas como la clasificación y la seriación.

**4.1. Clasificación** (ordenar elementos en base a un criterio o rasgo común, formando grupos o clases)

- Sin contenido verbal: figuras geométricas, regletas..., en base a criterios como color, tamaño, forma.
- Con contenido verbal: fotografías y objetos cotidianos, en base a criterios como utilidad, material, tipos de seres vivos, etc., etc.

En cualquier caso, el criterio de clasificación puede ser inicialmente inducido, y, en grupos de mayor capacidad, dejarlo libre: clasificar cartas de la baraja (palos), legumbres mezcladas, útiles de aseo-útiles de trabajo, etc.

**4.2. Seriación** (ordenar elementos según un criterio que cambia de uno a otro, según un orden determinado: tamaño, color, posición...)

Se presenta el principio de una serie y, por turnos, deben ir buscando, entre varios elementos (objetos) el que continua:

- Ensartar piezas en una vara o en un cordón, "de mayor a menor" o al revés.
- Ordenar cartas de la baraja según su numeración, nombrar días de la semana y meses del año, pasos que se dan al realizar una acción cotidiana (aseo, comida, preparar un plato...).
- Adornar la mesa, la pared, un panel, etc., con regletas, bolas, trozos de cartulina, etc. siguiendo una SERIE: *alternativa* (A-B-A-B-A-B) o, con mayor dificultad, *cíclica* (A-B-B-A-B-B-A-B-B-A).

## 5. OTRAS ACTIVIDADES

Además de tareas como las de los ejemplos vistos se puede incluir:

- Esquema corporal: dibujos de figuras humanas en las que señalar, nombrar y/o pintar partes del cuerpo, y señalar o movilizar esas mismas partes en el propio cuerpo, o bien localizarlas ante un espejo, frotarlas, masajearlas...
- Lateralización y relaciones espaciales: ejercicios de localización de objetos o partes de un dibujo siguiendo instrucciones del tipo "¿qué hay ... encima, debajo, a la derecha/izquierda, dentro/fuera de...?"; enviar un balón a la derecha/izquierda, arriba/abajo, etc.

- Praxias: pintar, manipular cordeles, plastilina, papel...; gestos significativos, como saludos con la mano, expresiones gestuales (realizar y comprender); acciones con mímica (comprender y, ocasionalmente, realizar).

### **5.2.1.3. Programa de Psicoestimulación**

En la atención e intervención con las personas mayores que tienen gran deterioro conviene seguir el criterio de estimular las capacidades residuales, con el fin de mantenerlas activas, porque espontáneamente ya no se ejercitan: se trata de “provocar” su activación desde el exterior.

#### **Objetivos Generales**

1. Estimular vías neurológicas poco activas y modos de funcionamiento que compensen el deterioro intelectual, se trata de rehabilitar en la medida de lo posible, o bien preservar/retardar el deterioro.
2. Estimular la comunicación y la interacción.
3. Fomentar la participación de la persona mayor en diversas actividades, reforzando continuamente su participación.
4. Favorecer la interacción entre las personas que comparten un espacio (salas, habitación, comedor...)
5. Incidir en la orientación tanto espacio - temporal como personal.
6. Potenciar el sentido de responsabilidad , la sensación de control y la capacidad de decisión.
7. Aumentar el nivel de satisfacción con la situación personal.
8. Conseguir una mejora de las conductas sociales y personales, con frecuencia desintegradas en casos de demencia. Eliminar o reducir los episodios de confusión y otros problemas de conducta como la deambulación, la inactividad o la incomunicación.
9. Contribuir a retardar en lo posible el deterioro de ciertas capacidades funcionales.

#### **Objetivos Específicos**

- Captar la ATENCIÓN y ayudar a mantenerla CENTRADA en determinados estímulos.
- Favorecer la aparición de REFLEJOS: parpadeo, prensión con la mano, elevar el brazo para coger algo...
- Estimular la INTERACCIÓN personal, a través de la mirada (contacto visual) e intercambio de objetos (entregar y recibir)
- Fomentar la IMITACIÓN de gestos básicos: acciones sencillas, gestos de la cara...

- Procurar la realización, en algunos casos, de alguna actividad con cierto grado de INTENCIONALIDAD.
- Estimular los SENTIDOS: vista, oído y tacto fundamentalmente.

ÁREA COGNITIVA	EJERCICIOS	MATERIALES
<b>ORIENTACIÓN</b> <b>Temporal, Espacial y Personal</b>	<p>Fecha; estación, mañana, tarde, noche. Decir los meses y días de la semana Lugar en el que estamos (fotografía del centro, comedor, sala de terapia, ciudad). Indicar las horas en un reloj. Ordenar(organizar las actividades cotidianas/del día (Levantarse, asearse, vestirse, desayunar, etc). Datos personales (nombre, apellidos, edad).</p>	<p>Calendario Fotografías Reloj Tarjetas con los datos personales Tarjetas/fotografías con actividades cotidianas.</p>
<b>PRAXIAS</b>	<p>Manipulación de objetos de la vida diaria (qué es, para qué sirve, cómo se usa, manipulación). Mímica de manipulación de objetos de la vida diaria. Cierres de ropas Anudar y desanudar cuerdas, hacer ovillos. Ensartar piezas, cordones, cosedores. Meter legumbres, etc en botellas de plástico. Hacer bolas de papel. Doblar papel, introducirlo en sobres. Cortar (seguir una línea, cortar trozos) Dibujar (espontáneo, dirigido, copiado) Completar elementos de un dibujo (sobre la silueta de una cara dibujar los ojos. Unir los puntos que forman un dibujo. Colorear dibujos. Filas de palillos Modelar plastilina o arcilla Completar puzzles o rompecabezas Construcciones con piezas, juegos de construcción (torres, círculos, etc). Ritmos: repetición de secuencias, seguimiento de una secuencia, canciones, sumando un golpe cada vez). Manejar objetos Juegos de puntería.</p>	<p>Objetos de la vida diaria Ensartables, ábaco Ropas con diferentes cierres. Cuerdas, lanas Cosedores Legumbres Botellas de plástico Papel, sobres, tijeras Pinturas Palillos Plastilina Puzzles, rompecabezas Juegos de construcción Pelotas de diferentes tamaño, peso y textura. Globos.</p>
<b>LENGUAJE</b>	<p>Conversar sobre temas de interés para el sujeto: hijos, nietos, salud, actividades de la vida cotidiana, compañeros, personal del centro... Adivinanzas simples (un animal que da leche, tiene cuernos) Sinónimos, antónimos Listas de animales, frutas (la naranja es una fruta, ¿y el pollo?), profesiones (¿quién arregle los grifos). Describir fotografías u objetos de un modo muy dirigido por nosotros. Denominar personas, objetos. Repetir frases cortas y largas, letras y palabras. Realizar órdenes simples. Juego de la cadena. Palabras que empiezan por, terminan por, sílabas.</p>	<p>Fotografías de los residentes, personal, objetos, lugares del centro, de Donostia.</p>

<p><b>CÁLCULO</b></p>	<p>Leer números                  Contar objetos, elementos de una lamina, dedos.                  Contar del 1 al 10 o hasta donde se pueda en sentidos ascendente y descendente.                  Escribir del 1 al 10                  Escribir los números que se les dicta.                  Relacionar número y dibujo.                  Número en número, escrito y en pictograma.                  Sumas y restas; una cifra, dos...                  Cálculo con el ábaco (introducir un número de piezas, añadir e ir contando).                  Naipes: jugar a los Seises, ordenar los palos.                  Dominó sencillo (de 0 a 3, 4 puntos).                  Bingo sencillo del 1 al 10, de uno a 3 números en cada cartón...</p>	<p>Tarjetas de números                  Láminas con diferentes elementos dibujados para contar.                  Ábaco                  Naipes                  Dominó simple.                  Bingo simple.</p>
<p><b>ESQUEMA CORPORAL</b></p>	<p>Describir qué hacemos con las diferentes partes del cuerpo.                  Señalarse partes del cuerpo siguiendo instrucciones (tocar la oreja derecha con la mano izda.).                  Tocar la parte indicada en el cuerpo de otras persona.                  Formar un puzzle de una figura humana.                  Identificar su imagen en fotografía y/o ante u espejo. Indicar las partes o elementos que se le indiquen.                  Pedirle que realice ciertas acciones delante de un espejo.                  Señalarse partes del cuerpo, también a la vez que se dice su nombre.                  Denominar las partes del cuerpo en un figura humana.                  Imitar movimientos: sacar la lengua, hacer muecas, ensañar la mano con los dedos separados.                  Mímica.</p>	<p>Figura humana entera y en puzzle                  Espejo grande.                  Tarjetas con los nombres de partes del cuerpo.                  Fotografías de los residentes.</p>
<p><b>LECTO-ESCRITURA</b></p>	<p>Leer frases, palabras, letras                  Formar palabras                  Emparejar imágenes y palabras                  Leer y realizar órdenes                  Copiar letras, palabras                  Escribir o copiar su nombre.</p>	<p>Láminas y tarjetas con frases, palabras y letras.                  Tarjetas con ordenes                  Imágenes y palabras para emparejar.</p>

ESTIMULACIÓN SENSORIAL	EJERCICIOS	MATERIALES
<b>VISTA</b>	<p>Captar semejanzas y diferencias entre formas geométricas: forma, color, tamaño..., y entre figuras y objetos familiares.</p> <p>Comparar pares de dibujos similares, buscando una o varias diferencias entre ellos.</p> <p>Captar partes que faltan en dibujos o fotografías de objetos comunes.</p> <p>Captar figuras de objetos conocidos "camufladas" entre líneas trazadas alrededor (siluetas pintadas o sólo contornos, según el grado de dificultad).</p> <p>Captar, señalar (y eventualmente, pintar) determinada figura geométrica que aparece repetida en un dibujo: círculos en las ruedas de un coche, la copa de un árbol, una ventana redonda...).</p> <p>Describir a los demás miembros del grupo, o localizarlos tras escuchar sus rasgos, ropas, adornos...</p> <p>Localizar objetos nombrados y presentes en la sala, en un dibujo, etc.</p> <p>Mover objetos, intentar que las presten atención. Reforzar con otros sentidos (tacto...).</p>	<p>Fotografías (objetos, naturaleza, C. Gerontológico, residentes, personal, familiares, etc.).</p> <p>Objetos.</p> <p>Linterna, gafas oscuras</p>
<b>OÍDO</b>	<p>Captar y repetir secuencias rítmicas de golpes dados sobre la mesa, o con un instrumento de percusión...</p> <p>Escuchar la grabación de sonidos familiares e identificarlos; sonidos de la naturaleza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar a personas del grupo por el tono de voz.</li> <li>- Música (diferentes tipos)</li> <li>- Cantos</li> <li>- Emparejar sonido-imagen</li> <li>- Repetir letras, sílabas, palabras</li> <li>- Intentar que produzcan sonidos (boca, instrumentos, papel).</li> </ul>	<p>Música variada (de época, clásica, relajación).</p> <p>Grabación de sonidos e imágenes correspondientes.</p> <p>Objetos que produzcan sonidos (instrumentos, cascabeles, sonajeros, rueda, maracas, etc.</p>
<b>GUSTO</b>	<p>Ofrecer aromas para discriminar, describir.</p> <p>Ofrecer olores similares, alternar olores suaves y fuertes.</p>	<p>Alimentos.</p>
<b>TACTO</b>	<p>Percibir texturas, dureza, temperatura, etc. en diversos objetos (especialmente en el caso de personas con fuerte deterioro, a modo de estimulación sensorial).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar objetos familiares por el tacto.</li> <li>- Mostrar e identificar diferentes texturas, superficies, materiales...</li> <li>- Moqueta, seda, lana...</li> <li>- Partes corporales</li> <li>- Sensaciones; frío, calor...</li> </ul>	<p>Telas de diferentes texturas.</p> <p>Figuras de madera de formas distintas; geométricas, objetos.</p> <p>Dominó de texturas.</p> <p>Encajables.</p> <p>Globos.</p> <p>Agua, arena, etc.</p> <p>Esponjas, trapos, piedras, etc.</p>
<b>OLFATO</b>	<p>Identificar sustancias conocidas, por el olfato (alcanfor).</p> <p>Alimentos, habituales, significativos (café).</p> <p>Flores.</p> <p>Jabón...</p>	<p>Aromas, esencias, productos naturales.</p>

<p><b>PROPIOCEPCIÓN CINESTESIA</b></p>	<p>Pequeños masajes para que presten atención a la zona masajeadada.                  Quitar y poner prendas (zapatos, gafas).                  Movimientos de miembros (cumpliendo órdenes o se los movemos nosotros a la vez que lo nombramos y le hacemos prestar atención).                  Objetos a diferentes temperaturas (agua y/o trapo en microondas).                  Movimientos a diferentes velocidades, con mayor o menor presión.                  Intentar que sujeten objetos en el aire (+/- tiempo, +/- pesados, +/- grandes, +/- movimiento).                  Hacer cosquillas, Abanicarles.                  Ponerles en diferentes posturas.</p>	<p>Aceites de masaje.                  Pelotas y globos, etc.                  Abanico, secador.</p>
--	---	--

### 5.2.2. Salud Psíquica Psicoafectiva

Las funciones psicoafectivas son aquellas que dan un tono emocional a la información procesada por las funciones cognitivas.

El afecto es un patrón de conductas observables que son la expresión de un estado de los sentimientos experimentados subjetivamente, a lo que llamamos emoción.

Pueden darse problemas en los comportamientos relacionados con el continuo del estado de ánimo entre la alegría y la tristeza con aparición de sintomatología y trastornos depresivos, así como en el continuo relajación - ansiedad con problemas de ansiedad fundamentalmente.

#### 5.2.2.1. Programa de entrenamiento en relajación

##### Definición y objetivos

Se entiende la Relajación desde un punto de vista global como "un estado de respuesta percibido positivamente en el que una persona siente alivio de la tensión o del agotamiento" (Sweeney, 1978). Se emplea para referirse tanto a los músculos flojos como a los pensamientos sosegados. Se supone que existe una conexión entre ellos puesto que puede inducirse un estado aparentemente general de relajación usando métodos fisiológicos o psicológicos.

Las técnicas cuyo principal propósito es facilitar la relajación se denominan primarias. Los métodos "musculares" pertenecen a esta categoría, al igual que el tratamiento autogénico. Cuando la relajación no es el objetivo principal, la técnica puede considerarse secundaria: la visualización, la meditación y la técnica de Alexander quedan comprendidas dentro de esta categoría. Otros métodos que ponen énfasis en la relajación pueden estar todavía más alejados. Entre ellos están las técnicas cognitivas como el descubrimiento de suposiciones irracionales.



les y la modificación de pensamientos automáticos. Aquí la relajación puede considerarse un efecto secundario.

La relajación tiene TRES OBJETIVOS (Titlebaum, 1988):

1. Como medida de prevención, para proteger los órganos del cuerpo de un desgaste innecesario, y especialmente a los órganos implicados en las enfermedades relacionadas con el estrés.
2. Como tratamiento, para facilitar el alivio del estrés en condiciones tales como hipertensión idiopática, dolor de cabeza, insomnio, asma, deficiencia inmunitaria, ansiedad, etc.
3. Como una técnica para poder hacer frente a las dificultades, para calmar la mente y permitir que el pensamiento sea más claro y eficaz.

## **Modelos explicativos de la relajación**

### **Teorías Fisiológicas**

Los sistemas corporales asociados con los estados de tensión y de relajación son:

- El sistema nervioso autónomo.
- Simpático (incrementa la estimulación con la amenaza).
- Parasimpático (sitúa el cuerpo en estado de reposo - acetilcolina).
- El sistema endocrino.
- Glándulas adrenales (riñones) (liberan noradrenalina-conducta agresiva y de lucha y adrenalina-conducta de huida).
- La musculatura esquelética. La liberación de la tensión en la musculatura tiene el efecto de calmar la mente.

### **Teorías Psicológicas**

- Cognitivas

La manera de ver lo que nos sucede determina como nos sentimos. Las sensaciones como función del pensamiento. Intervención dirigida a identificar pensamientos automáticos e irracionales y adoptar una visión más realista sobre sí mismo, su mundo y su futuro (Beck, Ellis).

- Conductuales

Descartan lo que ocurre en la mente, consideran la conducta (observable) como condicionada por los acontecimientos del ambiente. La conducta está gobernada por asociaciones. Intervención dirigida a la relajación muscular, la distracción, la exposición gradual y el entrenamiento en habilidades sociales.

- Cognitivo - conductuales.

El objetivo es facilitar el cambio de la conducta mediante la reestructuración de los pensamientos conscientes. Se considera que la conducta está goberna-

da por el "autodiálogo" que practicamos. Se interviene en tres fases, en la primera se identifica el autodiálogo, en la segunda se reestructura enseñando resolución de problemas, relajación, autoafirmación y distracción, en la tercera se aplican en situaciones a través del ensayo mental, asunción de papeles y exposición gradual.

La ansiedad puede expresarse de alguno de estos tres modos:

- Somático (fisiológico)
- Cognitivo (mental)
- Conducta (acciones observables)

El tratamiento que opera en el modo en el que se presente la ansiedad es más efectivo que uno que opere en un modo diferente (Hipótesis de Efectos Específicos).

Todas las técnicas de relajación obtienen una sola y común respuesta generalizada.

### **Aspectos generales del entrenamiento en relajación**

Algunos aspectos del procedimiento a considerar son el escenario: se debe tener cuidado de las condiciones ambientales; ruidos, luz, interrupciones, tiempo suficiente (25 minutos aproximadamente), posición cómoda. Igualmente se debe tener en cuenta la confidencialidad: Como en todos estos programas se debe garantizar la confidencialidad evitando cualquier recelo, temor o defensa por parte de la persona. Se debe generar en el paciente el control de la posición y la acción muscular que son elementos a controlar a lo largo de los ejercicios.

En niveles avanzados pueden utilizarse ejercicios de imaginación como el hundimiento en el que se vivencia la sensación de peso del cuerpo y la burbuja imaginaria en al que se ejercita el control de los estímulos que provienen del ambiente.

En cuanto a la duración se recomienda un mínimo de 10 y un máximo de 45 minutos.

Tras la sesión de relajación debe dedicarse unos minutos para Auto evaluarse, normalmente utilizando una escala tipo likert evaluando el grado de relajación obtenido entre el 0 y el 10.

El número de sesiones es variable siendo recomendable la máxima frecuencia posible, una sesión al día, tres o dos a la semana. Siendo necesaria en estadios iniciales una frecuencia elevada.

La dirección de la sesión y el formato de la misma puede desarrollarse bien de forma individual o grupal, y con o sin la presencia del terapeuta. En las sesiones en que no esta presente puede utilizarse una cinta en la que estan grabadas las instrucciones precisas para que las personas puedan seguirlas y realizar los ejer-

cicios de manera autónoma. En las primeras sesiones se puede trabajar individualmente y luego hacerlo en grupo, y si bien en un primer momento conviene ser directivo a medida que avanza el autocontrol y la capacidad de relajarse conviene ser menos directivo, dar más papel al grupo y trabajar la generalización y el mantenimiento haciendo que el sujeto practique los ejercicios fuera de las sesiones y sin necesidad del terapeuta.

En las sesiones iniciales y con las personas que tienen algo de deterioro cognitivo requieren una supervisión y seguimiento más cercano.

El entrenamiento en relajación puede tener peligros y contraindicaciones en presencia de lesiones físicas, deterioro cognitivo, miedo y/o negativismo.

Se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Nunca hay que considerar el adiestramiento como un sustituto del tratamiento médico.
2. No es aconsejable para las personas que padecen alucinaciones, delirios u otros síntomas psicóticos.
3. Pueden producirse variaciones en la tensión arterial.
4. Los ejercicios de tensión – relajación ejecutados con un excesivo endurecimiento pueden provocar calambres.
5. Hay personas que tienen miedo a relajarse y a otras puede producirles angustia (sudoración excesiva, temblores, respiración rápida o inquietud general).
6. Algunas personas descubren que concentrarse en el cuerpo intensifica su percepción del dolor. Para ellas son más convenientes las técnicas mentales como la visualización o la meditación.
7. En la medida de lo posible eliminar las prótesis, lentillas, etc.

Para conseguir un buen nivel de relajación es indispensable mantener siempre el control del propio cuerpo, por ello es indispensable no dormirse para poder experimentar las sensaciones de forma consciente, aunque el sueño también relaja.

Algunos efectos negativos de la ansiedad son:

- Distorsión de la realidad.
- Malestar.
- Impide poner en marcha habilidades que se poseen, en las situaciones que se requieren.
- Bloqueo / precipitación en las respuestas.
- Responder tarde.
- No elegir la respuesta / habilidad más adecuada.
- Efectos comportamentales; agarrotamiento, rigidez, tics, tartamudeo, no encontrar la palabra adecuada, fallos de conducción, etc.

- Efectos físicos; úlceras, hipertensión, riesgos coronarios, malos hábitos, etc.

La relajación no es un lujo, es una necesidad. Es una técnica de autocontrol y mejor conocimiento de uno mismo.

Puede ser una experiencia nueva y desconcertante. Se está aprendiendo una nueva habilidad, como conducir o hacer deporte. Hemos aprendido a estar nerviosos, debemos aprender a relajarnos. Esto requiere tiempo.

Se pueden experimentar inicialmente sensaciones extrañas como hormigueos, flotar, son buenas sensaciones. producen una mayor conciencia física. Dejarse llevar por las sensaciones. Inicialmente se pueden abrir los ojos.

Debe hacerse hincapié en el análisis de los síntomas de la ansiedad como son;

#### SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS

- Ritmo cardíaco aumentado.
- Tensión arterial aumentada.
- Sudoración.
- Ritmo de coagulación sanguínea aumentado.
- Ventilación incrementada.
- Nivel de glucosa en sangre aumentado.

#### SÍNTOMAS SUBJETIVOS

- Dificultad para dormir.
- Tensión muscular (principalmente en cuello y hombros).
- Indigestión, estreñimiento, diarrea.
- Palpitaciones.
- Dolor de cabeza.
- Dificultad para concentrarse y tendencia a estar preocupado.
- Impaciencia; fácilmente irritable e irascible.

#### SÍNTOMAS DE LA CONDUCTA

- Mayor consumo de alcohol, tabaco, alimentos, etc.
- Pérdida de apetito o comer en exceso.
- Desasosiego.
- Pérdida de interés sexual.
- Tendencia a sufrir accidentes.

Otro aspecto importante es el identificar las partes del cuerpo que están relajadas y las que están tensas;

TEMA	RELAJADAS	NO RELAJADAS
<b>Respiración</b>	Respiraciones regulares y en menor número que las registradas en la línea de base.	Respiraciones irregulares y en mayor número que las registradas en la línea de base.
<b>Tranquilidad</b>	Sin sonidos audibles tales como suspiros, palabras ni movimiento.	Hablar, susurrar, suspirar, toser, roncar u otros sonidos audibles.
<b>Cuerpo</b>	Simétrico y totalmente apoyado sobre una superficie.	Mantener alguna parte torcida.
<b>Cabeza</b>	Inmóvil y apoyada con la nariz en medio.	Giros de cabeza u otros movimientos; cabeza sin apoyar o reclinada, nariz fuera de la línea media.
<b>Ojos</b>	Párpados ligeramente cerrados con los ojos inmóviles.	Ojos abiertos; o si están cerrados, moviéndose con rapidez debajo de unos párpados tensos y agitados.
<b>Boca</b>	Labios separados en el centro de la boca con los dientes separados.	Labios firmemente cerrados manteniendo los dientes juntos; o la boca abierta incómodamente.
<b>Garganta</b>	Sin actividad.	Tragar, torcerla o prepararse para hablar.
<b>Hombros</b>	Caídos y equilibrados entre sí; descansando contra un soporte.	Ambos encogidos o más altos que el otro; sin apoyarlos en un soporte.
<b>Manos</b>	Descansando ambas a los costados, sobre apoyos para los brazos o sobre el regazo; las palmas hacia abajo, y los dedos ligeramente encorvados.	Sujetas la una a la otra o apretadas formando puños o sujetando los apoyos para los brazos.
<b>Pies</b>	Cómodamente caídos hacia fuera, de modo que las puntas señalen hacia fuera.	Apuntando verticalmente, cruzados o excesivamente vueltos hacia fuera. (Rosemary A. Payne, 1996).

Entre las diferentes técnicas (físicas y mentales) recomendamos la aplicación, con personas mayores, de técnicas físicas, y en el caso de personas con deterioro cognitivo hacer hincapié en el control ambiental, la utilización de la música y de técnicas complementarias que favorecen la relajación como son el ejercicio físico, los estiramientos y los masajes.

La Relajación Muscular progresiva de Jacobson (1976) es una técnica que pretende que la persona sea capaz de identificar los estados de tensión o distensión en los distintos grupos musculares, y localizados los que están tensos favorecer o conseguir su relajación. Este objetivo se logra a través de la tensión y distensión de los diferentes grupos musculares prestando atención consciente a como se encuentra cada uno.

Etapas en la Relajación Muscular Progresiva de E. Jacobson, (Jacobson, 1976).

- **Respiración**

- Enlentecerla.
- Forma: Vientre, estómago, pecho.
- Tipo: Completa, integral.
- Relax.

- **Relajación**

- Física.
- 1. Tensar fuerte durante 5 segundos grupo muscular.
- 2. Notar dónde y cantidad de tensión.
- 3. Relajación.
- 4. Sentir sensación de relajación.
  - Diferenciación; Tensión / distensión
  - Grupos musculares que deben relajarse
- 1. *Manos*. Tensar las manos cerrando el puño y apretando..
- 2. *Antebrazos*. Doblar las manos por las muñecas, estirando los dedos hacia arriba..
- 3. *Bíceps*. Intentar tocarse los hombros con los puños respectivos, tensando los bíceps (antebrazo).
- 4. *Hombros*. Levantar los hombros como si se quisieran tocar las orejas.
- 5. *Frente*. Levantar la cejas al máximo posible.
- 6. *Rostro*. Arrugar la nariz y cerrar los ojos.
- 7. *Labios*. Apretar los labios uno contra otro.
- 8. *Lengua*. Apretar la lengua contra el paladar.
- 9. *Cuello*. Presionar la cabeza contra el respaldo de la silla o contra la almohada.
- 10. *Pecho*. Inspirar profundamente de modo que se expandan los músculos del tórax. Contener el aliento durante cinco segundos y después echarlo. Permitir que el ritmo respiratorio vuelva a ser normal y repetir el ciclo.
- 11. *Estómago*. Tensar, manteniendo hacia adentro, los músculos del estómago "aspirando" hacia la columna vertebral. Mantenerlo así durante cinco segundos y relajarlo. Permitir que se normalice la respiración y repetir.
- 12. *Espalda*. Hacer un arco con la espalda (separándola de la silla).

13. *Piernas y muslos.* Levantando las piernas de la silla o de la cama, tensar los músculos de los muslos

14. *Pantorrillas y pies.* Llevar los dedos del pie hacia atrás, tensando los músculos de las pantorrillas.

• **Parada de pensamiento**

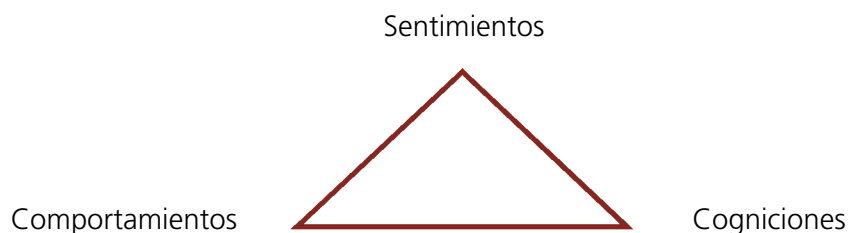
- cognitiva.
- Relajación de la mente.
- Imagen o recuerdo favorito o relajante.
- Aprovechar los sentidos. Imagen real.
- Recordar que se está relajado y disfrutarlo.

• **Relajación sin tensión**

- Música.
- Repaso soltando sin tensar.
- Estoy relajado.
- Mantras; sonoros (om, paz). Visuales (llama, rosa).

**5.2.2.2. Programa cognitivo-conductual para trastornos depresivos**

La terapia cognitivo conductual parte de la constatación de la interacción constante entre la cognición, el comportamiento y los estados emocionales de los sujetos.



**Objetivos generales**

1. Adquirir habilidades (estrategias conductuales y psicológicas que permitan enfrentarse de manera adecuada a diversas situaciones) para el control del estado de ánimo.
2. Controlar el estado de ánimo y el humor, y experimentar la relación que existe entre éstos y las actividades positivas.

3. Aumentar la frecuencia de actividades positivas y agradables, y su variedad, y disminuir las que no conlleven satisfacción.
4. Fomentar la participación en grupo, promoviendo entre otros el sentimiento de cohesión y pertenencia.
5. Aprender y examinar los propios pensamientos y sentimientos, adecuándolos a la realidad, y replanteando ideas, creencias y atribuciones.
6. Aprender y desarrollar habilidades sociales y de comunicación.
7. Reforzar selectivamente. Aumentar el refuerzo en aquellas conductas adaptativas y autónomas, y disminuirlo en las que expresan dependencia.

Partiendo de los principios conductual-cognitivos, las técnicas a utilizar serán:

### **Técnicas conductuales**

- Reforzamiento, de los aprendizajes, cambios positivos y actitudes, ideas y comportamientos adaptativos.
- Extinción, de lo negativo y desadaptativo.
- Feedback.
- Práctica progresiva.

### **Técnicas cognitivas**

- Reatribución, para explicar ciertos hechos con realismo.
- Comprobación de evidencias contrarias y/o acordes a ciertas ideas.
- Análisis de las consecuencias derivadas de mantener ciertas ideas e interpretaciones.

A través de explicaciones, ejemplos y tareas, los objetivos de cada apartado del programa se trabajaran lentamente, desglosándolos en partes sencillas y recompensadas, se trata de no mantener posibles ideas y sensaciones de fracaso ante metas difíciles de alcanzar

El trabajo se realizará en grupos de entre 6 y 10 personas, que se reunirán en dos sesiones semanales de hora y media de duración a lo largo del curso (Octubre a Junio) La frecuencia podrá hacerse semanal cuando el curso avance.

### **Contenidos**

- Inicialmente, explicación acerca de los trastornos depresivos y del tratamiento, enfocándolo como ayuda para mejorar el bienestar y no como "terapia antidepresiva".



- Autoobservación y registro de actividades diarias, y del humor asociado a ellas. Planificación personal de objetivos sencillos y recompensas concretas para ir aumentando el nivel de actividades reforzantes.
- Ejemplificación de la conexión entre pensamientos y estado de ánimo, con casos surgidos en el grupo o propuestos por el monitor.
- Autoobservación y registro de pensamientos surgidos a raíz de hechos cotidianos y de los sentimientos a ellos asociados.
- Estudio de las distorsiones específicas del pensamiento a través de explicaciones ejemplos concretos. Se comprobaba su influencia en los sentimientos, para después generar alternativas mediante técnicas cognitivas (ver metodología).

Algunas de las distorsiones cognitivas a modificar si se detectan a lo largo de las sesiones son:

- Inferencia arbitraria: sacar conclusiones de situaciones y hechos sin evidencia suficiente.
- Abstracción selectiva: enjuiciar una realidad a partir de detalles aislados, sin considerar otros detalles importantes.
- Sobregeneralización: sacar conclusiones a partir de hechos concretos y aplicarlas a situaciones no relacionadas con esos hechos.
- Magnificación de los problemas y dificultades, y minimización de las capacidades y posibilidades personales.
- Personalización: relacionar hechos extremos con uno mismo sin tener evidencia suficiente.

### **Procedimientos de intervención en depresión en la edad avanzada** (Navia, V. y Ramallo, F., 1999)

#### **1. Para los objetivos cognitivos**

- Reestructuración cognitiva.
- Pruebas de realidad.
- Terapia Racional Emotiva.
- Técnica de distanciamiento.
- Ejercicios de atribución de responsabilidad.
- Programa de actividades positivas o gratificantes.
- Ejercicios de autoevaluación de Rehm discusión de expectativas poco realistas, definición y determinación de metas, discusión de ideas perfeccionistas.
- Entrenamiento en autorrefuerzo.
- Entrenamiento en técnicas de solución de problemas.

## 2. Para los objetivos afectivos

- a) Para apatía, vacío, abatimiento, etc.
  - Asignación de tareas graduadas.
  - Programación de actividades gratificantes.
  - Ejercicio de estado de ánimo y número de actividades de REM.
- b) Para ansiedad y miedo.
  - Técnicas específicas: Entrenamiento en Inoculación de Estrés (SIT), Desensibilización sistemática (DS), Exposición en vivo, etc.
- c) Para ira, enfado, etc.
  - Entrenamiento en autocontrol y SIT.
  - Reestructuración cognitiva y entrenamiento en asertividad.
- d) Para tristeza y culpa
  - Identificar y reestructurar pensamientos negativos y desesperanza.
  - Programación de actividades gratificantes.
  - Ejercicios de retribución de la responsabilidad .

## 3. Para los objetivos conductuales y motivacionales

- Reestructuración cognitiva.
- Ensayo cognitivo.
- Programación de actividades (y de actividades tincantes).
- Asignación de tareas graduadas.
- Asignación de grado de dominio y placer de las actividades de Rehm.
- Ejercicios de estado de ánimo y actividad de Rehm.
- Reestructuración de pensamientos asociados a las conductas problema.
- Entrenamiento en técnicas de resolución de problemas.
- Entrenamiento en asertividad y/o habilidades sociales.
- Eliminar profecías autocumplidas.
- Exposición en vivo para las conductas de evitación.
- Registros de expectativas de placer, dificultad y eficacia.

## 4. Para los objetivos en el medio del sujeto

- Entrenamiento a familiares y amigos en refuerzo diferencial
- Programa de control para las quejas

- Entrenamiento en asertividad para la familia (para disminuir agresividad y críticas)
- Disminución de los sucesos aversivos y/o entrenamiento en habilidades de enfrentamiento al estrés

## 5. Para los objetivos vegetativos

Suelen remitir al mejorar el estado de ánimo y al ir consiguiendo los anteriores objetivos, aunque a veces hay que diseñar programas de intervención específicos, por ejemplo, para los problemas del sueño.

### 5.2.2.3. Programa de Reminiscencia

Se considera como tal al uso de eventos pasados como punto de contacto e interés con el presente y se aplica tanto a personas sin deterioro como con las personas con deterioro cognitivo.

Respecto a su efectividad, algunos autores (Thornton y Brotchie, 1987; Woods y McKiernan, 1995) analizan cambios a nivel cognitivo y conductual. Baines, Saxby y Ehlert (1987) observan aumento de interacción entre personal y las personas mayores. Gibson (1994) encuentra disminución de conductas disruptivas en personas con deterioro cognitivo. Coleman (1974) realiza una clasificación de tres tipos de reminiscencia:

**R. Simple:** el recuerdo del pasado provee una fuente de fortaleza y autoestima personal en el presente.

**R. Informativa:** el recuerdo de hechos pasados se usa como camino para la adquisición y el recuerdo de contenidos.

**Historia de vida:** el análisis de los recuerdos puede ayudar a integrar una imagen apropiada de uno mismo cara a la muerte. Watt y Wong (1991), asumen una relación simple y lineal entre reminiscencia y el bienestar, y la clasifican en 5 tipos.

**Integrativa:** pretende dar sentido a la relación de la persona con su pasado.

**Instrumental:** aprovecha las experiencias vividas para la resolución y el afrontamiento de problemas actuales.

**Transmisora:** transmite a una generación más joven conocimiento y valores perdurables en el tiempo que vivió.

**Narrativa:** descripción de hechos pasados para adquirir información biográfica y por el placer de narrarlos.

**Evasiva:** se utiliza la fantasía de algunos recuerdos para “escapar” de la situación actual.

**Obsesiva:** se observan ciertos problemas individuales para integrar situaciones problemáticas pasadas.

Algunas de las técnicas y materiales que se emplean para favorecer la evocación de los recuerdos en la persona mayor son:

- Preguntas sobre hechos pasados.
- Técnicas de dramatización.
- Actividades de dibujo, pintura y collage.
- Manipulación de objetos.
- Realizar listas (compras, materiales).
- Mapas.
- Música y sonidos de juventud.
- Excursiones a lugares conocidos.
- Realizar actividades.
- Entonces y ahora.
- Las cosas que aprendieron de memoria.
- Sentidos: gusto, tacto y olfato.
- Fotografías.

Respecto a la metodología se considera mejor:

- Realizarla en grupos pequeños y homogéneos según el deterioro.
- Necesaria información previa de la vida de los participantes.
- Duración aproximada de una hora.
- No es una clase de historia.
- Mejor si giran entorno a un tema principal.
- Lugar confortable, atendiendo a los déficit sensoriales.

### **ASPECTOS Y CAPACIDADES A VALORAR RELACIONADAS CON LA MANERA EN QUE AFRONTAMOS LA VIDA**

1. Atreverse a ser diferente
2. Disfrutar de las cosas pequeñas
3. Controlar los pensamientos
4. No compararse con los demás
5. Vivir el presente
6. Hablar en positivo
7. Ver el lado bueno de las cosas
8. Tomarse las cosas como vienen
9. Tener sentido del humor
10. Ser flexible
11. Abandonar los complejos
12. Marcarse metas realistas
13. Ser objetivo consigo mismo
14. Hacer planes, proyectarse en el futuro
15. No perder la esperanza



#### **5.2.2.4. Programa de Musicoterapia**

La musicoterapia puede emplearse para ayudar a otros tratamientos o como terapia independiente, y tanto en rehabilitación, mantenimiento de las actividades de la vida diaria, gimnasia y psicomotricidad, como en el trabajo cognitivo y psicoafectivo en la elaboración de duelo, etc.

Las habilidades musicales parecen no ser afectadas en etapas iniciales o moderadas de las demencias (Ruth Bright, 1991). Y no se requieren especiales habilidades o conocimientos de música.

#### **Bases Conceptuales**

Un aspecto que hace de la musicoterapia una terapia versátil es la individualidad de las respuestas ante la música. Además el amor por la música no se pierde, aquellas personas que refieren que les gusta la música poseen un componente motivacional añadido para el buen pronóstico en su adhesión al tratamiento.

Es aplicable como técnica terapéutica a gran cantidad de personas puesto que la función musical puede estar conservada en personas mayores con accidentes cerebro - vasculares, parkinson o Alzheimer hasta estadios moderados.

La música no siempre une, diferencias generacionales y de gusto sobre los distintos tipos de música puede derivar en una falta de resultados por que no se identifican con la música seleccionada.

Se ha descrito la musicoterapia como indicada entre otros en depresiones graves o sintomatología depresiva, procesos de duelo, en pérdidas como amputaciones, traumatismos, para reforzar la movilidad y la marcha, en dificultades respiratorias y en procesos post-operatorios.

La musicoterapia da la posibilidad de expresar, aportando el vehículo de la música, incluso sentimientos de ira (golpeando tambores). Favorece el mantenimiento de la atención, la motivación y el aprendizaje, así como el movimiento y la expresión de sentimientos.

En los últimos momentos de la vida en pacientes terminales la música puede suponer un medio idóneo para hacer una visión retrospectiva de la vida y como técnica relajante.

#### **Objetivos Generales**

- Cambio de comportamiento.
- Disminución de trastornos del comportamiento.
- Favorecer la socialización y prevenir el aislamiento y la soledad.
- Favorecer la sensación de individualidad.
- Integración de personas con déficit visual.

- Favorecer la expresión y la rehabilitación en personas con afasia.
- Contribuir al entrenamiento cognitivo.
- Estimular la reminiscencia.
- Complemento de otras terapias.
- En personas con afasia existen técnicas específicas como “la terapia de entonación melódica” (Sparks y Cols, 1974), que pretenden a través de la música la estimulación del hemisferio derecho y favorecer el establecimiento de un lenguaje comunicativo.

### **Metodología**

Es muy recomendable que en los primeros contactos con la persona se le cuestione sobre sus gustos musicales, conocimiento, experiencias anteriores, canciones favoritas, región, idioma, etc., de tal manera que esta información sea la que nos sirva de guía para la confección del programa terapéutico y la selección de las músicas adecuadas para cada grupo o persona.

La terapia puede aplicarse desde una o dos sesiones, durante varios meses 2-6 o de forma continuada según los fines de las misma o según se entienda de mantenimiento de rehabilitación.

El formato de aplicación puede ser individual y en grupo siendo este último el más habitual y recomendable en personas mayores.

En la selección de los componentes del grupo debe tenerse en cuenta el nivel cognitivo, intentando que sean lo más homogéneos posible.

Respecto al tamaño del grupo intentaremos que en aquellos en los que las personas tengan un deterioro moderado no sobrepasen de 5 componentes. En definitiva la composición debe ser tal que todos puedan ver lo que está pasando, oír la música y lo que dicen los demás componentes y el terapeuta e interactuar entre sí.

Una disposición adecuada es la de formar un círculo o semicírculo y que el terapeuta se sitúen en la mitad. Se debe favorecer la oportunidad de elegir la música a utilizar en la sesión. Pueden utilizarse varios estímulos, por ejemplo a través de un dibujo o una fotografía preguntar qué música les sugiere. Es deseable que en algunas sesiones participen también los familiares que pueden aportar mayor interacción y riqueza a la sesión.

Algunas de las actividades a realizar pueden ser:

- Hacer música. Tocar instrumentos de forma espontánea o acompañando a una grabación.
- Música recreativa.
- Cantar. Coro.



- Audiciones. Específicas, centradas en un tema o variadas.
- Producción de sonidos, a través de instrumentos u bucales, corporales (palmas, tacones).

## ÁREAS DE TRABAJO

ÁREA	ACTIVIDADES
<b>ORIENTACIÓN</b>	Temporal: Músicas de la época como carnavales, villancicos en Navidad. Himno del Santo del día. Espacial: Música de la tierra; trikitixa, sardana, jotas. Con el idioma de la región. Personal: Músicas que mencionen nombres de personas. De grupos, autores o cantautores conocidos. Canciones con un significado especial para la persona.
<b>FUNCIONES INTELLECTUALES MEMORIA</b>	Repetición de la letra, recuerdo de la letra, autor... Completar la palabra que falta. Reminiscencia: Aprovechar la canción para evocar recuerdos sobre la época, estilos de vida, tipos de música, etc. Para personas con deterioro cognitivo moderado utilizaremos ritmos marcados y letras que sepan o tengan automatizadas, simples (oraciones).
<b>ACTIVIDAD FÍSICA PSICOMOTRICIDAD</b>	Jugar con diferentes ritmos y asociaciones ritmo-acción, clave-acción. Repetición de ritmos. Baile. Movimiento libre y espontáneo. Juegos adaptados de deportes (encestar).
<b>RELACIONES SOCIALES</b>	Conversaciones. Ejercicios que requieran cooperación. Juegos por equipos sólo entre residentes, con familiares y personal.
<b>FUNCIONES PSICOAFECTIVAS (Depresión, Ansiedad)</b>	Músicas que por su ritmo y/o melodía evoquen relajación o activación. Canciones que de la letra se extraigan manifestaciones de tristeza, alegría, expresión de sentimientos.
<b>TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO</b>	Música relajante, de ritmo lento y regular, sin grandes cambios para inducir relajación. Música alegre, de ritmos alegres y cambiantes, con letras alegres para inducir activación.
<b>ORGANIZACIÓN DEL DÍA</b>	Según el momento del día.

Las asociaciones personales con la música pueden evocar sentimientos de tristeza o paradójicos; no se deben ignorar estos sentimientos ya que una de las fortalezas de la música es precisamente el poder de movilizar recuerdos y sentimientos. En ocasiones nos encontramos discrepancias entre el contenido emotivo de una canción y las asociaciones personales que se generan con la misma.

## Aplicabilidad En Cuadros Específicos

### Enfermedad de Parkinson

Presenta un trastorno de la marcha que se caracteriza por una falta de balanceo de los brazos, el cuerpo inclinado hacia delante, dificultad para iniciar los movimientos, cuando los realiza son rápidos y cortos, lentitud de movimientos (bradikinesia), falta de expresión facial, temblor de manos, principalmente en reposo.

Con estas personas es recomendable la utilización de música con ritmos muy marcados que contrarresta la bradikinesia y le permite acompañar sus rápidos movimientos. Requiere el cambio frecuente de música. Andar hacia atrás frente a ella puede favorecer que camine hacia nosotros.

Personas que tienen dificultades para el habla pueden beneficiarse de la música para cantar o recitar.

Existe mayor precisión en los movimientos y menos temblor si están en movimientos, para lo cual pueden ser recomendable acciones como tocar el tambor.

Pueden presentarse trastornos emocionales para lo cual es beneficiosa también la música, hay que tenerlos muy en cuenta porque pueden perjudicar la función motora. Hay que buscar ejercicios que logren habitualmente el éxito y evitar el fracaso.

### Accidente Cerebro Vascular

Las consecuencias de un accidente cerebro vascular (ACV) pueden ser múltiples en función de la localización y extensión del área afectada:

- Amusia. Pérdida de la función musical.
- Afasia.
- Agnosia. En pacientes agnósicos son más recomendable las audiciones musicales que la producción musical, debido a su déficit para reconocer objetos y para comprender su uso.
- Apraxia. Presentan déficit en la realización de movimientos planificados, por lo que los ejercicios no requerirán instrucciones de cómo realizarlo. Por ejemplo tocar la pandereta o el tambor de forma libre y espontánea.
- Trastorno cerebeloso. Presentan déficit en el equilibrio y en la coordinación. La música puede proporcionar el ritmo necesario para reducir el impacto de los problemas de equilibrio y coordinación.
- Trastornos emocionales.
- Trastornos de la marcha. Con la música reforzaremos el aspecto rítmico de la marcha.
- Hemianopsia.

- Heminegligencia.
- Perseveración. La persona se queda "enganchada" repitiendo las mismas palabras o actos.
- Trastorno propioceptivo. Presentan un déficit de la conciencia de los estímulos que recibe de su propio cuerpo (posición en el espacio). Es de utilidad la utilización de instrumento de percusión en los que se perciban las vibraciones p.e. de un tambor. También la colocación de estímulos sonoros en partes del cuerpo que den una pista sonora de cuándo se mueven.

Son recomendables ejercicios como completar, títulos de canciones, realizar movimientos siguiendo la música, cantar canciones muy conocidas y automatizadas con muchos gestos, adivinar la canción tras la presentación de una figura significativa en ésta y después cantarla o tocarla.

### **Ante la agresividad**

Para abordar la agresividad desde la música podemos poner directamente música tranquilizadora y controlar a su vez otras variables ambientales como la luz el paso de personas, los movimientos, etc. Christoph Rieger (1991) propone sin embargo "empezar escuchando música kinésica (rítmica, de movimiento) y agresiva como "Le sacre du printemps" de Stravinsky, seguir con música motora de Bach para pasar al estado de ánimo opuesto y acabar dejándonos mimar y sosegar con una melodía suave de César Franck". Esto es, el primero transmite agresividad para desahogarse, el segundo estimula y el tercero relaja. Asimismo propone combinar movimientos como "preludio y fuga".

### **Características del Musicoterapeuta**

El terapeuta que desarrolle las sesiones debe poseer algunas características y conocimientos que garanticen el buen resultado de la misma, entre estas se encuentra el tener conocimientos de música y sensibilidad hacia ella, y conocimientos sobre las personas con las que quiere intervenir, gustos y preferencias, situación física y afectiva, contacto anterior con la música, etc.

Es aconsejable que sepa tocar algún instrumento porque esto le facilitará la agilidad para realizar los diferentes ejercicios, margen de improvisación, y muchos más recursos para la aplicación de la terapia.

Son necesarias las habilidades de comunicación y de manejo de situaciones conflictivas, así como habilidades de dirección de grupos, puesto que la terapia generalmente la aplicaremos en este contexto.

RECOMENDACIONES

TEMA	AUTOR	OBRAS
VEJEZ, SABIDURÍA	Wolfgang Amadeus Mozart	Sinfonía en sol menor Sinfonía de Júpiter Ópera Cosi fan tutte La flauta mágica Réquiem
	Franz Schubert	Sinfonía nº 8 Sonata para piano en sí bemol mayor
	Frédéric Chopin	Nocturnos, Mazurcas y Valses
	Ludwing van Beethoven	Sonata para piano nº 32
	Johannes Brahms	Composiciones para piano op. 118 y op. 119
	Igor Stravinsky	Sinfonía de los salmos
	Jean Sibelius	Sinfonía nº 6, nº 7
	Giuseppe Verdi	Aida, Othelo, Falstaff, Ave María
	Franz Schubert	Auf Wasser zu singen
AGRESIVIDAD	Johann Sebastian Bach	Tocata y fuga Fantasía cromática y fuga
	Igor Stravinsky	Le sacre du printemps
	Nikolai Rimski-Kórsakov	La muchacha de Pskow
	Modest Mussorgski	La cabaña de Baba Yaga Una noche en la montaña pelada
	Alexander Skrjabin	Sonata para piano nº 7
	Sergej Prokofiev	Danza del Caballero (Romeo y Julieta) La batalla sobre el lago helado (Alexander Nevski)
	Aram Chatschaturjam	Danza del sable del ballet Gajaneh
	Piotr Illic Tchaikowsky	Obertura 1812
	Béla Bartok	Suites El principe de madera y El mandarín maravilloso
RELAJACIÓN	J.S. Bach	Concierto nº 5 de Brandenburgo Conciertos para violín
	W.A. Mozart	Larghetto del Quinteto en mi bemol mayor para piano e instrumentos de viento KV 542. Quinteto para clarinete KV 581. Quinteto para armónica, flauta, oboe, viola y cello Kv 616

<b>RELAJACIÓN</b>	Beethoven	Sinfonía nº 4 en si bemol mayor. Adagio. Concierto nº 4 para piano en sol mayor
	Franz Schubert	Quinteto para instrumentos de cuerda en do mayor
	Félix Mendelssohn-Bartholdy	Concierto para violín en mi menor. El sueño de una noche de verano
	Antonín Dvorák	Concierto para violín
	Samuel Barber	Adagio para cuerda
	Gustav Mahler	Sinfonía nº 4 (dos últimos movimientos)

(Extraído de C. Rueger, 1991)

### 5.2.3. Manejo de trastornos de la conducta en Centros de Día para personas mayores

Una de las dificultades que pueden surgir al atender a personas mayores con algún tipo de dependencia se relaciona con los trastornos del comportamiento. Estos suelen aparecer en mayor o menor medida, especialmente en el caso de pacientes afectados de demencia.

En instituciones que atienden a personas mayores, como residencias o centros de día, los trastornos conductuales de algunos usuarios dificultan en ocasiones la labor del personal, y reducen el bienestar de quienes los padecen.

El **enfoque conductual de la Psicología** estudia el comportamiento y las circunstancias en que se produce, para, modificando esas circunstancias, lograr cambios en las conductas problemáticas: que aparezcan, se mantengan, aumenten o disminuyan (Izal, M.; Montorio, I. (eds), 1999).

Se ha comprobado que las conductas de personas con demencia responden en gran medida a las leyes establecidas por el enfoque conductual. Por ello, y sin pretender aportar soluciones universales, proponemos un método que debe adaptarse a las circunstancias de cada caso, a partir de unos principios generales.

#### 5.2.3.1. El Comportamiento Humano

Las investigaciones sobre la relación estímulos-respuestas, y las teorías y modelos de aprendizaje (condicionamiento, aprendizaje por observación...), están en la base de las técnicas incluidas en el modelo conductual. Dichas técnicas se utilizan para intervenir ante problemas debidos a déficits y/o a excesos de conducta.

### 5.2.3.1.1. Tipos de respuesta

Las respuestas humanas pueden ser de tres tipos:

- **Motoras:** consisten en movimientos voluntarios: parpadear, llevarse la cuchara a la boca, gritar, levantarse de la silla...
- **Fisiológicas:** respuestas involuntarias (dependen del sistema nervioso autónomo): respiración agitada, sudoración, pulso acelerado ...
- **Cognitivas:** se consideran respuestas encubiertas o no observables, que acompañan a la conducta motora y/o a la fisiológica: tener ciertos pensamientos, imágenes mentales...

### 5.2.3.1.2. Análisis Funcional

Consiste en:

- A. Describir la conducta o respuesta (motora, fisiológica o cognitiva)
- B. Establecer las relaciones entre ésta y las circunstancias en las que se produce. Estas circunstancias son:
  - Antecedentes (o "estímulos"): circunstancias relacionadas funcionalmente con la respuesta (más o menos "provocándola"). Pueden ser:
    - Externos (el frío, algo que se escucha o que se ve).
    - Internos (un deseo, un recuerdo, la sed...).
  - Factores individuales: circunstancias propias de la persona: sus capacidades, conocimientos y aprendizajes, el nivel de motivación, su salud o enfermedad...
  - Consecuencias: circunstancias que ocurren inmediatamente después de una conducta y que influyen en que ésta se repita, disminuya o desaparezca: una caricia, un elogio, una bronca, sentir vergüenza, asustarse...

En resumen:

ANÁLISIS FUNCIONAL DEL COMPORTAMIENTO			
ANTECEDENTES	FACTORES INDIVIDUALES	CONDUCTA O RESPUESTA	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Externos</li> <li>• Internos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidades</li> <li>• Conocimientos</li> <li>• Estado físico</li> <li>• Estado de ánimo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De "movimiento"</li> <li>• Autonómicas</li> <li>• Cognitivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Externas</li> <li>• Internas</li> </ul>

### **5.2.3.2. Técnicas para establecer o para aumentar conductas**

#### **5.2.3.2.1. Reforzamiento positivo**

Tras una conducta se produce una consecuencia que recompensa a quien la ejecuta. Las consecuencias de la conducta que producen un aumento de su frecuencia o de su intensidad se llaman reforzadores.

- Los reforzadores pueden ser:
  - Primarios (comida...).
  - Secundarios (un regalo, un premio, algo material).
  - Sociales (sonrisas, afecto, elogios...).
  - De actividad (hacer algo agradable como recompensa de otra conducta...).
- El reforzador debe ser verdaderamente recompensante para la persona, si no, no funciona; si se “cansa” de un reforzador, debe sustituirse por otro.
- Para obtener el refuerzo debe producirse la conducta. Conviene que la persona sepa a cambio de qué obtendrá el refuerzo. Al principio, cada vez que se produce la conducta, aunque no sea correcta, el refuerzo se debe dar inmediatamente (reforzamiento continuo).
- Cuando la conducta ya se está produciendo habitualmente, se puede dar reforzamiento alternadamente (intermitente), e ir eliminándolo poco a poco.

#### **5.2.3.2.2. Reforzamiento negativo**

Cuando tras una conducta se produce como consecuencia el **evitar** o **escapar** de algo desagradable, la conducta tiende a repetirse. Más que como técnica a utilizar activamente con personas mayores, debemos considerar el reforzamiento negativo al analizar la conducta, ya que algunos comportamientos problemáticos se mantienen porque “sirven” a la persona para evitar situaciones temidas, desagradables, etc.

#### **5.2.3.2.3. Moldeamiento**

Aprendizaje por “aproximaciones sucesivas”. Cuando una conducta es compleja y no aparece fácilmente, no conviene esperar sin más a que ocurra para reforzarla. Se deben ir reforzando los pasos sucesivos que llevan a la realización de una conducta completa:

- Se establece cuál debe ser la conducta “objetivo” (comer sin ayuda, por ejemplo...).
- Se divide esa conducta en otras muy sencillas (mirar la cuchara, agarrarla, llevarla a la boca...).

- A lo largo del tiempo que sea necesario, se da reforzamiento positivo a la conducta más sencilla (a poder ser, que ya esté en el repertorio de conductas de la persona) y para el resto, se da ayuda.
- Una ayuda eficaz para la ejecución de conductas es la **instigación**: ayudarle a realizar la conducta, bien físicamente, o con explicaciones verbales.
- Cuando la persona es capaz de realizar alguna de las conductas “sencillas”, se retira el refuerzo y se pasa a solicitar la siguiente conducta, reforzándola inmediatamente. Así hasta que realice todos los pasos y complete la conducta-objetivo.

No hay que olvidar que en personas dependientes pueden existir factores que dificulten la ejecución de ciertas conductas. Será necesario entonces ayudarle a salvar ciertos obstáculos, a través de prótesis, ayudas técnicas en el baño, uso de cubiertos y/o platos adaptados para facilitar su manipulación...

#### **5.2.3.2.4. Modelado**

Establecer o aumentar una conducta, haciendo que la persona vea a otra realizarla y obtener reforzamiento a continuación.

- Debe ser posible para la persona realizar las conductas que observa en la otra (en el modelo).
- El modelo observado debe ser parecido a la persona que está aprendiendo (en cuanto a edad, sexo, capacidades...) o bien tener buena relación con ella.
- Cuando se produzca la imitación, ésta debe ser reforzada inmediatamente.

#### **5.2.3.3. Técnicas para reducir o para eliminar conductas**

##### **5.2.3.3.1. Extinción**

Cuando una conducta que estaba siendo reforzada deja de obtener reforzamiento (se eliminan las consecuencias que la seguían) esa conducta tenderá a desaparecer.

- Cuanto más “establecida” o arraigada esté una conducta más difícil será extinguirla.
- Quizás al dejar de reforzarla (por ejemplo, dejar de hacerle caso siempre y cada vez que se queja) la conducta aumentará en intensidad y frecuencia, en un intento de “recuperar” el reforzador perdido.
- Pese a las dificultades, hay que mantenerse firmes en la no aplicación de refuerzo.
- Conviene dar refuerzo a cualquier conducta adecuada que se produzca en lugar de aquélla que se quiere extinguir.



Hace falta saber que ciertas conductas adecuadas pueden ser extinguidas involuntariamente, cuando consideramos a la persona incapaz, o porque tarda mucho en hacerlas... En casos así, se dejan de reforzar ciertas respuestas y acaban desapareciendo.

#### **5.2.3.3.2. Castigo**

Consecuencia molesta o desagradable que se produce tras cierta conducta. Ante esta consecuencia, si se repite siempre, la conducta tenderá a desaparecer. Es importante no utilizar el castigo como técnica para eliminar conductas en personas mayores.

Pero hay que saber que ciertas conductas adecuadas, pueden estar obteniendo consecuencias "castigantes" sin que nos demos cuenta: gritar a alguien cuando intenta hacer algo porque creemos que tiene peligro, o que lo hará mal; hacer comentarios despectivos o ridiculizarle...

En otros casos, creyendo utilizar un castigo (reñir a alguien) podemos estar reforzándole, porque quizá esa riña es la única atención que recibe la persona.

Una técnica útil tanto para estimular como para reducir ciertas conductas es la del **control de estímulos**: a veces, algo que ocurre en el entorno en que se produce una conducta puede infuirla más que las consecuencias que la siguen.

Es el caso de comportamientos erráticos, como el de la deambulación, que no siempre tienen un objetivo específico, ni se relacionan con las consecuencias de la conducta en sí.

Otras conductas relacionadas con la agitación o el nerviosismo, por ejemplo, pueden estar influidas por el ruido, el desorden, cambios en las costumbres cotidianas... Sin embargo, un tono de voz agradable, el orden, una música suave, iluminación adecuada..., pueden favorecer conductas adecuadas.

#### **5.2.3.4. Intervención**

Seguir los siguientes pasos es fundamental para conseguir un adecuado manejo de las conductas problemáticas:

- Establecer y describir cuál o cuáles son las conductas problemáticas que queremos manejar o modificar: cómo se produce exactamente, con qué frecuencia e intensidad...
- Observar las circunstancias que se producen **antes y después** de la conducta.

Es importante anotar o registrar lo que se haya observado.

- analizar las observaciones realizadas, para comprobar qué relación puede haber entre esa conducta y las circunstancias que se producen antes (**antecedentes**) y después (**consecuencias**) de que aparezca.

- Establecer qué pretendemos modificar y cuáles serán las técnicas o las pautas a emplear para cambiar las circunstancias que influyen en la conducta.
- Por último, hará falta **actuar estrictamente** en base a las pautas que se haya decidido seguir. En este sentido, es muy conveniente informar a la familia o cuidadores habituales de la persona atendida, transmitiéndole cuál es la situación y cómo debería actuar para mantener una línea coherente con la intervención diseñada.

## ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO: CASOS EJEMPLO

### CASO 1

A Laura le gustan los elogios de María; está en la sala de terapia y oye **la voz de María**, que se acerca; Laura coge la labor, que tenía un poco abandonada, y **EMPIEZA A TEJER**. Entonces María **le sonríe y le muestra su admiración** al ver cómo está tejiendo.

### CASO 2

Angel parece no aceptar el tener que acudir al centro de día. Al **escuchar el nombre de su hija**, como otras veces, **LLORA Y SE QUEJA**. Quienes le acompañan sienten pena, y entonces **le rodean hablándole con dulzura y acariciándole**.

### CASO 3

Hoy están viendo **fotos de sus familiares**, y Angel **COMIENZA A LLORAR** al ver la de sus nietos; sus compañeros de hoy piensan que cuanto más caso le hacen es peor. Le escuchan pero siguen viendo las fotos y **no le hacen demasiado caso**.

### CASO 4

Pedro teme caerse de nuevo y no quiere ni levantarse de la silla para empezar a dar unos pasos como sugirió el médico. Cuando **ve que se acerca quien habitualmente le atiende**, le entra el MIEDO y **EMPIEZA A GRITAR**. Para no "hacerle sufrir" **le deja tranquilo** diciendo que otro día será.

### CASO 5

Cada vez que Francisca **se fija en algo que le parece un poco sucio o desordenado**, a pesar de que está LEVEMENTE incapacitada, **INTENTA LEVANTARSE** para limpiar u ordenar... Inmediatamente, su hija **le da un grito riñéndole** para evitar que "se moleste".

**REGISTRO DE ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO**

ANTECEDENTE	COMPORTAMIENTO	CONSECUENCIA	TIPO
1.-			
2.-			
3.-			
4.-			
5			
<p><b>R+ ( Refuerzo Positivo).</b> Una consecuencia RECOMPENSANTE que hace que la conducta se mantenga o que vaya a más.  <b>R- ( Refuerzo Negativo).</b> Eliminar o evitar algo DESAGRADABLE, lo que hace que la conducta se mantenga o aumente.  <b>C (Castigo).</b> Una consecuencia "mala" que hace que la conducta vaya a menos.  <b>E (Extinción).</b> No hay ninguna consecuencia "ni buena ni mala", lo que hace que la conducta vaya a menos.</p>			

### 5.2.3.5. Pautas concretas ante problemas específicos de conducta

En este apartado se describen algunas situaciones problemáticas relacionadas con el comportamiento de ciertas personas mayores, especialmente de aquellas afectadas de demencia.

Las pautas ofrecidas, que se basan en el enfoque conductual principalmente, deberían adaptarse a cada caso particular. Esquemáticamente, este apartado contiene:

- Descripción del problema
- Causas posibles
- Cómo prevenir o reducir la gravedad del problema
- Cómo actuar si la situación se produce

Los problemas principales son:

1. Conductas agresivas
2. Conductas depresivas
3. Conductas relacionadas con agitación y ansiedad
4. Deambulacion
5. Alucinaciones-delirios

Completaremos este apartado con un resumen de consejos para algunas otras conductas y situaciones problemáticas:

- Conductas inapropiadas
- Ideas o intentos suicidas

#### 1. CONDUCTAS AGRESIVAS

Se trata de reacciones de enfado, con posibilidad de :

- Agredir física y/o verbalmente (o al menos intentos de agresión, en ocasiones incluso contra sí mismo)
- Arrojar/romper objetos
- Dar golpes
- Gritar
- Lanzar amenazas...

#### Causas posibles

Concretamente en personas con algún grado de demencia, las causas que provocan agresividad pueden ser muchas:

- Si no hay una causa muy visible que parece desencadenar la reacción hay que comprobar si la persona está molesta (frío, calor, dolor...) o si algún tratamiento médico le puede estar provocando estas reacciones.
- Siente impotencia y frustración cuando comprueba que le cuesta o no puede hacer, decir, entender... algo que desea; o bien se le está pidiendo hacer algo y no lo entiende o se siente presionado pero le resulta imposible.
- Se produce un cambio en las costumbres cotidianas y le cuesta adaptarse a lo nuevo (traslados, cambio de lugar en el que hacer algo habitual ...)
- Siente que se le está invadiendo cuando se pretende que haga algo que no quiere, le asusta, o que acostumbraba hacer en la intimidad (el aseo, las curas...)

### **Prevenir o reducir la gravedad del problema**

- Asegurarse de que no haya causas físicas "irritantes": frío, calor, dolor, efectos de medicación.
- Darle la posibilidad de realizar sus actividades sin ayuda, o facilitarle la tarea para que no sienta frustración, impotencia, incapacidad También convendrá hablar con claridad y hacerse entender lo más posible para conseguir que entienda.
- Evitar al máximo cambios en las costumbres cotidianas: horarios, lugares, actividades...En caso de que los cambios sean inevitables, conviene acostumbrarle poco a poco, sin brusquedad.
- Procurar algo que neutralice la agresividad si vemos que "se avecina": algo que impida la reacción, como distraerle hablando de algo con tranquilidad, o bien ofrecerle algo para que mantenga las manos ocupadas.
- Ignorar la agresividad cuando empieza a aparecer. Ya hemos visto que en ocasiones, el intento excesivo de calmarle ofreciendo "recompensas" (caricias, amabilidad, etc.) puede favorecer aún más ciertas conductas porque las estamos reforzando. Por supuesto, en estos casos, si la agresividad suele ser intensa habrá que tomar medidas para que no resulte peligrosa para sí mismo, para el entorno o para los demás: llevarle a otro sitio, procurar que no haya nada con lo que pueda dañarse.... Al hacer esto lo que procuramos es que la conducta tienda a la extinción.
- Si hemos decidido **ignorar** la agresividad para extinguirla, cuando esté en calma, hable con normalidad, o coopere en lo que sea, no olvidemos prestar atención y amabilidad, hacer elogios..., en fin: **reforzar la conducta no agresiva**.

### **Si la agresividad se produce**

- **Mantener la calma**, sin dejarse llevar por la tensión: mostrarnos aunque sea mínimamente agresivos (tono serio, gritos...) sólo aumentaría la intensidad de su reacción.

- Plantearse la **posible causa** de la reacción en lugar de alterarse pensando que nos quiere fastidiar, por ejemplo.
- Posibilitar **que exprese** lo que siente si es capaz de hacerlo, hablándole con calma y naturalidad, pero **sin obligarle**.
- **No intentar razonar** quejándonos o explicando que no debe portarse así: sobre todo si la persona tiene algún deterioro mental.
- No pasar al extremo opuesto, mostrando burla, imitándole, etc., porque esto también puede provocar que aumente su agresividad.
- **No aumentar la alarma** ni reunir a muchas personas para que ayuden.
- **Distraerle**, haciendo que se fije en algo que le haga olvidar la situación que provocó la agresividad.
- **No sujetar con demasiada fuerza** si es necesario hacerlo; resulta mejor una sujeción ligera, agarrándole los brazos con suavidad.

## 2. CONDUCTAS DEPRESIVAS

Son comportamientos que manifiestan sentimientos de tristeza, bajo estado de ánimo, como por ejemplo: llanto, irritabilidad, escasez de apetito, quejas frecuentes, reacciones negativistas, inactividad, cansancio.

**Causas posibles:** En **algunas personas mayores**, diversas circunstancias relacionadas con pérdidas y cambios vitales pueden ser causa de tristeza y desánimo en distintos grados. La situación se agrava si la persona afectada no tiene ocasión de mantenerse activa (por lo menos al nivel de sus capacidades) y de disfrutar siquiera mínimamente de esa actividad.

Puede ocurrir que el propio sentimiento de tristeza se mantenga y aumente, convirtiéndose en depresión. En estos casos, las dolencias y dificultades aparecen aumentadas; la persona se vuelve más incapaz o se siente peor de lo que pudiera esperarse en vista de su estado real.

### Prevenir o reducir la gravedad del problema

Los siguientes consejos son válidos **tanto para prevenir como para reducir o anular** los sentimientos y conductas depresivas de una persona cuando ya existen:

- Mostrar apoyo, interés, comprensión y atención, ofreciéndole seguridad.
- Fomentar su sensación de "control": que pueda **elegir** cosas (por ejemplo qué quiere vestirse), o tomar alguna **decisión** (sin forzarle). Es bueno que algo de lo que haga lo sienta como una responsabilidad: pedimos y agradecemos su ayuda para cosas útiles (recoger las mesas, cuidar alguna planta o animal, hacer algún pequeño arreglo...) Así mejoramos su autoestima.

- Procurar **que haga cosas** dentro de sus posibilidades. Cosas sencillas que le agraden y que le hagan disfrutar, como por ejemplo conversar, oír música que le guste, ver fotos antiguas, hablar del pasado, practicar algún juego... Incluso las conductas que implican el hacer estas cosas deben ser inmediatamente reforzadas para que tiendan a repetirse, porque, aunque agradables en principio, pueden resultar costosas para quien tiende a deprimirse.
- Procurar que se relacione con otras personas y felicitarle también por ello. Un buen recurso para conseguirlo es motivarle y ayudarle para que acuda a los **grupos terapéuticos**, en los que se trabajan estos y otros aspectos que pretenden potenciar todo lo positivo de estas personas.

Fomentar pensamientos positivos (sobre sí mismo, sobre su vida presente y sobre el futuro), siempre sin recriminarle en caso de que tuviera ideas negativistas.

### **Si la depresión se produce**

- No discutir ni obligarle a “animarse”, sino permitir que afloren el llanto y las emociones cuando lo necesite (ya recordaremos más adelante que sin reforzar excesiva o únicamente este tipo de conductas):
- Respetar sus sentimientos: no tratar de convencerle de que “no tienes motivos”, lo cual puede empeorar su estado, haciendo que se sienta culpable o sin derecho a sentirse mal.
- Cuando persistan excesivamente el llanto, las quejas o la irritabilidad, prestarle **algo menos** de atención, elogios, muestras de afecto, etc. que cuando muestra emociones, conductas o ideas “positivas”. Veámos que de esta manera se intenta ayudar a la persona a extinguir esas conductas, negativas para su bienestar y para su salud (sin olvidar que es fundamental, además, reforzar otras más positivas.
- Nunca desanimarse ni culparse si no hay mejorías aparentes: procurar mantener siempre una actitud positiva, y transmitírsela.

### **3. PROBLEMAS DE AGITACIÓN Y ANSIEDAD**

- Se trata de un estado de **intranquilidad y excitación** que la persona no puede controlar, y que se mantiene de forma duradera. Este estado puede manifestarse con:
- Algunos **síntomas físicos** como por ejemplo: agitación, temblores, tensión muscular, sudores, palpitaciones, mareo, sequedad de boca, hormigueo, opresión en el pecho, sensación de ahogo.
- Algunos **síntomas psíquicos** como por ejemplo: insomnio, irritabilidad, preocupación, inquietud, aprensión, pensar, sin motivos, que ocurrirán cosas malas, etc.

- Algunos **comportamientos** como por ejemplo: movilidad continuada o inquietud (no puede parar), caminar con rapidez, retorcerse las manos o apretar algún objeto o partes de su ropa (retorcer con fuerza la falda), sacudir brazos y manos, tocar o golpear todo lo que encuentra, intentar escaparse, quejarse y llorar ...

### **Causas posibles**

- **Frustración** causada por **dificultades al intentar hablar y/o entender**, a raíz, por ejemplo, de una trombosis... O bien causada por la incapacidad sentida **al no poder manejarse con autonomía** por causas físicas: parálisis, amputaciones...
- Frustración, también, al notar los problemas de memoria que padecen, por ejemplo las personas que empiezan a sufrir una **demencia**. Esta enfermedad también puede provocar agitación en fases avanzadas, cuando la persona aún sin entender o razonar bien, siente sus incapacidades y se frustra por ello.
- Miedo provocado por alucinaciones (ver u oír cosas inexistentes) o al interpretar **cosas normales como amenazantes**: una sombra, una cortina que se mueve, un ventilador, algo que no está en su sitio habitual o que es desconocido... Se trata, por supuesto, de problemas surgidos a veces en el curso de una demencia.
- **Alteraciones físicas, o medicación** con efectos secundarios que provocan estas conductas, sin motivo aparente.

### **Prevenir o reducir la gravedad del problema**

- **Control de estímulos**: controlar algo que ocurre antes de que se produzca una conducta influye en ella y puede ayudar a evitar que se produzca. Es recomendable:
  - Mantener un ambiente tranquilo, quizá con música agradable
  - Evitar estímulos como ruidos, cambios repentinos de iluminación, escasez de luz (que podría crear confusión), movimientos bruscos...
  - Favorecer la orientación mediante señales, objetos conocidos, etc.
- Mantener a la persona ocupada en algo que le agrada y le obligue a estar concentrada: cuidar animales o plantas, ordenar objetos, algún juego de construcción más o menos sencillo.
- Animarle y ayudarle a moverse, bien paseando o bien realizando algo de ejercicio suave.
- Consultar al médico si se sospecha que puede haber alguna causa médica o medicamentosa, cuando la agitación es repentina y sin causa aparente.



- Nunca olvidar que conviene reforzar estas conductas incompatibles con los síntomas y comportamientos de agitación, para que se mantengan. Si la persona o el entorno no corren riesgos por la gravedad del problema, a veces convendrá poner todos estos remedios y a la vez no prestar excesiva atención a estas conductas inadecuadas (extinción).

### **Si la agitación y la ansiedad se producen**

Siempre dependiendo de las causas del problema y de la situación y persona de que se trate, se pueden seguir algunas de las siguientes pautas:

- Mantener una actitud de escucha, comprensión y firmeza (no dureza).
- Expresarse de forma clara, sencilla y calmada, sin mostrar nerviosismo al pedirle que se calme. Nuevamente control de estímulos: tranquilización “calmando” el entorno: disminuir la luz si es demasiado potente, los ruidos, la cantidad de gente que haya en ese momento cerca... Incluso acompañarle a un lugar aislado y tranquilo en caso necesario.
- Si no hay grave deterioro mental, favorecer que se exprese acerca de sus sensaciones y de las causas de su ansiedad.
- Entretenerle, tras hablar, desviando su pensamiento hacia temas que no creen tensión.
- Reforzar con especiales expresiones de afecto, valoración y reconocimiento, solo cuando se encuentra más en calma o cuando se ve que intenta dominar la ansiedad.
- Sobre todo ante situaciones concretas de gravedad, informar a los profesionales responsables para que valoren la situación de la persona y tomen medidas terapéuticas, del tipo que sea, en caso necesario.

### **4. Deambulación**

Se trata de un problema en el que podemos observar **una o varias** de las siguientes conductas: moverse de un lado a otro sin poder quedarse quietos o sentados, andar continuamente por el mismo sitio, intentar salir de donde se encuentran, a veces pidiendo irse, balancear el cuerpo de un pie a otro, tocar las manillas de las puertas, llaves de la luz u otros objetos continuamente, estimularse a sí mismos con gestos o movimientos repetitivos como tocar y menear objetos sin razón aparente.

#### **Causas posibles**

Lo más habitual es encontrar estas conductas en personas con demencia; como siempre, lo importante es localizar **la causa concreta** para atajar el problema. Estas son algunas **posibles** causas de que una persona deambule:

- Soledad y aburrimiento: necesidad de buscar a alguien, ganas de hacer algo pero no saber o no recordar el qué...
- Necesidad de ejercicio físico.
- Estar desorientado en el lugar en que se encuentra: por ser un lugar nuevo o que por alguna razón no se conoce o no se recuerda; por estar oscuro, o por haber perdido vista u oído.
- Sentirse en el pasado y creer, por ejemplo, que le esperan o que tiene que ir al trabajo
- Llamar la atención de quien le atiende: en personas con demencia, la deambulación puede incluso ser una forma de intentar comunicarse.
- Sentir molestia física: frío o calor, ganas de ir al cuarto de baño o dolor, y no poder expresarlo...
- Imitar a otra persona que está deambulando (algo así como una "reacción en cadena").

### **Prevenir o reducir la gravedad del problema**

- Asegurarse de que la persona no corre **riesgo** de accidentarse o de que no puede escapar: cerrar puertas, que no haya objetos peligrosos ni acceso a lugares de riesgo como balcones o escaleras.
- Aplicar control de estímulos: iluminación adecuada, objetos conocidos y tranquilizadores, ambiente de calma.
- Facilitar la orientación...
  - Explicándole dónde se encuentra, quiénes somos;
  - Señalándole paneles indicadores (nombre de la sala, piso en que se encuentra...), o bien algún lugar u objeto especialmente conocido, como adornos personales en su habitación.
- Mantener el entorno ordenado y las costumbres sin grandes alteraciones: cada cosa en su sitio en la habitación, comedor, sala...; cada actividad a una hora y en un lugar semejantes. De lo contrario podemos contribuir al despiste, a la desorientación, y quizás a la deambulación.

### **5. Delirios y alucinaciones**

Son trastornos de la percepción y/o ideaciones, en los que la persona: ve y oye realmente cosas que no existen (alucinación), o bien: cree cosas que no tienen una base real (delirio).

#### **Causas posibles**

- Algunas personas sufren estos trastornos a consecuencia de alteraciones físicas, como una infección, o bien por efecto secundario de alguna medicación

o anestesia, por cambios de entorno, por depresiones severas o por alguna lesión cerebral.

- Lo más frecuente es que el problema surja en personas afectadas de demencia, especialmente en fase avanzada, debido a las alteraciones cerebrales que sufren.

### **Ante los delirios y alucinaciones**

- Asegurarse de que no hay una alteración de la vista o el oído que pueda provocar la malinterpretación de los hechos: alguien puede creer que hay un extraño cerca porque ve moverse una cortina; alguien pudiera pensar que le dicen cosas al oído porque escucha un rumor procedente de un altavoz...
- Asegurarse de que nos ve o nos oye cuando le hablemos, colocándonos cerca y de frente.
- Como en el caso de la agresividad y de la agitación mantener y transmitir calma, hablar con claridad y suavemente.
- Cuando se encuentre asustado, cuando lo que vea, oiga o crea le altere, actuar como en el caso de la agitación, transmitiéndole seguridad y confianza.
- Demostrar que no tiene motivos para preocuparse o asustarse pero nunca intentar convencerle machaconamente, queriendo que razone como nosotros, quitando importancia a lo que nos dice, o ridiculizándole por ello.
- Limitarse a actuar siguiendo las pautas anteriores. Como en los otros casos (agresiones, agitación, conductas depresivas ...) el ofrecer excesivo afecto, caricias, etc., por ejemplo para intentar calmarle, puede suponer una "recompensa" si se dan justo a continuación de las conductas negativas. Recordemos que, así, pudiéramos estar reforzando esas conductas y que tenderían a repetirse.

### **6. Otras situaciones problemáticas**

Resumidamente, y siguiendo con algunos de los principios del enfoque conductual, estas son algunas ideas para afrontar ciertas situaciones que pueden darse en el trato con personas mayores, especialmente en casos de demencia:

#### **Conductas inapropiadas**

Se trata de comportamientos no adecuados en situaciones sociales, que pueden molestar a las personas de alrededor, como desnudarse en público, masturbarse, hablar despectivamente molestando a otros...

En estos casos conviene intentar:

- Tener calma, porque esas conductas tienen su origen en una alteración mental.
- Contenerse para no mostrar alarma ni indignación.

- Evitar que la persona tenga problemas a raíz de su conducta: que se enfrie, se escape o provoque el enfado o agresión de otros.
- Distraerle y que realice alguna actividad que le impida comportarse de manera inapropiada.
- A menos que suponga un riesgo, como siempre, procurar hacer el menor caso de estas conductas, sin dejar de tomar medidas. No olvidar ser más complaciente con esa persona cuando se comporte adecuadamente (extinción y refuerzo respectivamente).

### Ideas o intentos de suicidio

Independientemente de la causa que provoque estas ideas o intentos, hay que tomarse en serio el riesgo que suponen en personas mayores, y considerar estas pautas básicas:

- Nunca quitar importancia a la situación: el riesgo puede ser real y hay que **fijarse** en cualquier indicio o idea expresada (“esta es la última vez que vengo”, “voy a hacer un viaje largo”, “quisiera estar muerto”).
- No mostrar alarma, ni reñir o ridiculizarle por hacer esos comentarios, pero tampoco evitar el tema. Puede ser bueno hablar con confianza, mostrando **comprensión: *debes estar muy triste ¿verdad?***. De esta forma tratamos de que EXPRESE sus sentimientos.
- Conviene transmitir que nos importa esa persona; hacerle ver sus aspectos positivos, sin tratar de convencerle de que no lo haga, ni amenazarle con las consecuencias de un suicidio: ***“me gustaría mucho volver a verte, porque te echaría de menos”***.
- Aumentar la vigilancia y tomar medidas de precaución (ventanas, salidas, objetos peligrosos...)
- Comunicar la situación a los profesionales que atienden a la persona.

<b>TÉCNICAS CONDUCTUALES: EJERCICIO MOLDEAMIENTO DE CONDUCTA (Aprendizaje por Aproximaciones Sucesivas)</b>	
<b>A) Determinar la conducta objetivo CLARAMENTE</b>	
.....	
.....	
.....	
<b>B) LISTA de conductas PARCIALES o pasos sucesivos para realizar la CONDUCTA OBJETIVO</b>	
1- .....	6- .....
.....	.....
2- .....	7- .....
.....	.....
3- .....	8- .....
.....	.....
4- .....	9- .....
.....	.....
5- .....	10- .....
.....	.....
<b>C) Tipo de REFORZADOR o reforzadores a utilizar</b>	
.....	
.....	
.....	

CUADRO PARA OBSERVACIÓN Y REGISTRO DE COMPORTAMIENTOS			
<p><b>CONDUCTA OBJETIVO:</b> .....</p> <p><b>DEFINICIÓN DE LA CONDUCTA EN TÉRMINOS DE COSAS OBSERVABLES:</b>.....</p> <p>.....</p>			
FECHA / HORA	ANTES (Qué ocurre y dónde; con quién)	CONDUCTA Qué hace, dónde, cuantas veces o cuánto tiempo. Describir con todo detalle)	DESPUÉS (Qué ocurre y dónde; con quién y qué hacen los demás)

## PLAN PARA EL CAMBIO DE CONDUCTA

**1. OBJETIVOS:** ¿QUÉ CONVIENE QUE HAGA O DEJE DE HACER LA PERSONA?

DEFINIR:

**2. ESTABLECER PASOS** SI FUERA NECESARIO:

- 
- 
- 

**3. QUÉ DEBE CAMBIAR ANTES DE QUE OCURRA LA CONDUCTA: ESTÍMULOS ANTECEDENTES:**

- 
- 
- 

**4. QUÉ DEBE CAMBIAR INMEDIATAMENTE DESPUES DE QUE OCURRA LA CONDUCTA: CONSECUENCIAS**

- 
- 
-

## 5.2.4. Relaciones Sociales

### 5.2.4.1. Programa de Apoyo Social

Encontrar una única definición de lo que es el Apoyo Social (AS) es una tarea realmente difícil, ya que los numerosos investigadores y autores de dicho concepto utilizan diversas variables y hacen especial hincapié en ellas a la hora de determinar y establecer una definición (Krause, N.; 2000).

Sin embargo, nosotros utilizaremos la definición dada por Lin y Ensel (1989) que dice que:

"El Apoyo Social es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales -percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, que pueden presentarse tanto en situaciones cotidianas como de crisis."

Esta definición propuesta se articula en cuatro ejes diferentes:

#### a) Función del Apoyo Social

El Apoyo Social puede desempeñar diferentes funciones, como pueden ser funciones de tipo **instrumental** o de tipo **expresivo**. El primero de ellos haría referencia a aquellos medios que se utilizan para conseguir un objetivo determinado; el segundo, por su parte, constituiría un fin en sí mismo.

#### b) Ayuda percibida y ayuda recibida

La ayuda percibida y la ayuda recibida constituirían la parte **subjetiva y objetiva** del Apoyo Social. Así, la ayuda objetiva, sería las diferentes **transacciones reales** de ayuda que se producen con respecto a un individuo. Por su parte, la parte subjetiva sería la **evaluación** que la persona realiza de esa ayuda recibida.

#### c) Ambitos en los que se produce el apoyo social

El Apoyo Social se puede proporcionar en tres ámbitos diferentes:

- La comunidad
- Las redes sociales
- Las relaciones íntimas

Cada ámbito proporciona un tipo de ayuda o sentimiento de ayuda. Así la comunidad puede proporcionar a la persona un **sentimiento de pertenencia**; las redes sociales pueden producir un **sentimiento de vinculación**; y de las relaciones íntimas o de confianza se deriva un **sentimiento de compromiso**.



#### **d) Situaciones cotidianas o de crisis**

La distinción entre el apoyo cotidiano y el que se recibe en situaciones de crisis es importante para conocer hasta qué punto las relaciones sociales son capaces de fomentar el bienestar y proteger contra la enfermedad.

#### **Perspectiva estructural**

Al hablar de apoyo social es importante diferenciar dos conceptos estrechamente relacionados: el apoyo social y la red social.

Por "red social" se entienden las "características estructurales observadas en las interacciones mantenidas por un individuo, grupo o comunidad". El concepto de AS incide especialmente en las funciones y el efecto que esas relaciones sociales pueden ejercer en el mantenimiento y mejora del bienestar individual.

Las redes sociales proporcionan el marco para que el apoyo social pueda darse, y pueden considerarse como un conjunto de nudos enlazados por uno o más tipos específicos de relaciones entre ellos. Desde el momento en que la red social de una persona le proporciona ayuda técnica o tangible, apoyo emocional, sentimientos de saberse querido, autoestimas, etc... le está proporcionando apoyo social.

#### **Características de la red social**

La característica más evidente de una red social es su tamaño, el cual depende en gran medida de cómo se defina esa red. La red de personas que uno conoce probablemente será mayor que la red de personas con las que interactúa a diario.

Una red social más amplia no siempre es sinónimo de mayor apoyo social ni sinónimo de bienestar, ya que muchas relaciones sociales son fuentes de estrés y tienen consecuencias negativas para el individuo.

Otra de las características de la red social es su **densidad** que se define como la proporción entre los **lazos posibles** y los **lazos existentes** entre los miembros de la red".

#### **Perspectiva funcional**

Entendiendo el Apoyo Social como el conjunto de relaciones interpersonales que implican afecto y ayuda emocional (sentirse querido, intimidad, confianza, disponibilidad), instrumental (ayudas domésticas, cuidados) e informacional (búsqueda de información, consejo), así como afirmación personal a partir de ésta relación.

Cuando las relaciones interpersonales proporcionan AS, cabe señalar que entonces esas relaciones se hacen válidas para la persona y que el AS está desempeñando una serie de **funciones**.

Las funciones de apoyo más analizadas y destacadas y que se presuponen tienen un efecto en la salud y el bienestar del individuo son:

### **Apoyo emocional**

Se refiere al área afectiva de la persona. Un poderoso recurso contra las amenazas a la autoestima es tener con quién hablar de los propios problemas. Las relaciones sociales brindan la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias; confianza e intimidad; posibilidad de sentirse querido y cuidado además de valorado,...

Hablar sobre problemas importantes o situaciones especialmente difíciles implica, en ocasiones, revelar o desvelar aspectos negativos de uno mismo. Por ello la mayoría de las personas confían sus problemas más graves a aquellos que consideran más próximos (pareja, amigos íntimos,...). Las interrelaciones pueden proporcionar la experiencia de sentirse aceptado y valorado por otra persona, lo que aumenta la **autoestima**. El poder compartir problemas disminuye la gravedad percibida y el efecto negativo de los mismos, además de poder aportar persistencia a la persona para solucionar dichos problemas y convencerlo de que las cosas pueden mejorar.

### **Apoyo informacional y estratégico**

Cuando las situaciones estresantes se prolongan o los problemas quedan sin resolver, las personas pueden iniciar una búsqueda de información o consejo que les sirva de ayuda para superar esa situación. Esta búsqueda de información se puede dar en diferentes ámbitos, pudiendo tener un carácter informal o formal (profesional).

### **Apoyo material, tangible o instrumental**

Este tipo de apoyo es el que se define como la prestación de ayuda material directa o de servicios, como pueden ser recursos económicos, ... que puede ser proporcionados por personas más o menos cercanas o profesionales.

APOYO EMOCIONAL	APOYO INSTRUMENTAL	APOYO INFORMACIONAL
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sentimientos de ser amado.</li> <li>2) Sentimientos de pertenencia.</li> <li>3) Sentimientos de intimidad.</li> <li>4) Sentimientos de poder confiar en alguien.</li> <li>5) Importante para mantener la SALUD y el BIENESTAR.</li> <li>6) La pérdida de apoyo emocional tiene un efecto negativo en al salud.</li> <li>7) El Apoyo emocional aumenta la autoestima, por que la persona se siente valorada y aceptada por los demás (hipótesis).</li> <li>8) Previene todos los problemas que implica la falta de autoestima.</li> <li>9) El hecho de compartir situaciones estresantes hace que estas se relativicen, lo cual reduce la amenaza percibida de los eventos vitales estresantes (hipótesis).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ayuda directa o algún servicio (ayudas domésticas, prestar objetos, ayudar a solucionar problemas...).</li> <li>2) Se relaciona con el BIENESTAR porque disminuye la sobrecarga de alguna tarea... (hipótesis).</li> <li>3) Es muy efectivo cuando el que recibe la ayuda la entiende como adecuada, pero no debe el receptor sentir amenazada su libertad o sentirse en deuda.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proceso de búsqueda de información, consejo, guía..., que ayuda a las personas a resolver sus problemas.</li> <li>2) Es difícil separarlo a veces del apoyo emocional, ya que el consejo puede ser percibido como expresión de cariño, preocupación por los demás, etc.</li> </ol>

### Efectos del apoyo social en la salud

En el análisis de los efectos del apoyo social en la salud y bienestar de las personas, existen dos hipótesis: la hipótesis "buffer" y la hipótesis de "efectos principales"

#### La hipótesis "Buffer"

Plantea que el apoyo social **protege** a las personas de las influencias potencialmente negativas de los **sucersos estresantes**. En ausencia de apoyo social el estrés tendría un efecto perjudicial e incrementaría la probabilidad de aparición de problemas. Según esta hipótesis el apoyo social tendría efectos beneficiosos únicamente durante situaciones estresantes. En ausencia de estrés, su impacto en la salud o el bienestar sería poco significativo.

La hipótesis del efecto "buffer" o amortiguador se refiere a que el apoyo social tiene un efecto protector en la persona sobre las posibles influencias negativas de los sucesos o cambios vitales estresantes, por lo que se entiende que el apoyo social preserva la salud de la persona al minimizar la incidencia del estrés.

### La hipótesis de "Efectos Principales"

Esta hipótesis propone que el apoyo social ejerce un efecto beneficioso en la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés que experimente una persona. Una persona que se percibe apoyada a través de unas interacciones sociales, según esta hipótesis, tendrá mayor protección contra situaciones estresantes.

EFECTOS DEL APOYO SOCIAL	
Efecto Principal o Directo	Efectos Secundarios
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fomenta la salud y el bienestar independientemente del estrés.</li> <li>2) Se hipotetizan diferentes mecanismos:                             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Elevando la moral y el sentimiento de bienestar.</li> <li>b) Ayuda a evitar experiencias negativas o a prevenirlas.</li> <li>c) Crea en la persona un sentimiento de poder tener ayuda en caso de necesitarsa. Lo que conlleva un aumento de autoestima, estabilidad y sentimientos de control.</li> </ol> </li> <li>3) Aumento de sensación de predictibilidad, estabilidad y control.</li> <li>4) Apoyo social y salud relacionados lineal e independientemente del estrés.</li> <li>5) Efecto amortiguador del estrés. Facilitando los procesos de afrontamiento y adaptación, reduciendo las posibilidades de enfermedad física y mental.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Promueve sentimientos psicológicos de pertenencia a la comunidad.</li> <li>2) Proporciona sentido de identidad personal y reduce la ambigüedad e incertidumbre sobre el mundo y proporciona bases para realizar elecciones en la vida.</li> <li>3) Solidaridad grupal.</li> <li>4) Enseña estrategias efectivas de afrontamiento con los problemas diarios.</li> <li>5) Proporciona una red de relaciones.</li> </ol>

### Determinantes del Apoyo Social

Al analizar el apoyo social y su influencia sobre la salud y el bienestar de la persona también es necesario observar aquellas variables que determinan el desarrollo, la percepción, movilización, recepción o búsqueda del mismo. Diversos autores proponen tres categorías de factores o variables que pueden facilitar o inhibir la aparición de apoyo:

- Las características individuales (personales o intrapersonal).
- Las propiedades de las relaciones (sociales o interpersonales).
- Las condiciones sociales o culturales (ecológicos o situacionales).

El **contexto intrapersonal** hace referencia a cómo la persona se percibe a sí misma, a los demás y las relaciones con los demás. El **contexto interpersonal**

se refiere a las características cuantitativas y cualitativas de las relaciones sociales, así como de las redes sociales más amplias. Por su parte, el contexto situacional incluye los sucesos o acontecimientos a los que las personas responden.

### **Objetivos generales de la intervención**

1. Potenciar las relaciones sociales, aumentar la cantidad y frecuencia de interacciones en las personas que las tengan limitadas (ampliando los espacios y momentos en los que tienen lugar), y mejorar la calidad de las mismas (comenzando por conocer la identidad de los interlocutores).
2. Posibilitar el cambio de aquellas ideas por las que se perciben las relaciones como algo problemático, producidas por generalizaciones de conflictos concretos. Influidas en ocasiones estas ideas por creencias irracionales (poco reflexionadas y analizadas), profecías autocumplidoras (provocar que ocurra un suceso, por influir en la situación, al esperar que así sea).
3. Motivar a las personas más apáticas y poco participativas, incluyéndolas en procesos grupales que les exijan actividad, y les aporten refuerzo positivo.
4. Proteger la salud y prevenir la aparición de trastornos depresivos. Aumentar el bienestar y la satisfacción vital.
5. Mejorar la autoestima y el control percibido sobre las relaciones interpersonales.
6. Mejorar el afrontamiento de acontecimientos dolorosos, pérdida de familiares y amigos, soledad.
7. Adecuar las condiciones del contexto y ambiente para favorecer los contactos sociales, la intimidad...

### **Pautas generales de trabajo**

La metodología de intervención es **grupal**, porque permite llegar a un mayor número de sujetos, y a su vez permite que el grupo y sus componentes se constituyan en reforzadores sociales y que sirvan como modelos, tanto entre ellos mismos, como cara al resto de compañeros, amistades y familiares del lugar de residencia. Además el hecho de que el grupo y sus componentes se constituyan en reforzadores facilita la generalización de los aprendizajes en los ámbitos sociales.

Para conseguir el objetivo de aumentar la calidad y cantidad de las relaciones es necesario intervenir tanto a nivel cognitivo como a nivel conductual.

### **Intervención en el área cognitiva**

Se ha de ser consciente de la importancia que tiene el carácter que la interpretación y vivencia subjetiva imprime a los hechos, conductas o espacios. Es indispensable pues, intervenir sobre esas interpretaciones y representaciones cognitivas.

Es necesario trabajar sobre las atribuciones y representaciones cognitivas y socio-cognitivas en temas referentes a la convivencia y relaciones, a la actividad, satisfacción y salud entre otros, analizando los diferentes tópicos en relación a éstos temas, identificándolos, rebatiéndolos y generando alternativas de forma que se vea que otras formas de pensar son más reales y productivas para el bienestar y la salud.

### **Intervención en el área conductual**

Se incide sobre aquellas actividades agradables que se llevan a cabo pocas veces o que se han abandonado con la edad, comentándolas, identificando la relación entre éstas y la satisfacción y el bienestar personal que producen, y poniendo en práctica ésas actividades placenteras. En este caso toma especial relevancia el papel reforzante del conductor del grupo.

#### **5.2.4.2. Programa de Habilidades Sociales**

La intervención en las Habilidades Sociales (HHSS) podría ir encaminada a la **instauración** de una habilidad que no se posee, a la **modificación** de una habilidad mal adquirida, a la **extinción** de una no deseable, al **desbloqueo** de una determinada habilidad, o a la **optimización** de otra.

#### **Técnicas**

Las principales técnicas conductuales a utilizar en el entrenamiento de las habilidades sociales son:

- 1.** Instrucciones
- 2.** Modelos (“modelling”)
- 3.** Ensayo conductual (“behavior rehearsal”, “role playing”)
- 4.** Sugerencias (“prompts”)
- 5.** Retroalimentación (“feed-back”)
- 6.** Refuerzo

**Estrategia general de entrenamiento en HH.SS.**

	INSTRUCCIONES	MODELADO	ENSAYO IMAGINARIO	ENSAYO REAL	RETROACCIÓN	REFUERZO	TAREAS
	Instrucciones sobre las conductas objetivo asignadas a cada sesión.	Exhibición de los modelos: Incompetente. Competente.	Imaginación de actuación normal (comportamiento habitual).	Actuación real de todos los sujetos, tratando de exhibir las conductas objetivo.	Autoevaluación de cada sujeto respecto a las conductas objetivo.	Valoración positiva de los demás miembros.	Especificación de tareas individuales para llevar a cabo en ambientes reales.
Revisión de las tareas al inicio de la sesión.	Discusión.	Discusión: Discriminación de señales.	Ensayo imaginario (imitación encubierta del modelo competente).	Sugerencias simultáneas del entrenador.	Feedback de los restantes miembros.	Refuerzo del entrenador.	
		Análisis de las repercusiones de las conductas de ambos modelos.			Feedback del entrenador.		
			Comentario de ambas actuaciones encubiertas a				
			Refuerzo del entrenador en caso de que la ejecución mejorase en el 2º intento.				

Algunas de las dimensiones conductuales de las Habilidades Sociales HH.SS. son (Caballo, 1993):

- Iniciar, mantener y terminar conversaciones.
- Hablar en público.
- Expresión de amor, agrado, afecto.
- Defensa de los propios derechos.
- Pedir favores, hacer peticiones.
- Rechazar peticiones.
- Hacer cumplidos / aceptar cumplidos.
- Expresión de opiniones personales, incluido el desacuerdo.
- Expresión justificada de molestia, desagrado o enfado.
- Disculparse o admitir ignorancia.
- Petición de cambios en la conducta del otro.
- Afrontamiento de críticas.

Los objetivos a seguir en el entrenamiento son:

- Reducir y eliminar las respuestas de ansiedad en situaciones sociales.
- Eliminar las respuestas de evitación ante estímulos sociales.
- Mejorar y aumentar el repertorio conductual.
- Capacitar al sujeto para que desarrolle respuestas sociales generadoras de refuerzo, disminuya las respuestas de evitación y las respuestas que generan dependencia.

Otras técnicas que también se utilizan en las sesiones de entrenamiento de las habilidades sociales son la reestructuración cognitiva, las técnicas de resolución de problemas, las autoinstrucciones, la relajación.

Existen programas integrales de entrenamiento en habilidades interpersonales para personas mayores como el desarrollado por De Miguel y Pelechano (1996).

### **5.3. Intervención Psicosocial con familias de personas mayores en Centros de Día**

Frente a la opinión de que las familias no ofrecen el apoyo y ayuda instrumental necesaria a las personas mayores, es constatable tanto a partir de la literatura sobre el tema como desde la práctica profesional que en realidad la familia sigue siendo el marco en el que se encuentra la mayoría de la población mayor en nuestro país. Incluso en el caso de las personas mayores que viven solas, en muchas ocasiones reciben apoyo en mayor o menor medida de sus familiares, así como de sus vecinos y otros apoyos informales.



Es importante señalar que los cambios sociales que han influido en el comportamiento de apoyo y cuidado de las familias sobre los mayores si ha modificado las pautas, estilos y habilidades, así como las condiciones en que se da este apoyo. Entre estos cambios sociales cabe destacar los cambios en el rol femenino, la mayor fluidez en la planificación de los acontecimientos vitales, la revolución tecnológica, y la disminución de la mortalidad y el correspondiente aumento de la longevidad. (Myers y Agree, 1994)

Desde esta perspectiva la intervención profesional con los familiares va ser uno de los pilares de los programas de tratamiento e intervención a desarrollar en los Centros de Día, máxime teniendo en cuenta las características y objetivos propios de este recurso, ya comentados en la conceptualización de los tratamientos e intervenciones: recurso de carácter intermedio, mantenimiento de la persona mayor en su medio familiar, implicación de esta en el programa de actuación con el mayor.

Si el centro de día va a ofrecer, en sí, un alivio en la carga de cuidados que supone la atención de una persona mayor dependiente en su hogar, desde nuestra óptica la atención ofertada por el centro no se va a limitar a esa función, ya hoy en día obsoleta de guardería, sino que su objetivo general va a ser ofrecer una atención de calidad a la persona mayor y a su familia, incluyendo por tanto, este sistema familiar en el objeto de intervención.

¿Qué oferta un centro de día a la familia en que se encuentra el mayor?. En primer lugar aporta apoyo instrumental, esto es, ayuda y medios para que la familia sea más capaz de realizar las tareas de cuidado, también aporta apoyo informacional, para que dispongan de los recursos de información relativa a cuidados del mayor y a los recursos disponibles en la comunidad, así como el apoyo emocional para que la familia pueda asumir adecuadamente el impacto emocional que supone en muchos casos cuidar y atender a, en este caso, personas mayores dependientes.

El apoyo ofertado a la familia debe cubrir por tanto dos objetivos principales:

1. Influir positivamente para mejorar los recursos de que dispone la familia para cuidar y atender al mayor.
2. Influir positivamente en la familia para atender adecuadamente y resolver en caso necesario la problemática que pueda surgir en el propio sistema familiar y en la figura del cuidador en lo relacionado a las consecuencias del cuidado continuado de personas dependientes.

Debemos trabajar con estas familias desde el principio con el objetivo de prevenir la aparición de problemas secundarios, colaterales a la propia discapacidad, que pueden tener graves efectos sobre el sistema familiar y sus miembros.

En este sentido debemos reforzar los aspectos positivos de esa relación familiar. Para poder influir en este aspecto es conveniente un punto de vista preventivo,

que incluya la prevención primaria, esto es sobre la población general que atendemos en los centros gerontológicos y sus sistemas familiares, la prevención secundaria, sobre las personas y sistemas en situación de riesgo, y también, que duda cabe, sobre los sistemas con una problemática establecida, con el fin de evitar la aparición de problemática colateral.

Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
<p>Sobre todas las familias de los usuarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Aspectos relacionales.</li> <li>● HHSS y comunicación.</li> <li>● Cambios de roles: inversión...</li> <li>● Organización del Tiempo libre.</li> <li>● Fomento de perspectivas positivas en la relación.</li> <li>● Información real sobre el proceso.</li> <li>● Relación centro-usuario-familia.</li> <li>● Fomento de aspecto lúdico y emocional en la relación.</li> <li>● Recursos complementarios en la comunidad.</li> <li>● Énfasis en el apoyo informal.</li> </ul>	<p>Sobre familias en situación de riesgo: p.e. demencia, otra persona dependiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoyo instrumental e informacional.</li> <li>● Grupos de autoayuda.</li> <li>● Programas de respiro.</li> <li>● Apoyo emocional formal.</li> <li>● Reestructuración cognitiva: expectativas, creencias, atribuciones relativas al cuidado...</li> </ul>	<p>Sobre familias en situación de conflicto, en crisis, "burn out" del cuidador o efectos en otra figura: hijo adolescente...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Apoyo instrumental e informacional.</li> <li>● Entrenamiento en manejo de situaciones estresantes.</li> <li>● Entrenamiento en relajación.</li> <li>● Atención profesional.</li> </ul>

Existen algunas variables que determinan el trabajo con las familias, como son:

**Variables propias de la persona mayor:** Entre ellas destacar principalmente dos tipos: aquellas relativas a la **personalidad previa** a la situación actual, así como su estilo de vida, hábitos, gustos, ocupación del tiempo libre, nivel cultural, etc. Y aquellas relativas a la **situación actual**: estado de salud, nivel cognitivo, estado psicoafectivo, nivel de competencia en la vida cotidiana, dependencia, trastorno de comportamiento, estilo de vida actual, ocupación del tiempo libre, estilo relacional actual, etc.

**Variables propias del centro:** Destacar aquí el tipo de centro, la disponibilidad de recursos humanos y materiales, la existencia de un Plan General de Intervención, la ubicación, la integración en la comunidad, etc.

**Variables propias de la intervención:** perspectivas y modelos utilizados, recursos, etc.

**Variables del sistema familiar:** características, experiencia y relaciones previas en situaciones de dependencia, experiencia relacional y afectiva previa y actual con la persona mayor, nivel de expectativas mutuas de cuidado, expectativas y comportamiento de los diferentes miembros del sistema, roles, etc.

**Variables propias de la percepción sociocognitiva sobre el centro:** aceptación social, expectativas sobre los programas del mismo, sobre si da respuesta a las demandas sociales, sobre la eficacia...

Estas variables influyentes determinan los principios básicos que deben regir nuestro trabajo en relación a las familias.

### **5.3.1. Principios Básicos**

#### **1) Complementariedad**

El Centro de Día es un recurso psicosociosanitario que realiza su labor desde una perspectiva psicosocial de complementación tanto con el sistema familiar en el que se inserta el usuario como con respecto a otros recursos sociales y sanitarios.

El trabajo del Centro de Día mantiene una relación bidireccional con la familia respecto a la generalización de los aprendizajes y atención logrados tanto en el hogar como en el propio centro. Esta interacción se optimiza con la clarificación de algunas reglas de funcionamiento. En este sentido la familia y el usuario deben saber qué se hace y cómo se hace. El centro debe explicitar a través de documentos la normativa y esto es la base para el establecimiento de criterios consensuados que supongan una mayor implicación familiar y el intercambio de información, de contenidos emocionales y relacionales en ambos sentidos..

#### **2) Integrado en un Plan General de Intervención**

Para desarrollar con éxito el trabajo con las familias es indispensable la integración de todas estas intervenciones en un Plan General de Intervención bien del centro en el que trabajamos, de la comunidad o del área en que nos desenvolvemos. Este plan general posibilita la unidad de acción y la flexibilidad suficientes para abordar cada caso con un planteamiento común pero específico para las necesidades concretas de un usuario.

#### **3) Carácter procesual**

Dado que las situaciones son cambiantes deberemos planificar y programar los pasos a dar en cada una de las fases del proceso de atención, tratamiento, intervención...ya que los procesos que se dan en el sistema familiar se modifican especialmente a partir del trabajo desarrollado sobre el mismo.

#### 4) Desculpabilización

Uno de los principios básicos en el trabajo con los familiares de la persona mayor debe ser la desculpabilización si existe y siempre la relativización de ideas, creencias y atribuciones erróneas y negativas referentes a la tercera edad, la actividad y la salud cuando somos mayores, a las relaciones afectivas, tanto horizontales como intergeneracionales, las relativas al ingreso en centros gerontológicos...

La generación de situaciones y marcos de aprendizaje y colaboración profesional libres de ansiedad, mutuamente aceptadas, con una asunción de un compromiso de trabajo por unos objetivos concretos y bien explicitados serán determinantes de la efectividad de nuestra intervención, para lo cuál no es preciso utilizar estrategias ansiógenas sino llegar a un acuerdo sincero respecto a los objetivos de la relación profesional. En este sentido la culpabilización consciente o inconsciente es absolutamente contraria a la consecución de objetivos de mejora.

En un centro de estas características, el proceso o riesgo de culpabilización social y/o autoculpabilización es menor que en residencias o instituciones con un carácter de totalidad como lo describe E. Goffman (Barenys, P)

Cuando la familia se plantea el hacer uso del recurso del centro de día, se puede vivir esta necesidad como una incapacidad para desarrollar una función de sustento del mayor en el hogar de manera autónoma. En ocasiones esta situación puede conducir a conflictos entre los familiares que echan en cara a la persona que ha desempeñado el papel de cuidador hasta entonces, el no seguir haciéndolo todo el tiempo cuando en realidad los demás han descargado en el cuidador toda la responsabilidad de la atención hasta entonces. Y en ocasiones pueden temer el asumir el papel de cuidador porque esto suponga la asunción de unos compromisos que luego puedan ser excesivos para lo que ellos desean, o incluso, aunque deseen establecer esta relación pueden no saber cómo hacerlo.

Hay que ser conscientes de que un familiar con sentimiento de culpa relativo a la incapacidad de cuidados o a la relación con el mayor, va a suponer un menor apoyo informal a esta persona, y de peor calidad y una mayor probabilidad de aparición de conflictos, tanto con el mayor como entre los miembros de la familia.

#### 5) Información

La familia en un centro de día viene necesitada por la situación que vive en relación a la necesidad de apoyo para cuidar y atender a su familiar mayor, de información relativa a muchos de los aspectos relacionados con la enfermedad o problemas del mayor. Parte de esta información será facilitada en el propio centro y otros aspectos como lo relativo al significado del diagnóstico, pronóstico, etc., deben ser ofrecidos por otros niveles de atención como por ejemplo el Centro de Salud Mental en un marco de complementación entre los diferentes servicios.

## 6) Formación

Tal y como refleja la teoría del ajuste social ecológico-conductual de Edmunson (Costa y López, 1986) normalmente no nos hace falta ayuda profesional para relacionarnos y desenvolvernos en la vida diaria y somos más o menos capaces de solucionar los problemas, pero en ocasiones necesitamos ayuda de los sistemas naturales de apoyo, esto es, la familia, amigos, etc. y en ocasiones estos no son suficientes y necesitamos la ayuda profesional. En este caso una familia ante una situación nueva y desconocida puede necesitar que se le diga profesionalmente que ocurre, por qué y cómo debe reaccionar.

## 7) Integración del usuario y familia en el centro

La familia debe saber cuál va a ser o cual puede ser su rol en el centro, a través de visitas, sesiones conjuntas y/o entrevistas con los profesionales. Para ello desde el Centro de Día se pondrán los medios adecuados para dotar a ese sistema familiar y en concreto a la figura del cuidador principal de los medios necesarios para desarrollar su función adecuadamente tanto en lo relativo al apoyo instrumental y cuidados, como al apoyo informacional, para que puedan dirigirse al lugar adecuado para obtener ayudas adicionales, p.e. trabajador social de base, asociaciones de familiares etc. Y no esperar a que así lo haga sin explicar esa expectativa y dar los medios materiales y humanos para que pueda hacerlo.

## 8) Capacitación y creación de sistemas naturales de apoyo

Nuestro objetivo es capacitar al mayor a ser más hábil, más capaz de resolver sus problemas individualmente, y a la familia a resolverlos por sí misma. Pero para hacerlo necesitamos, además de la formación, de redes y sistemas naturales de apoyo (redes de apoyo social, amigos, compañeros de trabajo, conocidos, voluntarios, estructuras de apoyo de bajo nivel implicativo como hogares y clubs de jubilados, grupos de autoayuda, asociaciones de familiares de personas con una enfermedad concreta, como por ejemplo el Alzheimer...) que nos sirvan de soporte para la resolución de problemas y el desarrollo personal.

Apoyo Informal Instrumental	Entrenamiento en pautas de cuidado, higiene, AVD, telealarma, Ayuda a domicilio, Programas de Estancias Temporales...
Apoyo Informal Emocional	Técnicas de reducción de stress, de relajación, de HHSS y comunicación...
Apoyo Informal	Información sobre recursos, directorios, manuales...

### 9) Motivación

Una premisa básica en la intervención con los familiares es la motivación como aspecto necesario, favorecedor y determinante en la asunción de un rol complementario junto a los profesionales del centro y en la tarea de cuidado y apoyo al mayor, y para la participación en el programa de atención a la familia.

Para conseguir una mayor motivación potenciaremos los siguientes ingredientes fundamentales:

- **Conocimiento.** La motivación será probablemente mayor en la medida en que se conozca, se posea información sobre el centro y recursos, sus programas y sobre el usuario. Esta información debe ser clara y explícita.
- **Relevancia de la intervención y/o tratamientos.** La motivación será mayor en la medida en que la intervención sea relevante, esto es de respuestas a las necesidades e intereses de esa familia.
- **Consecuencias del comportamiento de cuidados y apoyo.** El comportamiento del cuidado y atención a la persona mayor no suele seguirse en ocasiones de consecuencias positivas lo que puede derivar en una disminución de la calidad de vida del cuidador. Desde la intervención profesional en un centro gerontológico es fundamental invertir, en la medida de lo posible esta relación descrita convirtiéndonos, de alguna manera, en reforzadores de las conductas de cuidados y apoyo social hacia el mayor tanto en lo instrumental, como, y sobre todo, en lo afectivo y emocional, a la vez que descargamos de las consecuencias negativas, estresantes que pudieran surgir como consecuencia del cuidado instrumental.

Conducta de cuidado	Consecuencias 1	Consecuencias 2	Consecuencias 3
Cuidado y apoyo emocional.	Agotamiento, stress, disminución de tiempo libre, de recursos económicos, de relaciones sociales, síndrome del quemado.	Sensación de impotencia.	1. Disminución de la conducta de apoyo emocional. 2. Disminución de la conducta de cuidado.

#### 5.3.2. Pasos a seguir en la atención y tratamiento a personas mayores y sus familias

En el desarrollo adecuado de la atención, intervención y tratamiento de los mayores y sus familias se debe definir qué objetivos se plantean, cuál es el problema si lo hubiere y qué pasos dar para solucionarlo, comunicarlo adecuadamente al sujeto y familia, llegar a un acuerdo con estos y dar los pasos necesari

rios para la consecución de estos objetivos deseados. Asimismo se establecerán indicadores de evaluación del programa de intervención elaborado.

### **5.3.2.1. Análisis y evaluación del sujeto y su sistema familiar**

- a) Análisis de la **naturaleza del sistema**, cómo es, como se presenta, como se comunica y relaciona, con nosotros y entre ellos.
- b) Evaluación de si existe una **crisis** en ese momento y por tanto si el sistema está desestructurado, por ejemplo, cuando la persona mayor comienza a presentar problemas de comportamiento por demencia, tendremos que analizar qué consecuencias tiene en el resto de miembros de la familia, cómo ha influido en el mismo (Blazer, 1985).
- c) **Roles** que se juegan en la familia: qué roles y quién asume cada uno de ellos, por ejemplo, quien es el cuidador, el líder, quienes son facilitadores, quienes huyen de asumir responsabilidades... (Garez, 1979).
- d) Análisis de si la familia es extensa o nuclear, esto es si el sistema está compuesto por miembros de tres generaciones, abuelos, padres, tíos, hijos, o solamente de dos siendo el núcleo familiar los padres y los hijos.
- e) Valorar qué tipo de **ideas, creencias y atribuciones** tienen relativas a la vejez, al papel del mayor en casa, de su actividad, de las relaciones y las expectativas que tienen de la actuación de los demás.
- f) Observar el **estilo de toma de decisiones** que se utiliza entre los miembros de la familia: entre todos, o se sigue a pies juntillas las opiniones del líder sin participar con alternativas ...
- g) Analizar el **ambiente familiar**, si es ansioso o relajado, lo cual determinará el estilo de interacción...
- h) El **tipo de familia**, si es cohesionada o fragmentada, los **subsistemas** posibles entre miembros de la familia, si es compatible o incompatible, productiva o improductiva, frágil o estable y rígida o flexible.
- i) Valorar las **expectativas** que los miembros tienen respecto a su familia, a las relaciones, y también, cómo no, respecto a nuestra intervención.
- j) Observar **cómo se adapta** la familia a nuevas situaciones, como la jubilación, el nido vacío, las pérdidas, así como la tolerancia de la familia a la enfermedad y el apoyo social que es capaz de brindar.
- k) Observar el estado psíquico de el/los **cuidador/es** y evaluar las necesidades de apoyo instrumental, informacional y emocional que presenta así como de las demandas que hace.

#### FASES DEL PROCESO

- Análisis y evaluación del sujeto y del sistema familiar:
- Naturaleza del sistema
- Existencia de situación de crisis
- Roles: cuidador, facilitador,...
- Ideas, creencias y atribuciones
- Habilidades y estilo de toma de decisiones
- Atmósfera familiar
- Tipo de familia: nuclear o extensa,...
- Expectativas respecto al centro, a la intervención...
- Capacidad de adaptación
- Hipótesis funcional:
  - ¿Existen las habilidades? ¿Se utilizan?
  - Análisis funcional de la relación y comportamientos
  - Devolución de información y acuerdo terapéutico
- Intervención
- Evaluación post-tratamiento

#### 5.3.2.2. Hipótesis del funcionamiento familiar en relación a la persona mayor

Este análisis detallado de la familia, su estilo de comportarse y relacionarse y a partir de ahí de enfrentar la realidad permitirá elaborar una hipótesis del funcionamiento familiar así como de las necesidades o demandas planteadas. Es desde este punto que se podrá llegar un acuerdo de intervención con la familia y sus miembros, entre los que se encuentra el mayor, pudiendo establecer en este contexto objetivos terapéuticos y/o de intervención, apoyo, etc. reconocidos por todos y por la consecución de los cuales todos trabajarán.

#### 5.3.2.3. La intervención

Será específica según las características de esa familia, de la problemática de las misma y del mayor, así como del ámbito desde el que se afronte el tema y el objeto de intervención. Así tendremos la posibilidad de trabajar desde la atención sanitaria o de los servicios sociales, desde instituciones o desde el voluntariado, desde perspectivas comunitarias o desde una perspectiva más clínica e individualizada. La persona mayor puede estar sana o enferma, disponer de unas buenas relaciones sociales o estar aislada determinando estos elementos el estilo de abordaje e intervención así como probablemente los objetivos por los que traba-



jar. No obstante lo que no debemos de perder de vista es que el objeto de intervención es el sistema.

#### **5.3.2.4. Indicadores de evaluación**

Antes de comenzar el proceso de intervención propiamente dicho debemos establecer claramente los indicadores de evaluación que vamos a utilizar para valorar el progreso del plan de trabajo. Igualmente estableceremos la metodología a seguir para esta evaluación.

#### **5.3.2.5. Algunos aspectos a trabajar con familiares**

A continuación se señalan algunos problemas específicos que encontramos en la práctica de trabajo con familiares de personas mayores.

**a) La culpa.** El sentimiento de culpa puede aflorar en estas familias debido a varios factores entre los que podemos señalar:

- La excesiva **autoexigencia** del cuidador ante una situación de dependencia del mayor.
- Creencia del cuidador/a de que la sociedad le exige cumplir sus **deberes** de hijo/a.
- Cuando se decide el ingreso en un centro de día todavía esta vigente la amenaza "**del qué dirán**".
- El cuidador vive como **responsabilidad** suya el saber qué hacer ante todas las situaciones, muchas veces límites, pero a las que ni siquiera los profesionales y especialistas podemos dar respuesta adecuada.
- También el mayor puede sentir **culpa** cuando ve que las relaciones con los hijos son mas distantes, cuando ve "la carga" que supone para su hija, cuando coge las maletas para cambiar de domicilio de hijo periódicamente...

En general el sentimiento de culpa aflora fácilmente en estas situaciones tensas o difíciles de manejar si no existe una sincera **comunicación y clarificación de mensajes afectivos**, que muchas veces sesgados por circunstancias ajenas provocan malentendidos peligrosos cara a originar sentimientos de este tipo.

**b)** Otro fenómeno habitual es la **deslegitimación del mayor** por parte de la familia, especialmente cuando se encuentra en situación de dependencia, provocando sentimientos e interacciones negativos. En estas relaciones de dependencia, es a veces la propia familia y/o cuidador quien provoca inconscientemente una mayor disminución de la capacidad funcional a través del refuerzo diferencial de las conductas dependientes. Desde el punto de vista

interaccional debemos intentar mantener, incluso en los casos de deterioro, un alto nivel, el mayor posible de individuación relacional adulta.

- c) Entre los problemas de relación que podemos encontrar en las familias tenemos la **rigidez relacional**, como la poca flexibilidad, o capacidad de amoldarse y adaptarse a las nuevas situaciones con nuevas interacciones. Esto va a dificultar la necesaria adaptación de los subsistemas, límites y estilos relacionales dentro de la familia cuando más necesario va a ser, en situaciones de cambio y/o crisis.
- d) Otra situación problemática a nivel de interacción familiar es la **inversión de roles** que se puede dar en situaciones de dependencia, y que conviene compensar a través de estrategias que faciliten la individuación.

### 5.3.2.6. Intervención con familiares de personas mayores. ¿Que hacer?

La intervención con los familiares debe cubrir fundamentalmente las áreas principales de necesidades de esas personas, a saber, deberán cubrir el área psíquica, tanto a nivel cognitivo como psicoafectivo, el área social e interaccional, el área de autocuidado y apoyo instrumental, el área organizacional, de tiempo libre, así como el área económica.

#### 5.3.2.6.1. Intervención en el área cognitiva

Desde esta intervención debemos modificar las ideas, creencias y atribuciones, las representaciones sociocognitivas existentes en nuestra sociedad en lo relativo a los elementos antes expuestos: cuidado, papel del cuidador, de la familia, el ingreso en residencias, el valor de la edad, los modelos de familia, etc., de manera que estas se ajusten a la realidad sociocultural actual así como a las necesidades del colectivo de personas mayores, corrigiendo en lo posible los desajustes propios del "ageism" (viejismo).

Para conseguirlo será necesario intervenir en la imagen que de las personas mayores y de sus familias se ofrece en la educación, la imagen que ofrecen los medios de comunicación, y especialmente la que ofrecen los profesionales y personas que trabajan con mayores.

No es posible seguir lanzando mensajes, desde los profesionales, que se convierten en profecías autocumplidoras de generación de dependencia e invalidez en los mayores, no es propio de los profesionales o voluntarios, seguir culpabilizando a la familia cuando hay ingresos en centros gerontológico o cuando un mayor vive solo.

Las personas que trabajan con mayores, los responsables de los programas de intervención, las instituciones y medios de comunicación, todos en general debe-

mos cuidar nuestros puntos de vista, la imagen que tenemos y nuestros comportamientos hacia los mayores y sus familias, empezando por cambiar el lenguaje, lo que decimos y escribimos, lo que pensamos...

Es desde un planteamiento positivo, esto es, desde la formación y capacitación desde donde podremos conseguir que las familias se impliquen en procesos de apoyo y terapéuticos. Una atmósfera libre de ansiedad y exigencias excesivas es la base para que se de un aprendizaje y una implicación en estos procesos positivos para los mayores y sus sistemas familiares.

Las habilidades de comunicación y de resolución de problemas son, en muchas ocasiones, la base o el origen de los conflictos. Una mínima formación en ambos aspectos puede facilitar las relaciones tanto a nivel afectivo, como instrumental.

#### **5.3.2.6.2. Intervención en el área psicoafectiva**

Es este área, en ocasiones la más afectada por la dependencia de la persona mayor, por el contenido emocional que esta situación puede tener tanto en cuanto al stress que genera con el correlato psicofisiológico, como por la propia exigencia de la inversión de roles y por tanto reestructuración afectiva.

Es de destacar aquí la importancia de lograr una clarificación de los mensajes afectivos entre los miembros de la familia, incluso entre diferentes generaciones, a través del entrenamiento en habilidades de comunicación más arriba citado.

Entrenaremos a las personas cuidadoras y en general a aquellas que presenten problemas de tipo psicoafectivo en el seno familiar, en estrategias de manejo y reducción del stress, así como en la expresión de mensajes de tipo emocional, a veces bloqueada por la problemática generada por la dependencia, o la simple presencia de la figura paterna de uno de los cónyuges.

El entrenamiento en manejo de conductas problemáticas del mayor parece tener resultados positivos en el estado emocional del cuidador y probablemente influya en el mantenimiento por más tiempo en el domicilio del mayor, aunque este extremo parece no estar claro. Tal vez otros aspectos influyan en mayor medida.

Los problemas psicoafectivos de tipo depresivo, ansioso, etc. exigirán un tratamiento adecuado a nivel psicofarmacológico, psicoterapéutico, y de apoyo social.

#### **5.3.2.6.3. Intervención en el área interaccional**

El apoyo social es un elemento importante en el mantenimiento del mayor en el domicilio cuando este está enfermo, así como del mayor que vive solo y recibe ayuda de los familiares cercanos o incluso del vecindario o entidades, voluntarios, etc. (Ver capítulo 6).

El apoyo social como conjunto de relaciones sociales, entre las que destacan las familiares, que proveen al sujeto de afecto, ayuda, imagen positiva, información, etc. supone un mediador importante en el proceso de afrontamiento de los eventos estresantes, como las pérdidas, enfermedades, problemas económicos, etc.

Destacar igualmente el proceso que juega en el mantenimiento y recuperación de la salud, favoreciendo un mejor estado psicofísico y un mejor afrontamiento y recuperación de la enfermedad.

Desde esta perspectiva y un enfoque comunitario es importante desarrollar, fomentar la creación, aparición y mantenimiento de redes sociales y familiares que permitan el mantenimiento del mayor en su domicilio, en su medio, etc. Con este fin tendremos que crear recursos para estas redes sociales y familiares, para que puedan desarrollar su función por más tiempo y más adecuadamente.

Entre los programas a incluir en este apartado se pueden señalar los programas de estancias temporales, o de respiro, para que el mayor esté un período limitado de tiempo en una institución de cuidados, y la familia así se tome un respiro de la carga de cuidados. Estos programas son muy demandados en la actualidad y en general los resultados son buenos aunque debemos especificar la importancia de que tengan un carácter más centrado en el mayor que solamente en los cuidadores.

#### **5.3.2.6.4. Intervención en el área de cuidado y apoyo instrumental**

El apoyo instrumental se centra en proporcionar a la familia ayudas para la realización de las actividades cotidianas de cuidado, limpieza, etc. siendo los programas de estas característica más conocidos los de ayuda a domicilio.

Es de destacar el papel que pueden jugar en este aspecto los centros de día que permiten a la familia seguir desarrollando normalmente las tareas cotidianas, trabajo etc., mientras la persona mayor pasa parte del día en el centro con unas atenciones adecuadas tanto en el área sanitaria, psicoafectiva, cognitiva, psicomotriz, relacional y sociocultural sin que suponga una institucionalización.

Es este recurso uno de los más necesitados actualmente para desarrollar una buena red de servicios sociales para los mayores, especialmente por que permite el tratamiento rehabilitador adecuado mientras el mayor sigue perfectamente integrado en su ambiente familiar y sociocultural.

A nivel institucional debemos fomentar la creación de recursos adecuados a las necesidades existentes en cada momento, favoreciendo, sí, el mantenimiento de los mayores en su domicilio, medio, etc, pero siempre en condiciones y no precisamente como ocurre ahora por una negligente atención tanto profesional como institucional. Son necesarios más recursos intermedios, como centros de día,

pisos protegidos, unidades de convivencia, ayuda a domicilio, así como plazas residenciales para aquellos casos en que sea necesario.

#### **5.3.2.6.5. Intervención en el área organizacional**

No parece fácil influir en la organización familiar desde intervenciones de poca implicación, o de carácter muy general, sin embargo determinadas situaciones como las mencionadas más arriba de problemática de límites, de rigidez relacional, de falta de capacidad de adaptación a las situaciones nuevas, de incapacidad de procesar nueva información o de recibir aportes del exterior exigirán intervenciones y/o tratamientos familiares destinados a modificar estos parámetros del estilo organizacional del sistema.

En un nivel más superficial, pero no por ello menos importante podríamos señalar el caso de las familias desorganizadas en sus quehaceres, vida cotidiana, autocuidado... problema que bien puede aparecer en las personas mayores que viven solas, por lo que el papel de la familia para ofrecer un soporte organizativo es fundamental.

En este segundo aspecto del problema de la desorganización podremos intervenir entrenando a los sujetos y sistemas a planificar sus actividades y la realización de sus quehaceres cotidianos.

Otro elemento importante a lograr en estos casos suele ser la realización conjunta de actividades gratificantes que provean de refuerzo y que al realizarse conjuntamente unifican de forma clara el sistema.

En ocasiones las fuerzas de dispersión existentes en el sistema familiar, las fuerzas centrífugas que tienden a distanciar a los miembros del mismo, parecen ser mas fuertes que las fuerzas centrípetas, aquellas que tienden a acercar a los miembros del sistema familiar. Es aquí que podemos tal vez posibilitar estrategias que cambien esta tendencia a través de la utilización de las técnicas expuestas: habilidades de comunicación, de expresión de sentimientos y mensajes emocionales, habilidades de resolución de problemas, de manejo del stress y relajación...

#### **5.3.2.6.6. Intervención en el área de tiempo libre**

Un área importante a desarrollar es el fomento de una ocupación del tiempo libre de la forma más reforzante posible, en cuanto el aspecto lúdico de la relación constituye uno de los elementos mas importantes de una relación y va a suponer unas consecuencias en las áreas psicoafectiva y relacional muy relevantes.

La posibilidad de redescubrir las aficiones pasadas o aquellas actividades que se realizaban en común cuando todavía no había aparecido el problema o el proceso de dependencia pueden ofrecer al sistema familiar y al cuidador principal, en concreto, elementos de interacción positiva, que compensen primero los aspectos

tos negativos de la situación, que van a permitir realizar actividades positivas para la persona mayor y redescubrir una relación que habiendo sido positiva y satisfactoria durante mucho tiempo, ahora puede estar pasando por una situación crítica.

INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>• Área cognitiva: pensamientos, ideas, atribuciones...</li><li>• Toma de decisiones, técnicas cognitivas...</li><li>• Área psicoafectiva: ansiedad, depresión, culpa, emociones</li><li>• Entrenamiento en relajación...</li><li>• Área interaccional: rigidez relacional, inversión de roles...</li><li>• Habilidades sociales...</li><li>• Área de cuidado y apoyo instrumental</li><li>• Actividades de la vida diaria</li><li>• Área organizacional</li><li>• Área de tiempo libre</li><li>• Actividades reforzantes y de planificación</li></ul>

#### 5.4. Ocio, tiempo libre y cultura

Las intervenciones de carácter cultural proporcionan al colectivo de las personas mayores un espacio y un medio para comunicarse, compartir experiencias, recordar y adquirir conocimientos, abrirse a lo que les rodea, etc.

También ofrece la posibilidad de una formación permanente. Se entiende que la adquisición de conocimientos y el desarrollo personal, no sólo se dan en la infancia y en la juventud, sino que es algo que se puede dar durante todo el ciclo vital.

Las necesidades de formación, de aprender y utilizar lo aprendido, de mantener y desarrollar capacidades, gustos, aficiones e intereses, enriquecerse al tratar temas que les conciernen o al expresar y comparar puntos de vista, no solamente tiene un reflejo en la sensación de bienestar y en la autoestima, sino que posee un carácter preventivo intrínseco desde una idea amplia de salud, a la vez que produce o puede producir beneficios no solo a los que participan sino también a las demás personas del centro.

#### Objetivos

1. Buscar y analizar información.
2. Reflexionar sobre temas de la realidad actual.

3. Adquirir conocimientos prácticos y aplicables.
4. Acceder a la cultura para conocerla y disfrutarla.
5. Vivir la cultura activamente, compartiendo diferentes culturas y creando una propia cultura e grupo.
6. Mantener activas las capacidades intelectuales.
7. Prevenir procesos de deterioro intelectual y problemas psicoafectivos.
8. Aumentar la calidad y cantidad de contactos que mantienen los individuos.

#### **5.4.1. Aula de cultura**

El aula de cultura es un espacio en el que de manera grupal se trabajan contenidos culturales, educativos, desde una metodología participativa y dinámica.

Seguindo a Aragón, I. (1998) los principios básicos son la inclusión en el Programa de Intervención Psicosocial, en el Área de Ocio – Cultura, entendiendo la educación como medio de prevenir dificultades de adaptación y la formación permanente como recurso para el enriquecimiento personal.

La participación en un grupo permite adquirir, actualizar, compartir experiencias, ideas, conocimientos..., disfrutando de ello, comunicarse e interactuar socialmente, ocupar activa y productivamente el tiempo libre, desarrollar la creatividad y mantener activas las funciones intelectuales, conectar con el entorno inmediato y con la realidad social e intervenir en la creación de una “cultura social”.

Las bases metodológicas del aula de cultura son:

- Dinámica participativa / “Horizontal” respecto al monitor.
- Protagonismo del grupo en la elección de temas /actividades propuestas y en aportaciones concretas.
- Potenciación de conocimientos previos: conectando lo nuevo con lo conocido, y utilizando lo conocido para enriquecimiento del grupo.
- Concreción, conexión con la realidad y generalizabilidad de aprendizajes.
- Y el Disfrute, disfrute, disfrute!!!!!!...

PROGRAMA AULA DE CULTURA				
FINALIDAD	OBJETIVOS GENERALES	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OPERARIZACIÓN	EVALUACIÓN (INDICADORES)
CONTRIBUIR A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA	Adaptación y participación de la persona en su entorno social.	Participar en actividades grupales.	Asistencia a sesiones: dinámicas de grupo, contacto con otros grupos (residencia / comunidad).	% de asistencia. Nº y resultados de las dinámicas realizadas. Nº de contactos.
		Buscar y analizar información.	Análisis, comparación crítica de medios de comunicación.	Nº de sesiones dedicadas. Autoinforme (frecuencia, aportaciones).
		Reflexionar en grupo sobre temas de la actualidad.	Charlas, debates sobre temas de interés (material audiovisual).	Nº de sesiones dedicadas. Auto informe (preferencia, temas favoritos).
	Desarrollo integral de los participantes.	Mantener activas las funciones intelectuales.	Ejercitación a través de lecto-escritura, expresión verbal y "juegos intelectuales".	Nº de sesiones. Indeterminado.
		Adquirir conocimientos prácticos.	Aprendizaje y/o puesta al día en cuestiones prácticas cotidianas.	Nº y tipo e cuestiones prácticas tratadas. Autoinforme (preferencia, cuestiones elegidas).
		Acceder a la cultura: conocerla y disfrutarla. Aportar y crear.	Lectura, documentales, música, teatro... Creaciones de grupo (paneles, adornos, etc.). Elección de temas, actividades. Compartir "Lo propio".	Nº de sesiones. Autoinforme (preferencia, temas y/o actividades elegidas).



Las características que deben de cumplir los programas de ocio / tiempo libre son:

1. Debemos **aprender** a pasar nuestro tiempo libre.
2. **Organizar**, estructurar nuestro tiempo libre.
3. Llenar nuestro tiempo con **cosas concretas**. Es bueno **comprometerse** con algo.
4. **Áreas** a tener en cuenta:
  - Salud: Deporte, etc.
  - Relaciones sociales: Asociaciones, sociedades, cuadrillas, etc.
  - Intentar utilizar todas nuestras capacidades.
5. Tiene que resultarnos **satisfactorio**. Hacer cosas que nos gustan.
6. Establecer **metas** a corto, medio y largo plazo.
7. Éstas metas deben ser **alcanzables**.
8. Deben suponernos un pequeño **esfuerzo**, para conseguir mantener mejor nuestras capacidades.
9. Si son **variadas** mejor.
10. No pasar el tiempo por pasarlo.
11. Hacer lo que te gusta, y que te guste lo que haces.

Algunas actividades a realizar en estos programas son.:

- a) Lectura.
- b) Debates.
- c) Análisis de temas de actualidad.
- d) Análisis de textos.
- e) Trabajo de entrenamiento en memoria, vocabulario, cálculo, orientación, lenguaje, y, en el nivel de los participantes.
- f) Actividades artísticas: teatro, canto,...
- g) Cultura popular.
- h) Idiomas autóctonos.

### **Grupos**

Se contempla la posibilidad de unir el aula de cultura con otros programas (envejecimiento saludable, programas de ocio, etc. indicados en este Plan General de Intervención). Una de las cuestiones a mejorar que se ha detectado es la necesidad de relacionar unos programas con otros en aras de buscar una globalidad de la intervención.

Se propone asimismo utilizar los contenidos de los programas de formación para voluntarios, profesionales y familias, como contenidos de trabajo de estos programas.

### **5.5. Participación sociocomunitaria**

Tal y como se ha señalado desde el comienzo, el modelo comunitario y psicossocial propugna la conveniencia de tratar los problemas y las necesidades de los sujetos en el entorno natural de los mismos. Estos modelos suponen una aportación importante en la superación de los modelos de valores sociales subyacentes hacia los mayores (Moody, 1976) como el “modelo de rechazo” que suponen un aislamiento y separación de los mayores especialmente los más débiles y dependientes, y de los modelos de servicios sociales, todavía hoy predominante que responden a demanda y con una importante dosis de paternalismo y manteniendo todavía subyacente la idea de que las personas mayores y especialmente las dependientes no tienen ningún valor, manteniéndose también la distancia y separación entre profesionales y receptores de servicios y con sistemas burocráticos de atención y gestión de la demanda que todavía generan más “indefensión aprendida” y permiten trabajar por desarrollar modelos de participación y autorealización (Heumann y Boldy, 1995).

El modelo de participación rechaza la visión de los mayores como personas sin valor, incapacitados y pasivos, no productivos y al margen de la sociedad. La autonomía de las personas es un factor vital para que puedan mantener el control sobre sus vidas y su entorno y para que puedan tenerlo también sobre su sistema de asistencia.

El modelo de autorealización sería el horizonte al que se tendría que tender en un entorno y sistemas progresistas, basándose en una visión holística de la vida en la que el crecimiento y el aprendizaje serían las constantes vitales y por tanto en la vejez se lograría la culminación del ciclo de vida.

A lo largo del tiempo la atención e intervención con las personas mayores ha venido determinada por diferentes modelos subyacentes de entender la vejez y la atención, tal y como se ha apuntado anteriormente.

Fundamentalmente se puede afirmar que desde los modelos caritativo-benéficos de atención centrados en una relación de desequilibrio entre quienes podían dar y aquellos que por problemas de salud, abandono y pobreza nada tenían y se convertían en meros receptores de unas atenciones por las que debían de estar agradecidos pues tenían un carácter graciable y no existía ningún derecho a las mismas. La responsabilidad de esta atención se asumía por parte de instituciones religiosas que centraban sus esfuerzos en paliar las situaciones de gravedad más que en mejorar la situación de las personas que las sufrían.

Posteriormente con un mayor conocimiento de las personas mayores cobraron importancia los modelos sociales de analizar la vejez basados fundamentalmente en las teorías de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961), de la actividad (Tartler, 1961; Maddox 1962/65/66) y del apego y compromiso (Kalish y Knudtson, 1976) en los que la persona actúa en función de una determinación social por roles sociales según una influencia funcionalista importante.

En la atención e intervención el modelo médico y clínico ha tenido una gran influencia en los últimos 20 años tanto en la atención geriátrica como gerontológica, a partir del incremento de las enfermedades crónicas y situaciones de dependencia en las personas mayores. Este modelo médico y clínico se centra en la búsqueda de alteraciones orgánicas como factor principal de los problemas de salud y enfermedades, utiliza una tecnología aplicada basada en el paradigma biológico y fisiológico y centrado en la enfermedad individual.

El modelo clínico supone una perspectiva unidisciplinar y unidireccional con un elevado coste, con una medicalización importante y un incremento del consumo de fármacos, una geriatrización de la vejez y de la atención a las personas mayores así como la necesidad de implantación de unidades especializadas en los centros para mayores.

Mantienen igualmente una concepción de la salud en la que el técnico es la autoridad competente, el único que puede opinar y dictaminar, utilizando un lenguaje técnico, solo comprensible para los iniciados y normalmente mantiene una actitud de "espera" a que lleguen los problemas y "enfermos" o "pacientes". Por el contrario el usuario es entendido como un "lego" que nunca puede opinar o sugerir, "debe obedecer" y seguir la prescripción y es quien busca el servicio cuando esta enfermo.

Este modelo tiene un carácter unisectorial, los profesionales son los únicos agentes "capacitados" para intervenir. Se basa en un estilo de espera y en unas habilidades profesionales de carácter clínico terapéutico, la organización de la intervención se basa en acciones aisladas y el sistema asistencial se centra en equipamientos altamente especializados como los hospitales. El ámbito de la intervención es individual, de carácter terapéutico casi exclusivamente, sobre una población enferma buscando un cambio personal e individual y desarrollando una relación de dependencia.

Desde los modelos comunitarios y psicosociales se entiende la salud como un proceso, como un concepto dinámico, y no solamente como un derecho sino también como una responsabilidad, y no como algo exclusivamente individual sino también grupal y como su nombre indica comunitario por lo que se establecerán objetivos de ámbito comunitario, se buscará una intervención integral y una continuidad de cuidados.

En esta concepción se entiende al sujeto como alguien que puede opinar, que sabe sobre sus problemas y necesidades y a los técnicos y profesionales como asesores que deben promover en los sujetos, grupos y comunidades competencias para hacer frente a los mismos.

El estilo de intervención comunitario parte de la escucha activa, de los acercamientos informales, de la información que proporcionan las personas significativas, incorpora a los sujetos al proceso de diagnóstico de los problemas, necesidades y demandas, a la definición de los comportamientos saludables y los factores de riesgo posible, a la definición de objetivos de cambio y a la formulación de posibles alternativas. Siempre se parte desde las habilidades disponibles para proponer y planificar acciones de cambio y mejora, pero poniendo siempre de manifiesto los puntos fuertes y las competencias y promoviendo la autoeficacia y la autoestima. Por tanto se aprovechan siempre los recursos humanos y antes de acometer o provocar los cambios se generan condiciones previas para la acción, a través de la realización de ensayos previos. Siempre se deben de buscar resultados positivos y se debe controlar los riesgos de desilusión y fracaso.

Desde esta perspectiva el centro de día como recurso dirigido a las personas en su propia comunidad, en su propio medio debe ser uno de los recursos en los que los servicios sociales deben hacer más énfasis para promover los principios de normalización, integración y participación.

Desde el área de participación e integración sociocomunitaria se deben promover los siguientes programas:

- Complementación sociosanitaria
- Programas de formación y capacitación
- Comisiones de participación de usuarios y de familiares
- Programa de Participación general con reuniones periódicas
- Programa de Comunicación
- Mapa comunitario y programa de puertas abiertas
- Programa de relaciones intergeneracionales.

### **5.5.1. Complementación sociosanitaria**

Desde estos modelos el centro de día tal vez no debe pretender disponer de todos los recursos y servicios que necesita la persona mayor atendida: servicios sociales, atención médica y sanitaria, programas culturales, sino que debe establecer los mecanismos de complementación necesarios tanto entre diferentes niveles de atención, por ejemplo con el servicios de ayuda a domicilio, como con el sistema de salud, con el Centro de Atención Primaria e incluso con el Centro de Salud mental en los casos de demencias y deterioro cognitivo.

Por ejemplo puede relacionarse con el club social para lograr sinergias en programas o con el voluntariado para complementar otros programas.

La base de esta complementación reside en una adecuada planificación, un mutuo conocimiento y la utilización de protocolos o sistemas de información complementarios, además de las relaciones informales entre los profesionales que en muchas ocasiones son las que permiten que funcione esta coordinación a falta de sistemas de coordinación estructurados con carácter institucional.

### **5.5.2. Programas de formación y capacitación**

Los centros de día deben tener como uno de sus objetivos la formación tanto de sus profesionales y voluntarios como de aquellas personas mayores que no tienen una disminución de las capacidades mentales y de los familiares de estos y especialmente de aquellos de personas mayores con demencia.

El objetivo de esta formación debe ser, entre otros, el compartir una manera de entender la vejez y la dependencia, un modelo de atención, hacer saber exactamente que se hace en el centro y que se pretende con cada intervención, cual es el papel de cada uno de los interlocutores del mismo, como se complementan etc., tal y como se ha desarrollado, por ejemplo en el Programa de la Red Europea TTS, de Formación, Entrenamiento y Apoyo (AAVV, 1998).

Además desde el Centro se puede hacer una labor de formación complementaria para otros agentes sociales como las asociaciones de familias de enfermos de alzheimer que matienen a sus familiares afectados de la enfermedad en el domicilio, etc.

### **5.5.3. Comisiones de participación de usuarios y de familiares**

Si realmente se desea implantar un modelo participativo se debe disponer de una Comisión de usuarios y de familiares que represente los intereses de los clientes y puedan trabajar conjuntamente con los responsables del centro aportando sugerencias, conociendo los planes y resultados de los programas del centro, revisando los reglamentos, documentos de bienvenida, etc. Estas comisiones no deben tener tanto una función de control y de defensa de derechos como de aportación y complementación, pues en ocasiones estas Comisiones se han creado pero se han vivido con cierto recelo por el posible efecto de control que pueden suponer, o se han inutilizado para minimizar su efecto.

### **5.5.4. Programa de Participación general con reuniones periódicas**

Todos los usuarios y/o sus representantes legales deben reunirse periódicamente para conocer los planes, actuaciones, programas, inquietudes del equipo etc. y aportar todas aquellas sugerencias, reclamaciones etc. que consideren oportunas para mejorar tanto la atención como el clima social del centro.

### **5.5.5. Programa de Comunicación**

Desde el centro debe definirse cual va a ser el programa de comunicación del centro hacia sus trabajadores, hacia los usuarios y familiares y hacia otros clientes institucionales, proveedores etc.

Un buen programa de comunicación puede incluir desde las reuniones periódicas, la utilización de documentos de información interna, circulares, informes, revista del centro, cartas, etc., así como los criterios que regirán su utilización.

### **5.5.6. Mapa comunitario y programa de puertas abiertas**

Uno de los programas de relaciones comunitarias puede ser el tener un mapa comunitario, esto es un plano del barrio o del pueblo o ciudad en que esta inserto el centro y señalar aquellas instituciones, entidades, recursos sociales, asociaciones etc. con las que se tiene vinculación, de manera que estas relaciones esten planificadas conscientemente y se haga un trabajo de comunicación etc. coherente con las mismas. En este marco la realización de programas de puertas abiertas a la comunidad puede ayudar a que estos centros se vivan como propios, como un buen recurso comunitario y como algo a proteger y potenciar, frente a los discursos negativistas que en ocasiones se difunden en medios de comunicación en relación a los centros y recursos para personas mayores.

### **5.5.7. Programa de relaciones intergeneracionales**

El programa de relaciones intergeneracionales busca ir más allá en este sentido y pretende lograr una red de relaciones con instituciones educativas de manera que las personas mayores puedan aportar su experiencia a los centros educativos y a los alumnos de diferentes edades que estudian en los mismos, por ejemplo en las asignaturas de "ciencias sociales" o "valores" a la vez que estos realizan algún tipo de colaboración y/o voluntariado en los centros de atención a mayores, aportando a estos un tipo de relación muy gratificante y adecuado a nivel cognitivo por cuanto de ver nuevas maneras de pensar, etc., supone.

## **5.6. Intervención ambiental**

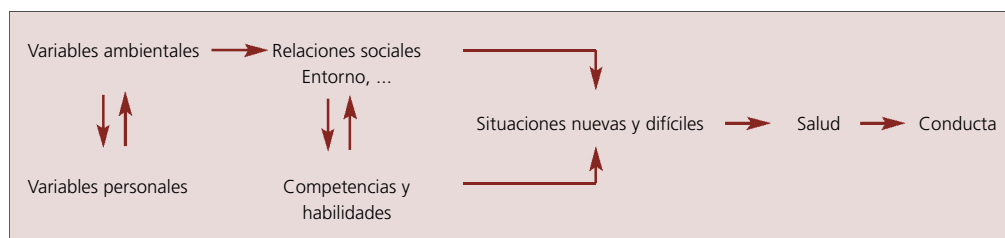
Desde un modelo integral de atención en los centros de día debemos buscar también poder intervenir desde la estimulación ambiental.

Desde los modelos de ajuste ambiental (Kahana, 1975; Kahana, Liang y Felton, 1980) se ha definido el modelo de Congruencia, esto es que la conducta de la persona es función de la interacción entre sus necesidades y la posibilidad que existe en el ambiente para satisfacer las mismas. La diferencia entre presión ambiental y necesidad llevará al ajuste, al control de la persona o el abandono

del ambiente. El intento de ambiente óptimo viene definido por el grado en que es congruente con las necesidades del individuo. Lawton (1975) sin embargo estima que la conducta del sujeto es el resultado de la interacción persona – ambiente. La conducta es por tanto función de la competencia del individuo y de la presión ambiental de la situación. Por lo que el ambiente más favorable es aquel cuyo nivel de exigencia se sitúa en el límite máximo de competencia del sujeto.

El modelo ecológico–conductual (Fdez. Ballesteros, 1985,1989) reconoce la existencia de una interacción entre variables ambientales y personales. Se reconocen dos tiempos: el presente y el pasado. En el pasado, se produce una relación del individuo (variables personales) con su entorno(variables ambientales) donde se han ido generando sus creencias, actitudes, estilos de vida. Esa relación pasada sirve de modelo, influye en el presente en la interacción entre las variables contextuales (culturales, organizativas, sociodemográficas, etc.) y personales (creencias, actitudes) derivando así en un nivel de salud y en pautas conductuales determinadas. Estas conductas generadas además pueden actuar sobre el ambiente (variables contextuales) y sobre las personales (repertorios conductuales).

Por tanto, la salud vendrá determinada no solo por la biología humana, sino también por entorno, por los hábitos de vida y por el sistema de atención y prevención.



Desde este punto de vista la definición espacial, la organización del ambiente, la decoración del centro debe hacerse desde criterios protésicos y de estimulación buscando, además el confort y la funcionalidad, efectos positivos en las funciones cognitivas, en el comportamiento y la interacción social de los sujetos.

Por tanto, a la hora de diseñar un centro de día no sólo se debe hacer caso a los diferentes decretos reguladores de las características que deben cumplir los mismos, sino, y especialmente, al programa funcional de atención e intervención del centro.

Así, es importante que tanto en la zona de acceso al Centro de Día desde el exterior, como en el interior se eliminen barreras y facilite la accesibilidad a usuarios en silla de ruedas, utilizando rampas en los desniveles, ayudas técnicas, marquesinas en el exterior, etc., y cumpliendo la normativa vigente en este sentido.

Los espacios deben organizarse de manera modular adaptándose a las condiciones de las personas usuarias y especialmente a los casos de personas con deterioro cognitivo.

Se dispondrá como mínimo de una zona de recepción, unos espacios para actividades, otro para reposo y otro como zona de estar, con una superficie mínima por plaza determinada.

Además se contará con aseos y baños adaptados con las ayudas técnicas necesarias no solo para que la persona mayor pueda desenvolverse autónomamente y sin riesgo, sino también para que el cuidador que debe ayudar a los mayores pueda hacerlo en las mejores condiciones.

Se dispondrá de despachos, zonas de descanso para el personal, zona de comedor y zonas exteriores, y todo ello adecuadamente señalizado y con unos niveles importantes de garantía de seguridad y minimización de riesgos.

Por otra parte el ambiente debe garantizar un equilibrio entre la simplificación de manera que el sujeto se pueda manejar adecuadamente en el mismo con una maximización de la sensación de control sobre el espacio y la estimulación positiva frente a la privación sensorial que pueda haber sufrido en ocasiones. En este sentido deben tomarse medidas de personalización de los ambientes.

El espacio debe organizarse de manera que combine el estímulo y la interacción de las personas y la posibilidad de crear aislamiento voluntario e intimidad.

En general el Centro de Día debe contar con zonas de estimulación y actividad así como con zonas de relajación y contención en las que las personas con mayor excitación puedan manipular objetos en un contexto controlado, de máxima seguridad y a la vez relajante. Sabiendo que el porcentaje de personas con deterioro cognitivo que son atendidos en los centros de día es alto, será importante disponer de zonas y recorridos que permitan la deambulación tanto en el interior como en el exterior del centro.

La importancia del medio en la conducta del sujeto es más importante si cabe en los casos de estas personas con deterioro por lo que uno de los objetivos de la organización ambiental será la orientación a través de relojes, cuadros, pizarras, paneles informativos, fotografías del equipo y de las personas, etc.

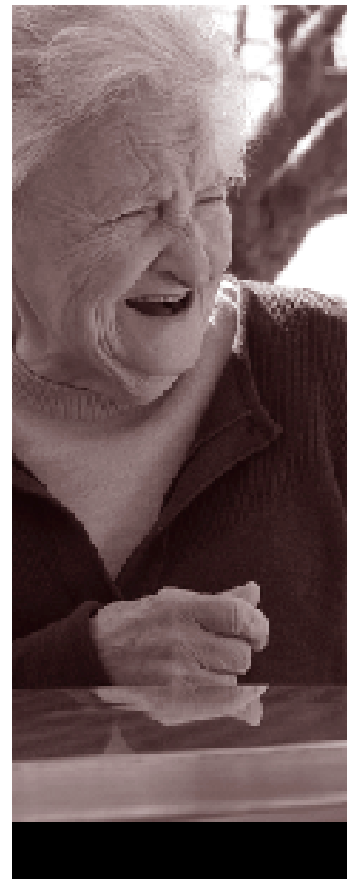
Uno de los problemas principales de estas personas son los trastornos de comportamiento por lo que será necesario disponer de espacios específicos destinados a poder atender a estas personas cuando estén agitadas, con tranquilidad, sin agobios, en un ambiente relajante con una luz tenue, más butacas y un mobiliario acogedor, etc. (ver capítulo 5.2.3.).

Las instalaciones deben cumplir todas los requisitos de la legislación vigente, pero además debe contar con una iluminación adecuada, en ocasiones regulable, ventanas y puertas que no llamen la atención, y las personas que están realizando



actividades con aislamiento acústico adecuado, mobiliario adaptado a las necesidades de las personas lo que implica medidas adaptadas a las sillas de ruedas, cantos sin riesgos, sistemas de megafonía que permitan poner estímulos discriminativos y diferencias por zonas, ayudas técnicas, etc.

Además el ambiente incluye otros aspectos como el clima social, el clima laboral de las personas que desempeñan sus actividad profesional en el centro, aspectos organizativos, claridad en la normativa, en los límites en el reparto de trabajo interdisciplinar o incluso con los voluntarios y los familiares, la sensación de cohesión entre todos los interlocutores del centro o la sensación de conflicto y desconfianza, la disponibilidad de programas, de recursos protésicos, la concepción y garantía de defensa de los derechos de los clientes y usuarios, etc. que en definitiva configuran un todo conjunto del funcionamiento del centro.



## **6. Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes**





## 6. APOYO INFORMAL Y CUIDADO DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES

### 6.1. Introducción

Aunque ya se ha señalado que la mayor parte de las personas mayores viven con buenos niveles de autonomía y salud, nuestra sociedad está asistiendo a un aumento sin precedentes de los fenómenos y situaciones que tienen que ver con la dependencia, es decir, con el conjunto de personas que necesitan algún tipo de ayuda para desenvolverse en su vida diaria, o dicho de otra forma, con la necesidad de ser ayudado o apoyado para ajustarse a su medio e interactuar con él.

NIVEL DE DEPENDENCIA								
NECESIDAD DE AYUDA PARA	65-69		70-74		75-79		Más de 80	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Levantarse de la cama	2,6	3	2,8	2,8	7,5	6,2	12,9	19,3
Vestirse y desvestirse	3,4	3	2,8	4,2	10,2	5,7	14,5	22
Cuidar su aspecto físico	1,7	2,2	2,8	3,1	7,2	5,1	13,1	23,6
Bañarse o ducharse	5,2	4,9	6,1	8,7	12,6	15,8	28,9	41,5
Acudir al servicio	1,7	2,2	1,4	1	6,1	4	10,8	17,9
Comer	0,4	1,1	0,9	1	3,4	3,5	8	11,6
Quedarse solo durante la noche	2,6	3,4	2,3	3,5	6,8	7,5	14,1	23,4
Subir o bajar escaleras	1,7	3,4	3,7	5,9	7,2	12,1	15,7	27,8
Realizar tareas domésticas	2,6	7,8	3,3	12,2	8,5	14,3	16,5	27,8
Andar, pasear	1,3	3,7	2,8	4,9	6,1	8,8	11,6	26

Igualmente se ha producido un incremento del número de personas mayores que viven solas, debido principalmente al afianzamiento de la independencia intergeneracional que junto con el mayor número de personas muy mayores, ha propiciado la existencia de una creciente cifra de hogares unipersonales entre éstas;

y un aumento de síndromes y trastornos que producen dependencia (estando además la necesidad de ayuda, fuertemente asociada a la edad). Esta última cuestión ha llevado a desestimar las optimistas previsiones que se realizaron en los años ochenta (Fries, 1980) en cuanto a la denominada "Hipótesis de la Comprensión de la Morbilidad", es más, parece que la capacidad de vivir más años, no ha ido acompañada con una aptitud similar para retardar la pérdida de independencia sino que por el contrario, el aumento de la necesidad de cuidados y atención a las personas dependientes es un hecho indiscutible; aunque los últimos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud en su informe del año 2000, abren alguna vía de esperanza sobre la posibilidad de que la morbilidad se comprima.

Los datos disponibles respecto al apoyo informal tienen tendencias similares en todas las sociedades avanzadas, con las particularidades propias de los diferentes países. En el ámbito del estado español y a través de la encuesta del INSERSO/CIS sobre apoyo informal (1995a, 1995b), así como por la última Encuesta Nacional de Salud (1995) se estima que el número de personas mayores que presentan algún grado de dependencia está entorno al 26,6% de este sector de población. Se está hablando de aproximadamente un millón y medio de personas, que dicen necesitar ayuda para la realización de alguna o algunas actividades de vida diaria, es decir, necesitan ayuda para realizar el conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia casi cotidiana, para vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente, y cumplir con su rol social. De ellas, seiscientos cincuenta mil aproximadamente, tendrían más de 80 años.

Teniendo en cuenta estos datos y si la oferta de plazas residenciales en el estado español (con importantes variaciones en las diversas comunidades autónomas) se sitúa en un ratio del 2,8 plazas por cada 100 personas mayores (INSERSO, 1995a), la pregunta es inevitable: ¿quién cuida a las personas mayores que necesitan ayuda y no están en residencias? (Rodríguez y Sancho, 1995).

La mencionada investigación del INSERSO revela que la familia cercana (cónyuges e hijos/as) realiza el 63,8% de los cuidados; otros allegados (familiares, parientes, amistades, vecindad, etc.) asumen el 8,1% de la carga de atención; empleadas/os de hogar el 5,4% del total de los cuidados; finalmente los servicios sociales asumen el 3,8% de los cuidados.

### PERFIL DEL CUIDADOR

- 83% son mujeres
- 61'5% no percibe ningún tipo de ayuda
- Edad media: 52 años (entre 45 y 69 años)
- Estado Civil:
  - Casadas 76'6%
  - Solteras 15'8%
  - Viudas 4'9%
  - Separadas o divorciadas 25%
- Modalidad de convivencia:
  - 58'7% conviven de forma permanente
  - 12'9% temporalmente
  - 14% mientras cuidan a la persona mayor que vive sola
- Estudios:
  - 65'5% nivel de estudios básicos
  - 6'1% estudios universitarios
- Actividad Laboral:
  - 75% sin actividad remunerada:
    - 50% amas de casa
    - 15% jubiladas
    - 10% paradas
  - 18'5% con actividad remunerada:
    - 63'5% jornada completa
    - 20% media jornada
    - 14'3% horas sueltas

En resumen, el 71,9% de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes son asumidos por familiares y allegados, es decir, los realiza el APOYO INFORMAL, cuyo perfil típico como ya se ha definido es “de género femenino, número singular” (Rodríguez, 1995), debido a que en el estado español el 83% del total de cuidadores/as son mujeres y de ellas el 61,5% declaran que no reciben ayuda para la realización de este trabajo.

## 6.2. El apoyo informal

Se entiende el cuidado informal como las interacciones entre un miembro de la familia (generalmente son familiares los proveedores principales de apoyo) que ayuda a otro de una manera regular (diariamente o con una intensidad cercana

a la anterior) a realizar actividades que son necesarias para llevar una vida independiente.

Estas actividades incluyen las denominadas "actividades instrumentales" como son el transporte, la cocina, las compras, la realización de los trabajos de casa, el manejo de dinero, etc.; así como las "actividades personales" como son el baño, el vestido, la higiene en general, etc.

Las actividades para las que con mayor frecuencia precisan ayuda las personas mayores dependientes son: bañarse o ducharse (afecta al 14,2% del conjunto poblacional de 65 y más años), realizar tareas domésticas (11,2%), y subir y bajar escaleras (9%) (INSERSO-CIS, 1995).

En la misma investigación, se resalta que la ayuda que proveen los cuidadores es en la inmensa mayoría de los casos permanente (75%), siendo la ayuda por temporadas o por turnos muy minoritaria. Del conjunto de la muestra, el 55% declara ejercer la única ayuda que recibe la persona ayudada y casi otro 30% dice que la ayuda que provee es la principal, aunque no la única. El 85% de las veces la ayuda que se presta es diaria y escasamente un 5% de la muestra entrevistada en dicho estudio, dice ayudar a la persona de referencia quincenalmente o con menor frecuencia.

Las consecuencias que este cuidado anteriormente definido tiene en el cuidador, ha sido conceptualizado como carga ("burden"). En los últimos quince años aproximadamente, se ha trabajado intensamente en acotar y definir las consecuencias del cuidado de una persona dependiente para los cuidadores. El término carga fue elaborado como un estado subjetivo asociado al grado de incomodidad o molestia originada por la prestación de cuidados, en el que posteriormente se introdujo también una parte objetiva, en lo que por ejemplo a restricciones en el tiempo libre, etc. se refiere.

Con el paso del tiempo, la definición del constructo de carga se ha multidimensionalizado, de tal manera que hoy existen medidas de carga social, emocional, económica, psicológica, etc. En otras palabras, la responsabilidad de proveer cuidados a personas dependientes por parte de sus familias tiene efectos en diversos aspectos de la vida del individuo y no únicamente como una cuestión subjetiva.

A su vez, se ha ido aumentando el reconocimiento de que el mantenimiento del rol de cuidador tiene que ver con los beneficios personales, que también el cuidador obtiene, por el hecho de cuidar a una persona dependiente. De todas formas, la carga es percibida por los cuidadores de muy diferentes maneras, especialmente en función de cómo es definido ese rol de cuidador: para algunos la realización de algunas tareas incluidas en el cuidado (lavar, vestir,...) aparecen como extremadamente estresantes para el cuidador; para otros cuidadores son las conductas agresivas, la deambulación, las ideas delirantes, la incontinen-

cia,....; para otros el cuidar es una experiencia emocional satisfactoria y una parte más de la vida vivida en común, con esa persona que en este momento puede ser dependiente.

### **6.3. Proceso y consecuencias del cuidado de una persona dependiente**

El cuidado de personas mayores dependientes ha sido identificado como uno de los eventos más estresantes que se dan en el ciclo familiar (Zarit, 1996) y para el que se han identificado diferentes y adversas consecuencias, más si cabe cuando el cuidado de personas mayores dependientes no es por lo general, una actividad que termina en un corto espacio de tiempo. Las consecuencias comúnmente más identificadas se producen a diversos niveles: emocionales, relacionales, económicos, de reducción de tiempo libre, a nivel laboral, etc. El hecho de que el cuidado pueda perdurar en el tiempo, presenta a lo largo del proceso de cuidado, nuevos cambios en la familia. Incluso el hecho de la institucionalización del familiar después de años de cuidado o la muerte del mismo, no conduce en muchos casos al tan mencionado estereotipo de un momento de “relajación y descanso de la familia”, sino que pueden hacer que surjan nuevos procesos estresantes.

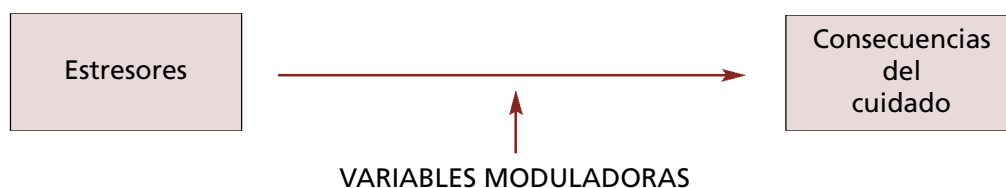
Las múltiples investigaciones existentes sobre apoyo informal, ofrecen un mosaico cada vez más diverso. Ante intentos reduccionistas de entender el cuidado de personas mayores dependientes como un proceso similar, en una gran mayoría de los casos, es necesario destacar la complejidad y la diversidad del mismo. No existe un único patrón de adaptación y afrontamiento ante las diversas situaciones de cuidado, sino que se da una gran variación individual en cada una de las fases y momentos del mismo. Las diversas familias y cuidadores difieren en el tipo de deseo o situación que les lleva a cuidar a una persona dependiente, en sus habilidades para el cuidado, en el tipo de sentimientos que les lleva a realizar el rol de cuidadores (desde la obligación al acto voluntario), en los recursos disponibles. Por otro lado existe una gran variabilidad del tipo de cuidado de las personas mayores en función del tipo de dependencia que se presenta, la personalidad de la persona mayor, la historia en común con los cuidadores, la posibilidad de que acepten el cuidado de una u otra manera, etc. Sentimientos de distrés o carga, están influenciados pero no únicamente definidos por el tipo de enfermedad o nivel de discapacidad de la persona mayor. Cuidadores de personas mayores con gran nivel de dependencia presentan bajos o nulos niveles de distrés, mientras que cuidadores de personas con niveles moderados o bajos de dependencia, presentan elevados niveles de carga subjetiva. Estos patrones individuales suelen diferenciarse más a medida que transcurre el tiempo de cuidado, en el sentido de que existen cuidadores que se van adaptando exitosamente a las suce-



sivas demandas del cuidado, mientras que otros se sienten progresivamente con mayores niveles de carga.

Para explorar estas diferencias individuales, diferentes autores han formulado diversos modelos explicativos sobre las diversas variables influyentes en el cuidado. Así desde el modelo de Lazarus y Flokman (1984) donde la reacción al estrés que produce al cuidado es mitigada por la capacidad de evaluar esa amenaza percibida, así como por el tipo de afrontamiento; o desde el modelo de Pearlin y colaboradores (Pearlin y Skaff, 1995) donde se enfatizan que los conflictos con otros miembros de la familia y la disminución de la autoestima, por ejemplo, pueden tener efectos en la capacidad de afrontamiento de los cuidadores y en su red de apoyo social. Igualmente Vitaliano y colaboradores (Vitaliano, Maiura, Ocka y Russo, 1989) desarrollaron un modelo donde el distrés es conceptualizado como resultado de las relaciones entre estresores objetivos y recursos psicológicos, sociales y emocionales del cuidador.

Como se puede apreciar en el gráfico siguiente y de manera general, el proceso de estrés se concibe desde la relación de tres componentes principales: estresores, consecuencias o resultados del cuidado y variables moduladoras (Pearlin, Lieberman, Menaghan y Mullan, 1991).



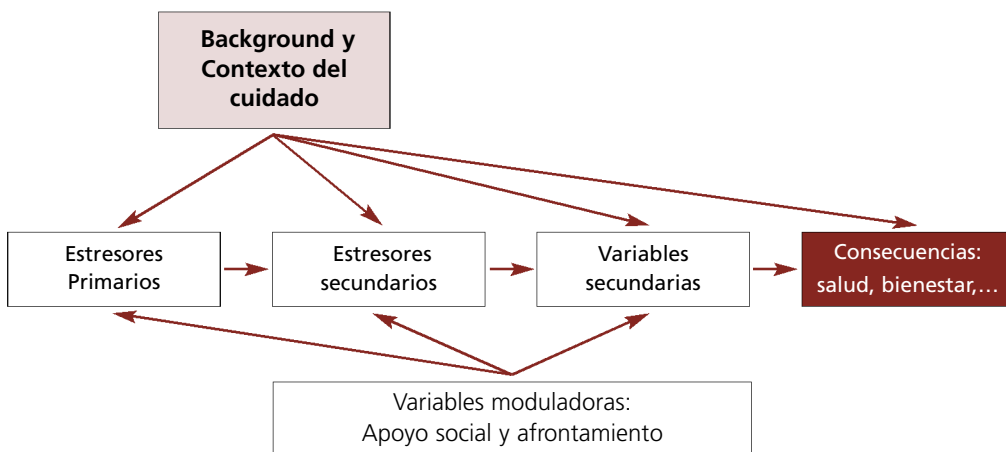
Los estresores bien pudieran ser representados por demandas y tareas que se demandan al cuidador, tanto por parte de la persona cuidada, como las que la propia situación de cuidado crea (ayuda en actividades de vida diaria, hacer frente a problemas de conducta de la persona cuidada). Los resultados o consecuencias se refieren a los que la experiencia del cuidado hacen surgir en el cuidador, aquí se pueden destacar las consecuencias a nivel de salud física y de salud psíquica (depresión, trastornos psicosomáticos,...). El tercer componente esencial, de todo proceso de estrés son las variables moduladoras, como lo es el apoyo social y el afrontamiento. Las variables moduladoras son aquellas que regulan los efectos de los estresores que aparecen a la hora de desarrollar el cuidado.

Es de destacar, que en todo proceso de estrés, cada uno de estos componentes se ve influenciado por las características sociales y económicas de los cuidadores, así como por la situación en la que se desarrolla el cuidado (por ejemplo, acceso a recursos económicos). Así como que la interrelación entre los componentes siendo así que cambios en alguno de los componentes, provocan cambios en los otros. Los estresores pueden emerger en diferentes situaciones de cuidado y

repetirse y cronificarse; favoreciendo incluso la presencia de ciertos estresores la aparición de otros y su proliferación (Pearlin, 1994).

Los estresores iniciales se denominan estresores primarios y como resultado de los mismos, pueden aparecer los estresores secundarios, lo que algunos autores han denominado “proliferación de estrés” (Pearlin, 1994). Esta manera de entender el proceso de estrés que se da en el cuidado, hace referencia al orden de aparición en el tiempo en el que se produce el cuidado, de los citados estresores y no a la potencia o influencia, de los mismos en dichas situaciones.

Particularmente interesante nos parece profundizar en el modelo de proceso de estrés (Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990; Aneshensel et al, 1995), que aparece resumido en la figura siguiente y que puede servir tanto de referencia a la hora de analizar otros modelos diferentes, como por sus implicaciones clínicas, de intervención y evaluación del proceso de cuidado.



Este modelo se basa en tres conceptos principales: el primero hace referencia a una característica central de las situaciones que provocan estrés crónico, como es el cuidado de una persona dependiente, y es el potencial de estas situaciones como generadoras de estrés al interferir los estresores en otras áreas de funcionamiento de la vida diaria del cuidador. Comprenden lo que anteriormente se han definido como estresores primarios, como son: el tiempo y el esfuerzo dedicado al cuidado, la energía dedicada al mismo. Como ejemplo del funcionamiento de este tipo de estresores primarios se podría señalar los problemas de una pareja, en la que uno de ellos es cuidador de un familiar fuera de la pareja, y en la que el/la cuidador/a tiene sentimientos negativos al dedicar más tiempo al cuidado, que al otro miembro de su pareja.

El segundo concepto es el de la “contención de estrés”, proceso por el cual los cuidadores pueden limitar o disminuir los efectos que el cuidado de una persona dependiente conlleva, utilizando ciertos recursos disponibles. Estos recursos pueden ser de naturaleza psicológica, como estrategias adecuadas de afrontamiento

to o alta autoestima; de naturaleza social, tipo recibir apoyo emocional o instrumental; de naturaleza económica, etc. Sobre este tipo de recursos disponibles por los cuidadores, cabe destacar que en general disminuyen la carga y el estrés, pero para ello los cuidadores los tienen que entender como adecuados.

Como tercer elemento, se propone (Pearlin, 1993; Aneshensel et al, 1995) que el cuidador debe de entender el cuidado, como un proceso, en el que se deben de dar tanto aprendizajes, como nuevas formas de socialización, etc. Una buena adaptación a los requerimientos del cuidado depende tanto de los estresores, como de los recursos disponibles, así como del particular punto de vista de cuidador a la hora de entender el cuidado. A continuación se van a detallar los elementos principales analizados en algunos de los diferentes modelos de estrés.

## **6.4. Importancia del contexto del cuidado**

### **6.4.1. Relaciones de parentesco y género**

En general, se acepta que la relación de parentesco entre el cuidador y la persona cuidada, es una variable influyente a la hora de matizar el tipo de sentimientos y obligaciones, del cuidador respecto a la persona cuidada, así como en la posible dificultad del cuidado y el nivel de estrés. De hecho la experiencia emocional de distress, en circunstancias similares de cuidado, suele diferir en función del parentesco con la persona cuidada.

Los sentimientos de compromiso y obligación de los cuidadores tienen, por ejemplo, influencia sobre la duración del cuidado, y en este sentido, esposas e hijas suelen proveer la mayor parte del cuidado de larga duración. Sabido es, que los maridos cuidadores parecen tener menor influencia emocional negativa en el cuidado, que las esposas cuidadoras, supuesta controlada la severidad de la enfermedad (Anthony-Bergstone, Zarit y Gatz; 1988).

Se ha observado, que supuesto controlado el factor de lugar o residencia de la persona cuidada, tanto las esposas como las hijas de las personas cuidadas, tienen ambas, parecidos sentimientos de estrés emocional, así como similares compromisos y sentimientos de obligación hacia la persona cuidada (Goodman, Zarit y Steiner, 1994).

Curiosamente se ha comprobado que las relaciones de parentesco no afectan a la posibilidad de ingresar la persona mayor dependiente en una institución o al tiempo que pueden acoger a una persona dependiente en el domicilio (Aneshensel et al, 1995), lo cual es contrario a la expectativa general de que las esposas cuidadoras, pueden seguir en el papel de cuidadoras más tiempo, por ejemplo que las hijas, u otros familiares.

Como antes se ha mencionado, se ha comprobado la importancia de la historia pasada, así como la trascendencia de la calidad de las relaciones antes de empe-

zar la tarea de cuidado. Así que las relaciones previas al cuidado (Williamson y Schulz, 1990) o los cuidadores que opinan que el cuidado de una persona dependiente es una cuestión de reciprocidad (Goodman, Zarit y Steiner, 1994), tienen menor nivel de distrés.

En lo que se refiere a patrones relaciones intergeneracionales y su relación con el cuidado, se ha comprobado que padres e hijos con buenas relaciones anteriores a la situación de dependencia, están más predispuestos a dar o recibir apoyo a la vez que cuando se pregunta a las personas mayores de quién les gustaría recibir apoyo, muy a menudo prefieren a los hijos que a otros miembros de la familia (Hogan, Eggebeen y Clogg, 1993), (INSERSO/CIS, 1995).

Asimismo, Eggebeen (1992) en un estudio sobre datos recogidos en USA llegó a la conclusión que la posibilidad de recibir cuidados por parte de los hijos, está relacionado con el estado civil de la persona mayor. Personas mayores divorciadas, están menos predispuestas a recibir apoyo de sus hijos, que las personas mayores viudas. De hecho, esta cuestión puede plantear serios problemas en el futuro, ya que las personas mayores casadas pueden recibir cuidados tanto del cónyuge como de sus hijos, al menos desde un plano teórico, mientras que los divorciados carecen de cónyuge que les pueda proveer cuidados y parecen menos predispuestos a recibir cuidados de los hijos, lo que a largo plazo y ante el aumento de divorcios, sitúa a las personas cuyo estado civil es el de divorciados, en una situación desventajosa respecto a viudos o casados, cuando habitualmente necesitarán por su propio estado civil más cantidad de apoyo.

#### **6.4.2. Nivel cultural y socioeconómico**

El nivel cultural y el estatus socioeconómico afecta principalmente a como los cuidadores llevan delante de diferentes maneras la situación de cuidado. Diferentes grupos étnicos difieren en creencias sobre la importancia del cuidado de las PM, así como sobre la discapacidad. Para algunos grupos, el cuidado en el domicilio es una de las prioridades más importantes, mientras que otros grupos consideran más importante el cuidado profesional. (Lawton, Rajagopal, Brody y Kleban; 1992).

El estatus socioeconómico o la clase social, tiene probablemente una compleja relación con el proceso de cuidado. Se ha considerado generalmente que un nivel bajo de estatus socioeconómico o clase social, incide en un menor número de recursos disponibles y una mayor carga, así como un menor acceso a información y a recursos públicos.

#### **6.5. Estresores**

Por estresores primarios se entienden los eventos y acciones directamente relacionados con la dependencia de la persona mayor cuidada, así como con la provisión de ese cuidado. Están incluidos las necesidades de asistencias en activida-

des de vida diaria, así como problemas de carácter conductual y/o emocional del receptor del cuidado. Los estresores secundarios están relacionados con los cambios que se producen en la vida de los cuidadores, como resultado de los esfuerzos que el cuidado de una persona mayor dependiente trae consigo.

Esta distinción, importante en la práctica interventiva al permitir una mejora de la efectividad de la misma, se basa en la separación entre los eventos y actividades específicas derivadas de la situación de dependencia de la persona mayor que es cuidada (estresores primarios), de las consecuencias que el cuidado puede tener en la vida de los cuidadores (estresores secundarios).

Dentro de los denominados estresores primarios se han diferenciado dimensiones objetivas y subjetivas. Las dimensiones objetivas están representadas por las actividades que actualmente realiza el cuidador durante el proceso de cuidado: bañar, ayudar a comer, responder a conductas de agitación o depresivas, etc. Las dimensiones subjetivas están referidas al impacto inmediato de los estresores en el cuidador. El valor subjetivo que un cuidador pone en una acción específica de cuidado, es un mejor predictor de dicho impacto, que una medida objetiva de dicho estresor.

Es más, las dimensiones objetivas de los estresores primarios están relacionadas con las consecuencias del mismo (depresión o distrés emocional, por ejemplo), pero estas relaciones son en general muy pequeñas. De hecho se ha comprobado que el requerimiento por parte de la persona cuidada al cuidador para la realización de actividades de vida diaria, provoca menos consecuencias negativas al cuidador, que cuando la persona dependiente tiene problemas de conducta o emocionales (Aneshensel et al, 1995). En el mismo sentido, considerando el diagnóstico origen de la dependencia, el cuidado de personas con demencia o con enfermedades mentales crónicas es mucho más dificultoso, que el cuidado de personas con dependencia física con escasos o nulos problemas emocionales o conductuales.

Se ha comprobado asimismo que los problemas conductuales y emocionales de la persona cuidada ocasiona subjetivamente mayor distrés al cuidador (Teri et al, 1992; Haley, Levine, Brown y Bartolucci, 1987). En el caso de la demencia, por ejemplo, las conductas repetitivas y la agitación son normalmente las que mayor estrés ocasionan a los cuidadores. Teri y colaboradores (1992) constataron que las conductas de tipo depresivo, como puede ser el llanto o preguntas sobre la muerte, generan mucho estrés en los cuidadores.

Se da una relación mucho más fuerte, entre el nivel de salud o bienestar de los cuidadores (considerando estas variables como comprometidas como consecuencia del cuidado), cuando se han analizado conjuntamente estresores primarios subjetivos y medidas objetivas (Aneshensel, Pearlin y Schuler, 1993; Aneshensel et al., 1995).

En estudios longitudinales y transversales, la sobrecarga en los cuidadores y el hecho de tener que dedicarse exclusivamente al cuidado, son importantes predictores del nivel de estrés que los cuidadores experimentan, después de haberse controlado el nivel de los estresores objetivos. De lo anteriormente señalado se desprende la importancia de considerar factores objetivos y subjetivos a la hora de analizar e intervenir dentro del apoyo informal, así como de la diferente valoración que los cuidadores realizan de los diferentes eventos específicos del cuidado.

## **6.6. Consecuencias del cuidado**

Dentro de las investigaciones sobre apoyo informal, existen numerosos estudios centrados en el potencial que las situaciones de cuidado tienen para ocasionar cambios disruptivos en la vida de los cuidadores, especialmente, en el trabajo y las relaciones entre cónyuges. Existen numerosas evidencias empíricas de la proliferación de estrés en estas áreas, pero al igual que ocurre con los estresores, se han encontrado muchas diferencias individuales.

### **6.6.1. Conflictos familiares**

Los conflictos familiares han sido objeto de atención al considerarse una de las posibles consecuencias negativas más comunes que el cuidado de una persona dependiente puede ocasionar. A través de datos de cuidadores de personas con demencia se identificaron tres dimensiones de los conflictos familiares (Semple, 1992):

- Respecto a la definición de la enfermedad y de como proveer cuidado.
- Como y cuantos miembros de la familia deben de cuidar a la persona dependiente.
- Como apoyar al cuidador principal.

Se ha constatado asimismo, que los conflictos familiares son más comunes entre hijos/as cuidadores, que entre esposos cuidadores. Y que los conflictos familiares están relacionados con consecuencias negativas del cuidado, especialmente con sentimientos de depresión e ira (Semple, 1992; Aneshensel et al., 1995).

Algunos autores estiman (Aneshensel et al, 1995) que el cuidado de una persona dependiente puede adelantar o despertar conflictos familiares. En general y resumidamente, existe relación entre el cuidado y sus consecuencias en el ámbito familiar, al estar asociada un carga excesiva con exacerbaciones de los conflictos familiares. Estos conflictos pueden darse en muy diferentes formas, ejemplos: crisis en el seno de la familia cuando se deben de tomar decisiones importantes, como realizar o no tratamientos médicos, la continuidad del cuidado después de un período de hospitalización, traslados de la persona dependiente entre diver-

sos domicilios, etc. Asimismo encontraron que en relaciones matrimoniales, una carga excesiva del cuidador principal, es una fuente de riesgo de conflictos matrimoniales.

### **6.6.2. Problemas laborales**

Los problemas laborales de los cuidadores son otra posible común consecuencia negativa del cuidado. Los cuatro mayores predictores de conflicto entre cuidado y trabajo son los siguientes (Gibeau y Anastas, 1989):

- La salud psicoafectiva de los miembros de la familia cuidadora.
- El número de las tareas que el cuidador debe de realizar.
- La presencia de hijos pequeños en la residencia del cuidador.
- El que se entremezclen responsabilidades laborales al mismo tiempo que responsabilidades respecto al cuidado.

Juntamente con los anteriores predictores conviene citar otros que están relacionados con un aumento del absentismo laboral y del estrés como son: género del trabajador, estado civil, nivel de cualificación laboral, ingresos familiares, flexibilidad laboral, etc. (Neal et al, 1990). Otros estudios han relacionado el nivel de severidad de la dependencia relativo a la intensidad necesaria de cuidado, como un predictor de conflictos laborales (Gibeau y Anastas, 1989).

### **6.6.3. Disminución del tiempo libre y de las actividades sociales**

Otra de las mencionadas consecuencias del cuidado para el cuidador, es la reducción en el tiempo libre y en las actividades sociales, que el cuidado de una persona dependiente puede producir. Las actividades sociales y de tiempo libre están vinculadas al apoyo social, y es difícil encontrar investigaciones que las estudien exclusivamente.

No obstante se ha encontrado (Montgomery, 1996) que los cuidadores con restricciones en actividades sociales y tiempo libre, necesitan más tiempo (a nivel objetivo y subjetivo) para dar respuesta a esas demandas, que los que dicen no tener restricciones en su tiempo libre, ni en sus actividades sociales. En general, los cuidadores que perciben su situación de cuidado como muy demandante, pueden limitar sus actividades sociales y perder así posibilidades de encontrar apoyo social.

### **6.6.4. Evidencias de trastornos clínicos**

Numerosas investigaciones han tratado de analizar la existencia y prevalencia de trastornos en el cuidador, y especialmente, sobre la naturaleza y prevalencia de

los trastornos afectivos que son los comúnmente más experimentados por los cuidadores (Thompson y Gallagher-Thompson, 1996). Hasta un 40% de los cuidadores pueden padecer depresión mayor o menor y se dan altos niveles de síntomas o trastornos depresivos en familias cuidadoras (Gallagher, Rose, Rivera, Lowett y Thompson, 1989). Por otra parte otros autores han encontrado altos niveles de sentimientos de ira y hostilidad (Gallagher et al, 1989; Anthony-Bergstone et al., 1988) en diversas investigaciones sobre cuidadores, que pueden causar en los mismos distrés. Otro trastornos mencionados en diferentes investigaciones y que no han tenido tanta incidencia en las publicaciones como la depresión, son los trastornos de ansiedad.

En cuanto a la salud física, se han encontrado autoevaluaciones negativas de salud y presencia de síntomas psicósomáticos, así como que las situaciones de cuidado estresantes están relacionadas con problemas cardiovasculares e inmunológicos (Thompson y Gallagher-Thompson, 1995).

## **6.7. Variables moduladoras**

El apoyo social y el afrontamiento (“coping”) son las dos variables moduladoras o modificadoras del estrés del cuidador, que más atención han recibido. La existencia de estas variables moduladoras, equivale implícitamente a asegurar que el cuidador tiene recursos para hacer frente a situaciones de estrés, como es el cuidado. Es decir, es capaz de controlar, modificar y entender los eventos a los que se debe de confrontar. En realidad lo que existe es un proceso dinámico de relación entre estresores y recursos (que pueden ser objeto de intervención), en función del cual, un cuidador puede hacer frente de diferentes maneras, eficacia y eficiencia a las diferentes situaciones de cuidado. A nivel interventivo estas variables moduladoras son objeto de especial atención, ya que muchas de las intervenciones con cuidadores van destinadas al aprendizaje de nuevas estrategias de afrontamiento, a aumentar el apoyo social, etc.

### **6.7.1. Apoyo social**

El apoyo social es quizá la variable moduladora más importante para la familia cuidadora., al ser una importante fuente de ayuda para los cuidadores, a la hora de hacer frente a las situaciones del cuidado.

El apoyo social tiene múltiples dimensiones, pero para el objeto del presente artículo vamos a enfatizar dos de ellas:

- Apoyo instrumental: equivalente a la ayuda que presta el cuidador a la persona cuidada para realizar ciertas actividades de vida diaria.
- Apoyo emocional: equivalente a sentimientos de ayuda que recibe el cuidador de otras personas.



La idea de que el apoyo social es un medio para aminorar los efectos del estrés ha sido ampliamente trabajada; así como los beneficios a nivel de salud física y mental. Entre los efectos principales destacan la relación entre apoyo social percibido y la menor carga subjetiva en cuidadores de personas con demencia, el que cuidadores con un nivel alto y estable de apoyo social tienen menor probabilidad de padecer problemas de salud a lo largo del tiempo de cuidado. Que el apoyo social tiene un efecto amortiguador respecto al estrés crónico en el sistema inmunitario de las esposas cuidadoras de enfermos de Alzheimer, que el apoyo social, entre otros, era un predictor directo de la adaptación de los cuidadores de personas con demencia senil, que una proporción significativa de la disminución de la función inmune era explicada por el grado de apoyo social. Igualmente parece que existe una relación inversa entre el nivel de apoyo social de los cuidadores y el nivel de sintomatología depresiva.

Los cuidadores que tienen mayor capacidad de acceso o mayor nivel de apoyo social tienen mayores posibilidades que los que carecen del mismo, para evitar las consecuencias más severas del cuidado, como pueden ser los trastornos depresivos. (Kiecolt-Glaser et al, 1990).

No obstante, es necesario mencionar que algunos estudios no han encontrado beneficios del apoyo social en cuidadores de personas dependientes (Cosette y Lévesque, 1993; Stommel, Given y Given, 1990).

### **6.7.2. Afrontamiento**

El afrontamiento es otra de las variables moduladoras de capital importancia. El afrontamiento representa las respuestas a los estresores a fin de disminuir sus negativas consecuencias (Pearlin y Schooler, 1978). Se han identificado tres tipos de categorías (Lazarus y Folkman, 1984; Pearlin y Skaff, 1995):

Afrontamiento de problemas, que incluyen estrategia de afrontamiento ante los estresores o de situaciones específicas de cuidado. Ejemplo: que comportamiento debe de tomar un cuidador cuando se siente agredido por la persona cuidada.

- Afrontamiento de tipo cognitivo: que está representado por los esfuerzos de manejo de las diferentes maneras de entender las situaciones de estrés y que es reelaborado a través de la experiencia del cuidador. Ejemplo: considerar o no que el culpable de esta situación de cuidado es la enfermedad y no la persona dependiente.
- Afrontamiento de tipo emocional en el que se incluyen el manejo de los síntomas del estrés. Ejemplo: control de sentimientos depresivos o psicósomáticos.

Diversos investigadores han demostrado que el afrontamiento de tipo cognitivo y la resolución de problemas está relacionado con un menor distrés; y que el

afrontamiento de tipo emocional está relacionado con mayores niveles de distrés (Haley, Levine, Brown y Bartyolucci, 1987; Vitaliano et al, 1991). Así mismo, a nivel clínico se ha comprobado, que el aprendizaje del manejo de los estresores de manera más efectiva, es saludable para los cuidadores (Zarit, Orry y Zarit, 1985).

La eficacia de las estrategias de afrontamiento depende de la naturaleza de los estresores, así como del nivel de estrés del cuidador. Cuando los estresores no son fácilmente modificables, el poder redefinir el cuidado y las consecuencias del mismo (afrontamiento de tipo cognitivo) puede ser más eficaz para el cuidador (Pearlin y Skaff, 1995).

El afrontamiento y los estresores mantienen una relación recíproca, debido a que los estresores ponen en marcha el afrontamiento ante una situación determinada, a la vez que los esfuerzos efectivos de manejos de situaciones estresantes puede hacer, que disminuya la frecuencia con que estas situaciones no deseadas aparezcan. En cambio un afrontamiento no efectivo puede aumentar los problemas conductuales y emocionales, en la persona cuidada.

## **6.8. Evaluación**

La evaluación del cuidador y del proceso de cuidado se considera un aspecto fundamental en la evaluación gerontológica actual, debido a la asunción cada vez más clara del binomio persona mayor-familia en el ámbito gerontológico desde un enfoque comprensivo y multidimensional.

Según algunos autores (Izal y Montorio, 1994) es necesario conocer en qué forma y medida el cuidado de una persona dependiente afecta a la dinámica de la familia y con que recursos personales y sociales cuentan los cuidadores para afrontar esta situación, ya que de ello dependen tanto el bienestar del cuidador como de la persona cuidada en primer lugar; y en segundo lugar, es preciso recoger información directamente de los cuidadores para establecer criterios y fórmulas de asignación de los recursos de los servicios sociosanitarios, a estas personas dependientes.

Es preciso evaluar individualmente todos los déficits que se producen en la persona dependiente, así como el impacto de cada uno de ellos sobre los cuidadores y otros miembros de la familia, debido como ya se ha comentado en el presente trabajo, a que las trayectorias de dependencia de cada una de las personas mayores y su influencia en la vida del cuidador, no permiten un diagnóstico genérico. Por tanto, el evaluador debe de obtener información precisa acerca de qué problemas presenta la persona cuidada en la vida diaria y cómo responde ante ellos el cuidador, así como las consecuencias del cuidado en dicho cuidador y en su entorno familiar, social y laboral tal y como se recoge en el capítulo 3 sobre la evaluación.

## 6.9. Intervenciones con cuidadores

Las intervenciones con cuidadores de personas dependientes se pueden clasificar resumidamente en cinco tipos diferentes:



### 6.9.1. Grupos de apoyo

El objetivo de este tipo de grupos es el favorecer el intercambio de información y apoyo emocional entre afectados por problemas similares. En los mismos se comparten, especialmente, consecuencias derivadas de la actividad del cuidar. Estos grupos proveen especialmente APOYO EMOCIONAL a los cuidadores.

Suelen utilizar generalmente una metodología grupal, donde se intercambian experiencias y sentimientos.

En nuestro ámbito han sido promovidos y organizados por asociaciones de afectados: Ej.: Asociación de familiares de alzheimer.

Los contenidos varían de manera importante según tanto los diferentes grupos como las necesidades de los participantes y las diferentes asociaciones que los promueven. En general se intercambia información acerca de los recursos que los cuidadores utilizan, experiencias del cuidado, expresión de sentimientos comunes. Suelen ser de estructura muy variable en cuanto a : sujetos que participan, frecuencia, responsables,...

De los escasos estudios o informes existentes sobre este tipo de grupos se puede deducir:

- Estudios escasos con déficits metodológicos importantes.
- Provee satisfacción a los participantes.
- Se identifican moderados cambios en indicadores relativos a su bienestar psicológico.
- Los cuidadores los perciben como útiles porque intercambian información y apoyo, y ponen en marcha nuevas estrategias de cuidado.
- Importancia para los cuidadores del apoyo emocional que proveen este tipo de grupos.
- Efectos limitados y integración con otras modalidades interventivas necesarias.

### 6.9.2. Programas psicoeducativos

Es el procedimiento de intervención más habitual y generalizado. Se pretende, además del intercambio de apoyo emocional, proveerles de información y habilidades instrumentales que les capaciten para afrontar situaciones asociadas al cuidado. Se han ido complejizando tanto a nivel de contenidos, como de estructura.

Temas tradicionales de este modalidad interventiva son: cuestiones relativas al cuidado, al proceso de envejecimiento, relaciones interpersonales difíciles, sistemas de apoyo al cuidador, etc. Los temas son generalmente abordados en grupos de discusión, cuya coordinación corresponde a profesionales (lo cual los diferencia de los grupos de apoyo). Normalmente se han realizado de 6 a 8 reuniones de aproximadamente dos horas de duración. En algunos grupos se ha reservado un tiempo para compartir problemas y sentimientos (lo cual pretende obtener para estos grupos los beneficios logrados a través de los grupos de apoyo). Habitualmente se han incluido también procedimientos de resolución de problemas.

De los estudios realizados se deriva lo siguiente:

- Existencia de soportes documentales interesantes.
- Notables niveles de satisfacción en los usuarios.
- No modificaciones perceptibles en el modo de enfrentarse a sus problemas, ni en el estrés experimentado.
- Se ha aumentado el nivel de especificidad de este tipo de intervenciones., tratando de desarrollar programas que tengan en cuenta la heterogeneidad de los cuidadores.
- Inclusión de estrategias de intervención adecuadas a objetivos más específicos que respondan a tareas más concretas: manejo de sentimientos negativos, procedimientos para incrementar la autonomía, etc.
- Se ha aplicado un enfoque conductual.
- Paradójicamente y desde las administraciones como proveedoras de cuidado, se ha intentado con este tipo de grupos resolver con una intervención bastante puntual (8-10 sesiones en el mejor de los casos) un problema de estrés crónico como es el cuidado de personas mayores dependientes. Obviamente, este planteamiento es erróneo y así se hace constar en muchos trabajos.

### 6.9.3. Programas de intervención clínica

Se han desarrollado, dentro de esta perspectiva actuaciones dirigidas a la ELIMINACIÓN DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA de los cuidadores. En este sentido se han encontrado efectos positivos de la terapia cognitivo-conductual en cuidadores deprimidos, que llevaban más de tres años y medio prestando cuidado. Se hipotetiza que se debe al aumento de percepción de autoeficacia de los cuida-

dores y a sus expectativas para poder afrontar nuevos eventos estresantes derivados del cuidado.

De la misma manera se ha demostrado que las estrategias de intervención destinadas al incremento de la percepción de auto-eficacia de los cuidadores en el manejo y resolución de problemas conductuales, tiene un efecto positivo en la disminución del estrés.

#### **6.9.4. Intervención familiar**

Aunque normalmente el cuidado de las personas mayores dependientes lo suele hacer un solo cuidador, exista abundancia empírica que demuestra los beneficios que la ayuda de otros miembros de la unidad familiar puede tener para un adecuado desarrollo del cuidado.

Este tipo de intervenciones se desarrollan habitualmente a través de reuniones familiares, en las que se trata de llegar a acuerdo sobre la implicación de los distintos miembros de la familia para consensuar la implicación de los mismos.

Dentro de este tipo de intervención se suele recalcar la importancia de los siguientes factores:

- Identificación de familiares relevantes.
- Identificación y planificación adecuada de resolución de conflictos familiares.
- Trabajo sobre estilos de resolución de problemas.
- Trabajo sobre estilos de planificación.
- Es importante diferenciar este tipo de intervención de la terapia familiar. El objetivo es que ayude y como se le puede facilitar esta ayuda al cuidador principal.
- Se basa en la implicación de toda la familia y en la elaboración de planes realistas.
- Se suele enfatizar la importancia de evitar formulaciones de compromisos escasamente realizables, que luego producen frustración.
- No comparar la ayuda entre los diferentes miembros. Hay distintos tipos de ayuda que proporcionan cosas diferentes al cuidado y a la persona cuidada.

La eficacia de esta perspectiva es desconocida, aunque se hipotetiza en que el potenciar la red de apoyo familiar del cuidador es determinante para evitar o retrasar la institucionalización.

#### **6.9.5. Programas multimodales**

Tratan de responder de modo integral a las diversas necesidades que presentan los cuidadores, incluyendo varias estrategias y programas diferentes.

Se pretende aunar:

- Necesidades específicas de cada familia.
- La importancia para los cuidadores de la comprensión y el apoyo de sus familiares.
- Evitar el riesgo de aislarse socialmente que todos los cuidadores tienen.
- La necesidad de proveer apoyo durante todo el proceso de la enfermedad.

Este tipo de programas suelen ser una amalgama de los anteriores, recogiendo, las formulaciones más exitosas de cada uno de los anteriores, procurando un tipo de programas que procuren mayores beneficios a los usuarios de los mismos.

Un ejemplo típico de este tipo de programas es el realizado por María Izal, Ignacio Montorio y Pura Díaz y editado por el IMSERSO (1999) que se titula "Cuando las personas mayores necesitan ayuda", que resumidamente trata los siguientes temas:

- **Sesión 1:** Evaluación y presentación.
- **Sesión 2:** El cuidado del cuidador. Pedir ayuda.
- **Sesión 3:** El cuidado del cuidador. Poner límites a la cantidad de cuidado. Mantener hábitos de vida saludable.
- **Sesión 4:** El cuidado del cuidador. Aprender a sentirse bien. Controlar el enfado y los sentimientos negativos. Planificar el futuro.
- **Sesión 5:** Favorecer la comunicación.
- **Sesión 6:** Favorecer la autonomía.
- **Sesión 7:** Manejo de comportamientos difíciles I (según necesidades de los cuidadores).
- **Sesión 8:** Manejo de comportamientos difíciles II (según necesidades de los cuidadores).
- **Sesión 9:** Planificando el futuro. Grupos de autoayuda.
- **Sesión 10:** Evaluación.

Que se llevarían a cabo siguiendo las pautas y el modelo de atención e intervención señalado previamente en el capítulo 5.4. sobre intervención con familias.





## **7. Experiencias y modelos de buena práctica en servicios de Centros de Día**







## **7. EXPERIENCIAS Y MODELOS DE BUENA PRÁCTICA EN SERVICIOS DE CENTROS DE DÍA**

### **7.1. Los Centros de Día para personas mayores dependientes en Gipuzkoa. Un recurso estratégico para la planificación asistencial.**

J. Etxabe; J.M. Urrutia. Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales

#### **7.1.1. Introducción**

Se puede decir con cierto esquematismo que la planificación gerontológica tiene ante sí dos grandes retos para el presente y el próximo futuro:

- Por una parte atender en centros gerontológicos apropiados a personas mayores afectados de fuertes discapacidades que no pueden ser atendidos en sus propios domicilios, y necesitan por tanto de centros de atención integral.
- Por otra parte, dar respuesta a los deseos de la mayor parte de las personas mayores que -aún presentando discapacidades- quieren seguir permaneciendo en sus domicilios y cuentan para ello con una red natural de apoyo.

En términos técnicos no existe contradicción alguna en la complementariedad en la oferta a estos grandes grupos de necesidades por cuanto, en principio, se dirigen a dos colectivos relativamente diferentes entre sí. Una primera gama de servicios especializados centrados en las residencias daría respuesta a la gran discapacidad mientras que servicios más ligeros, más polivalentes constituirían una alternativa a una incapacidad más leve. Los centros de día, junto a la asistencia domiciliaria y las medidas de apoyo a la red natural -lo que se conoce por la política de mantenimiento en el domicilio- corresponderían a este segundo grupo.

Aún partiendo de una inicial noción de red integral de cuidados, con objetivos teóricamente diferenciales y graduados de cada uno de los servicios, lo cierto es que la persistencia de fuertes listas de espera de ingreso en residencias y baja rotación de usuarios en ellas, junto a la endeblez de otras alternativas asistenciales ha venido provocando un fenómeno de saturación de todos los recursos asis-

tenciales por vasos comunicantes, que hace que con independencia de los diferentes objetivos teóricos de cada servicio, todos ellos, concebidos como ligeros y polivalentes u orientados a la atención de discapacidades en estado precoz, se ven abocados a atender a la misma demanda: persona mayor altamente discapacitada.

Ultimamente, sin embargo, ha cambiado la tendencia en nuestro Territorio Histórico de Gipuzkoa, de manera que las personas mayores dependientes y sus familias empiezan a conocer y valorar los recursos prestados en el entorno social y como consecuencia, las listas de espera residenciales tienden a desaparecer en un fenómeno nunca visto en los servicios sociales,. Los centros de día –dentro de un conjunto de programas de mantenimiento en el domicilio– forman parte de una alternativa visible y no marginal en la planificación gerontológica. Tanto que las bases del modelo de atención gerontológica basada en que la atención a la discapacidad leve correspondía al mantenimiento en la comunidad mientras que la dependencia grave se atendía en la residencialización, comienzan a cuestionarse.

### **7.1.2. La evolución de los Centros de Día para personas mayores dependientes en Gipuzkoa**

Conforme a una definición usual, los centros de día para personas mayores dependientes se dirigen a cubrir las necesidades de personas que requiriendo atenciones que no se pueden prestar en el domicilio habitual, no es necesario que ingresen en un centro residencial por contar con una red familiar que les atiende cuando no están en el propio centro<sup>1</sup>. Así pues, una vez recibidos los servicios durante un horario diurno que coincide con el horario laboral de la familia, el cliente no se recluye en una institución cerrada sino que vuelve al seno de su familia, en el interior de una comunidad social. Dentro de esta categoría se engloban los centros de día propiamente dichos así como los servicios de Atención Diurna, –sujetos a una regulación estricta para su funcionamiento como servicio propio, separado de la residencia– aunque no los hospitales de día geriátricos, inexistentes en nuestro Territorio<sup>2</sup>.

A diferencia de éstos últimos –los hospitales de día–, en los centros de día no pueden atenderse a personas mayores que presenten:

---

<sup>1</sup> La Comunidad Autónoma del País Vasco ha publicado el Decreto 202/2000 del 17 de octubre del Gobierno Vasco (B.O.P.V. 8 noviembre 2000) que regula las condiciones de los centros de día para personas mayores dependientes.

<sup>2</sup> Se consideran como tales aquellos que vienen regulados por los Decretos Forales de 46/1997 de 10 de junio y la Orden Foral 375/2000 de 24 de julio, destinados al cuidado de las personas mayores mediana o fuertemente dependientes, y no a los centros sociales comunitarios para personas mayores autónomas, equipamientos en los que no existen derivaciones de casos por profesionales ni programas de atención personalizada.

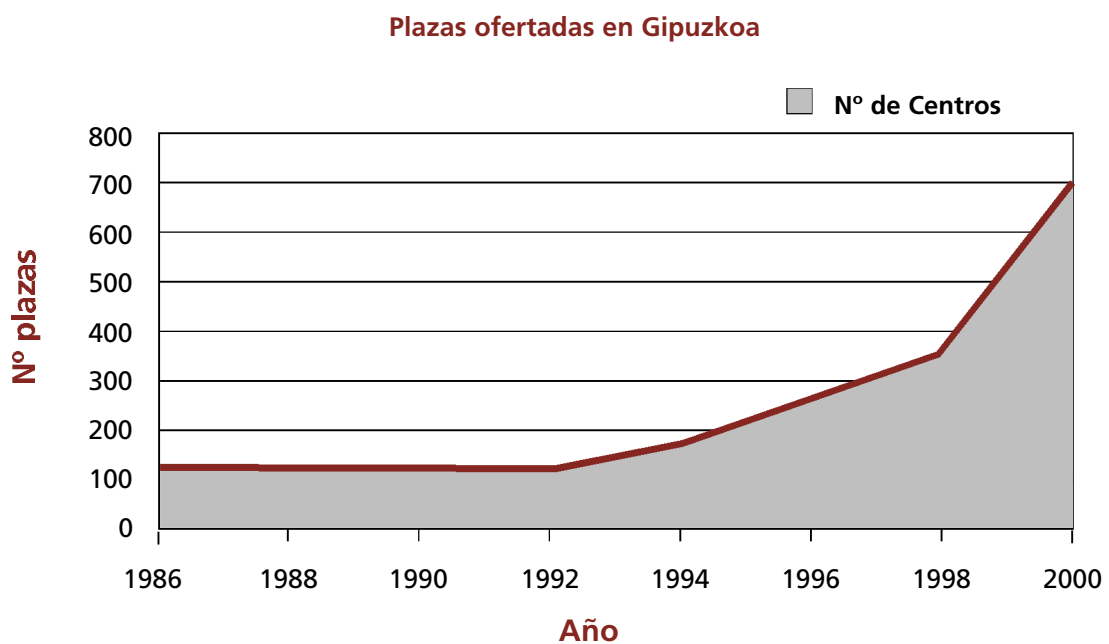
- Enfermedades contagiosas
- Síndromes conductuales graves que impidan la convivencia
- Necesidades de hospitalización
- Necesidades de cuidados o de enfermería importantes
- Encamados.

Aunque es cierto que buena parte de los clientes que se reciben presentan situaciones de mismo tipo pero algo menor gravedad.

El crecimiento que están experimentando los centros de día en este territorio se basa en una serie de características que se van a citar a continuación, entre las que cabe citar el objetivo de no separar del usuario de su familia, el no al institucionalismo y la polivalencia en los cuidados.

La pujanza actual de este recurso contrasta hasta cierto punto con el período de hibernación de los primeros tiempos. Tras varios años de estancamiento, algo se ha movido para que en la actualidad se haya multiplicado por 10 el número de centros y por cinco el número de plazas construidas y para que los centros de día para personas mayores dependientes estén presentes en la mayor parte de los municipios medianos ( más de 5.000 habitantes ) y grandes. A finales de 2002, este movimiento se ha acelerado multiplicándose el número de centros y ampliándose el número de plazas, las modalidades de atención a estancias temporales y de tiempo parcial, la apertura los fines de semana y proyectándose incluso centros de noche. Con ello se está en una cobertura de atención a necesidades diversas de personas mayores dependientes radicalmente distinta de lo que hasta hace bien poco tiempo se encontraba el territorio.

Gráfica nº1 : Evolución del número de centros y de plazas.



El tipo de evolución seguida corresponde a nuestro entender a un modelo que no es privativo de nuestra provincia, ni de este tipo de servicios, sino que una tendencia similar puede reflejarse en otros servicios sociales y en otros territorios<sup>3</sup>, y se caracteriza por una secuencia temporal que siguiendo la lectura del gráfico anterior tiene el perfil siguiente:

- a) Las primeras iniciativas corren a cargo de prestadores de servicios muy innovadores en un momento en que la demanda de servicios era poco conocida. Estos centros de día ( de 1985 a 1994 ) vienen ligados a grandes instituciones que no repercuten todos los costes a los clientes ya que recibiendo ingresos económicos por su actividad residencial o por otros conductos, entienden que el centro de día es un nuevo recurso asistencial que necesita su maduración a medio plazo. En realidad son las propias Instituciones las que "emplazan" a los solicitantes en espera de plaza residencial a usar servicios que pocos de éstos conocen. Mientras no se les presenta la solución que ellos esperan, usan los centros de día. La Administración pública no apuesta decididamente por estos centros experimentales. Por tales motivos, los centros son poco numerosos, y en el caso de Gipuzkoa no pasan de media docena, ligados a Instituciones como Fundación Matía y Cáritas Diocesana.
- b) A esta primera etapa le sigue un período de crecimiento moderado de centros y plazas (años 1994 a 1997), en los que la información sobre el servicio comienza a circular poco a poco entre los usuarios, aunque existe baja rotación de clientes y los centros tienen dificultades para reemplazar las bajas que se producen.<sup>4</sup> Los centros de día independientes de las residencias e instituciones –que deben repercutir sus costes–, empiezan a tener problemas. Alguno de ellos cierra sus puertas, pero los ayuntamientos ven el centro de día como solución a las listas de espera residencial.
- c) Durante ese mismo período empieza a cristalizar una crisis de la imagen de las residencias (la imagen de las residencias tienen algo de "cerrado", "institucional", aparecen en los medios de comunicación noticias desmesuradas que ponen en duda la calidad de algunos centros residenciales, las tasas a pagar por las estancias son elevadas) y siguen las fuertes listas de espera para ingresar incluso en situaciones urgentes. Por su parte, la información sobre la accesibilidad y utilidad de los centros de día empieza a correr entre los demandantes y sus familiares, los centros de día aparecen como una buena solución, dinámica, de rápida

---

<sup>3</sup> Ver , p.ej. el excelente libro de Carter j. " *day services for adults. Somewhere to go*".- National Institute, of Social Services : London, George Allen & Unwin, 1981, capítulo sobre los centros de día para personas mayores y para personas mayores "confusas" en Gran Bretaña en los años 1970-80. Asimismo Generalitat de Catalunya :*Unitats diürnes: centres de dia i hospitals de dia, pags.* Monográfico 213-298, 1996

<sup>4</sup> En el *Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la C.A.P.V.*, de 1996, el Ararteko señalaba la persistencia de plazas no ocupadas permanentemente, tanto en Araba, como en Bizkaia y Gipuzkoa, pag. 178.

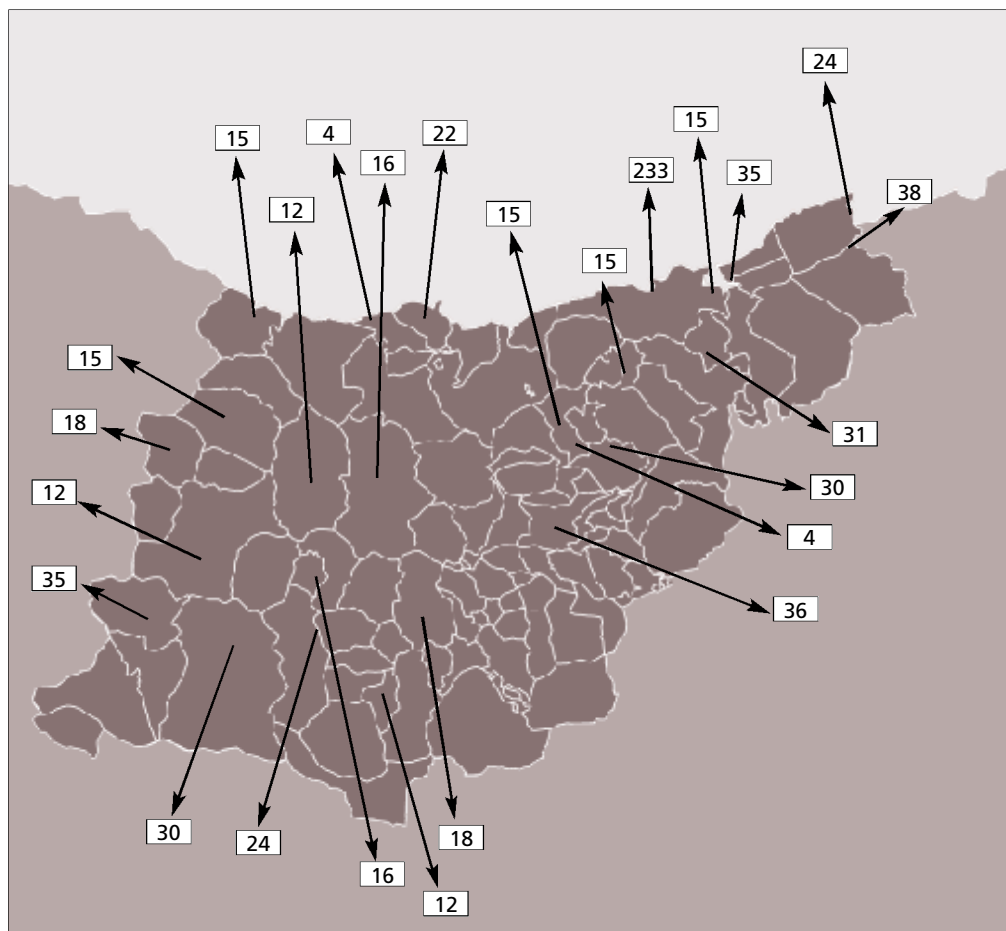
respuesta, económicamente equilibrada y socialmente justa: todo ello hace que entre los años 1997 al 2000 el número de centros y plazas a crece fuertemente.

En el momento actual, esto es, a comienzos del año 2003, el número de centros en funcionamiento es de 42 –de los que 36 son centros de día y 6 Servicios de Atención Diurna– y el número total de plazas es de 975 de las que 768 se encuentran concertadas con la Administración Pública. (78,8%). Del total de plazas disponibles, 916 se encuentran en centros de día independientes mientras que tan sólo 59 están como desarrollo de programas de residencias. Se encuentran en construcción 8 nuevos centros con un total de 116 plazas suplementarias y se prevé su entrada en funcionamiento en unos seis meses.

El número de plazas abiertas en fines de semana es de 359 (todavía no llega al 40% de todas las plazas abiertas) y un porcentaje similar de centros. Es uno de los aumentos previsibles de los servicios, si es que se desea que los centros de día puedan constituirse en alternativa a los centros residenciales.

### 7.1.3. Territorialización de los Centros de Día

Gráfica nº 2 mapa de los municipios donde existe un centro de día.



La red de centros de día existentes en el Territorio histórico de Gipuzkoa es muy tupida, como se puede apreciar en la imagen, donde figuran los centros de día existentes a fecha de hoy.

Esta implantación responde a **la municipalización** de los centros de día: en nuestro Territorio Histórico, la Administración Pública ha optado por un modelo territorial de cobertura que busca que todos los municipios de más de 5.000 habitantes<sup>5</sup> dispongan de un centro de día para personas mayores dependientes (población diana teórica compatible con un umbral mínimo de servicios). No cabe duda que esta política tiene mucha incidencia no sólo en la amplitud y extensión de la red de recursos sino en la cartera de servicios que ofrece.

Como se puede apreciar en la imagen, existe una red de centros que llega al 75% de los municipios con más de 5.000 habitantes, que en un plazo muy corto se va a completar prácticamente. Hay que tener en cuenta, además, que la distancia de unos a otros, medida en minutos de transporte por carretera, es por lo general menor a un cuarto de hora.

Esto sin duda configura una red de centros muy pegados al terreno, que responde a la promoción de iniciativas de índole local, muchas veces instalados en locales de titularidad de los propios Ayuntamientos, adaptados a las demandas de cada municipio. Se puede decir, por tanto, que los centros de día del Territorio están presentes allí donde está la demanda.

Bien es verdad que por el momento este modelo no favorece la aparición de centros medianos o grandes, salvo el caso de municipios grandes (mayores de 20.000 habitantes). En realidad, la dimensión de los centros de día no ha variado prácticamente desde el comienzo y se sitúa alrededor de las 20 plazas desde hace ya una decena de años, que no debiera ser considerada como una dimensión óptima.

Por lo general, la promoción de los centros de día comienza con un número muy pequeño de plazas -por lo general 6-8, incluso menor si son servicios de atención anexos a centros residenciales- que necesita, según las normas establecidas, poca superficie edificada, instalaciones poco costosas, en las que los ambientes se creen básicamente con mamparas movibles, con unos servicios contratados a empresas externas y un personal indirecto contratado por horas y un personal directo mínimo. Bajo estos supuestos los promotores entienden que el riesgo organizativo y económico es limitado, ante una demanda que conocen poco. Luego, cuando las demandas sobrepasan las previsiones, se plantean ampliar centros y programas.

Este modelo de implantación territorial de los centros de día viene obviando en la práctica una discusión que aparece en la literatura sobre los centros de día: la

---

<sup>5</sup> Para una población total de 680.000 habitantes Gipuzkoa tiene 88 municipios, de los que 58 tienen menos de 5000 habitantes y por tanto 30 con más de esa dimensión.

diferenciación entre los modelos polivalentes y los modelos psicogerítricos. La omnipresencia de los casos de confusión mental o psicológica en todos los centros de día existentes, en relación a la fuerte prevalencia de este tipo de discapacidad en la población muy mayor ha hecho que, salvo casos en los que los centros hayan sido promovidos por Instituciones de orientación psiquiátrica o clara orientación geriátrica situados en grandes municipios o en la capital, la polivalencia -con sectorización- en la atención haya sido la regla. De poco ha servido que en teoría se hayan previsto otras orientaciones hacia otros tipos de clientes, cuando la demanda más fuerte, más urgente, más dramática ha presionado para que este tipo de clientela sea atendida.

Ello significa también, no se olvide, que **todos** los centros de día deben estar adaptados a la presencia de colectivos de personas con confusión mental, tal como con buen criterio previene la reglamentación citada (Gobierno Vasco), con independencia de la orientación inicial de los promotores. En un próximo apartado se estudiarán las consecuencias en programas de la presencia de este tipo de clientela.

#### **7.1.4. Tasas de cobertura y eficacia de los Centros de Día**

Es de profusa utilización en la planificación asistencial la noción de tasa de cobertura de los servicios. Dicha tasa (bruta) es una proporción matemática, en cuyo numerador figura el número de plazas existente y en su denominador el número de personas mayores de 65 años existente en un zona determinada. La facilidad de uso de semejante medida a efectos comparativos es grande ya que ambos son datos que se obtienen con facilidad: de hecho se usan mucho. Sin embargo bien poco nos dice de su utilidad como elemento de planificación, ya que el colectivo de personas mayores de 65 años no es en sí mismo un grupo de personas que presente situaciones de dependencia ni incluso un colectivo/riesgo.

A efectos comparativos, la tasa bruta de cobertura actual de centros de día se sitúa en el 1,4% (número de plazas totales referidas a 100 personas mayores de 65 años en el T.H. de Gipuzkoa), una tasa que se puede considerar elevada si se la compara con la situación de otras Comunidades Autónomas, pero que no es excepcional ya que la proporción de plazas en centros de día y hospitales geriátricos de día en Cataluña hacia el año 1994 era del 1,2%, o la situación actual de Alava o Navarra, –por no citar más territorios del entorno geográfico próximo–, que se sitúan en el 0,8 y en el 1,95 respectivamente<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> El número de plazas de centros de día existentes en las diversas Comunidades Autónomas es un dato muy poco fidedigno porque no está nada clara su diferenciación respecto a los clubs de jubilados, las estancias en residencias con el mismo personal, etc. En una publicación reciente del IMSERSO, p.ej., la C.A.P.V. aparece con un 0,4% de tasa de cobertura de plazas de centros de día.



Intentando ser más precisos, en la literatura de los servicios sociales, se utiliza el concepto de *eficacia horizontal y vertical de los servicios* que pretenden medir lo que en lenguaje llano es saber "si están todos los que son y son todos los que están". Así la eficacia horizontal de un servicio mide la proporción de personas que presentando situaciones de dependencia están siendo atendidos por los servicios públicos sobre el total de personas existentes en la comunidad con esas mismas características ("están todos los que son").

a) Los resultados obtenidos en la *eficacia horizontal (es decir del número total de personas mayores dependientes cuántos están siendo atendidos por el servicio ) comparada* entre centros de día, residencias y alojamientos protegidos son las siguientes, en términos globales:

- Centros de día, 898 plazas ocupadas por gravemente dependientes, esto es el 4,2% de eficacia horizontal.
- Residencias, 2876 plazas de dependientes, esto es el 13,6% de la eficacia horizontal.
- Alojamientos protegidos, 20 plazas de dependientes, esto es el 0 % de eficacia horizontal.

Como se puede comprobar, del total de personas mayores con discapacidades existentes en Gipuzkoa (estimado en 21.070 personas)<sup>7</sup>, los centros de día atienden una proporción cercana al 4%, cifra que sitúa en su verdadera dimensión lo conseguido hasta la fecha. A su vez la eficacia de las residencias es del orden del 13,6 %, siendo prácticamente inapreciable en los alojamientos protegidos.

En conjunto, la atención institucional pública en estos dos grandes tipos de recursos llega a atender al 17,8% de todas las personas mayores que tienen necesidad de ayuda<sup>8</sup>.

Por lo que se refiere a la comparación entre centros de día y residencias, es de subrayar que los primeros atienden aproximadamente algo menos de una tercera parte de lo que lo hacen los centros residenciales, a pesar de su juventud como red de recursos asistenciales.

El análisis comarcal arroja sensibles diferencias en cuanto a estos resultados medios, siendo significativo señalar que las mismas comarcas cuya proporción de eficacia horizontal en residencias es más elevada que la media territorial, lo son igualmente en lo que se refiere a los centros de día: esto parece indicar la

---

<sup>7</sup> No existe en Gipuzkoa ningún censo del grado de dependencia de personas mayores. La estimación de esta cifra se han tomado del estudio francés del equipo INSERM Recherches Epidémiologiques sur le Vieillessement et les Incapacités " *Méthodologie pour une planification des services aux personnes âgées dépendantes*", 1991, page 23, mimeo.

<sup>8</sup> A esta proporción habría añadir la tasa de eficacia horizontal de la asistencia domiciliaria, –número de personas fuertemente dependientes atendidas sobre el total existente en la población– que estimativamente supone casi otro 20%.

existencia de un eje de criterios en cuanto a qué población a atender en las distintas comarcas, que produce eficacias o ineficacias, ambas acumulativas.

- b) Otro indicador que completa la visión proporcionada por la eficacia horizontal es la denominada *eficacia vertical* de un servicio ("si son todos los que están" en el lenguaje llano), es decir, proporción de plazas utilizadas por personas que presentan situaciones de dependencia. Se estima que una buena eficacia vertical tiene que acercarse al 90%, es decir que nueve de cada diez plazas existentes se encuentren ocupadas por personas que tengan mediana o grave discapacidad. Esta noción tiene que ver con la definición de criterios estrictos ligados a la dependencia para el ingreso de los solicitantes.

Tal como se tendrá ocasión de comprobar en detalle en un apartado posterior, la presencia de usuarios enteramente autónomos en los centros de día no supera en ningún caso el 5%, porcentaje al que podría quizá añadirse una parte de las personas que presentan una dependencia física leve. Con todo se puede decir que la eficacia vertical de los centros de día es muy alta ya que alcanza proporciones superiores al 90%. Eficacia que se está superando en lo que respecta a los ingresos recientes.

Esta eficacia corresponde desde luego a un recurso en el que están claros los criterios de entrada al nivel de atención. Pero también tiene que ver con la novedad del mismo. En efecto, las proporciones de los centros de día son mucho más importantes que las de las residencias como consecuencia –ya señalada en apartados anteriores– de la presencia en éstas últimas de personas mayores autónomas, del orden del 20-25% global (aunque en rápido decrecimiento). En efecto, las proporciones de los centros de día son mucho más importantes que las de las residencias como consecuencia –ya señalada en apartados anteriores– de la presencia en éstas últimas de personas mayores autónomas, del orden del 20-25% global.

Sin duda esta comparación no deja de subrayar la paradoja de que constituyendo recursos costosos y pesados, pensados para personas con fuertes discapacidades, las residencias han venido siendo –lo están en estos momentos todavía– utilizadas en una proporción notable por un grupo de personas que en teoría no necesita un recurso socialmente tan especializado. A su vez, esta constatación abre el debate de la necesidad de que aparezcan en el panorama asistencial equipamientos comunitarios para dar respuesta apropiada a necesidades inapropiadamente atendidas.

La medida de la eficacia vertical tiene también sus límites metodológicos para la planificación en la medida que no atiende a las graves diferencias existentes entre los diversos grupos de dependencia para cada recurso y no proporciona una respuesta convincente a si todos ellos son atendibles en un recurso como el centro de día. Para ello hay que hilar más fino en el detalle de las discapacidades.

### 7.1.5. Perfiles de los clientes

En lo que concierne a la clasificación por el tipo de clientes que recibe, algunos de los centros de día existentes son de carácter monográfico orientados a personas afectas de patologías psicogeriatricas, en especial la demencia senil, si bien la inmensa mayoría –en función del modelo territorial de la red– son de carácter polivalente aunque con una adecuada sectorización entre usuarios. Estos últimos reciben tanto a clientes autónomos –pero frágiles–, y dependientes tanto por causas físicas como psíquicas.

La tipología de clientes se deriva de la explotación de los items de la escala de valoración (escala Sakontzen)<sup>9</sup> que se viene utilizando para "medir" las capacidades de autovalimiento de las personas mayores. Las dimensiones de la escala son:

- Cuidados personales: en alimentación, higiene y vestido
- Cuidados de salud: médicos, enfermeros y rehabilitadores
- Desplazamiento/movilidad
- Continencia de esfínteres
- Dependencia psíquica

Cada uno de estos apartados es puntuado de 0 a 2 por el técnico evaluador, que además recoge otros muchos datos médicos y sociales.

Los resultados que se presentan a continuación provienen de la explotación de la valoración efectuada para todas las personas atendidas en los servicios concertados por Gizartekintza que se está realizando en estos momentos, y son sólo el avance provisional del 43% de todos los usuarios actuales a una fecha determinada (28 diciembre 2000).

La clasificación por *grupos descriptivos* (a efectos de discernir su orientación al recurso, su prioridad y el componente asistencial) de la citada explotación es la siguiente:

- Autónomos
- Dependencia física leve
- Dependencia física grave
- Dependencia psíquica leve
- Dependencia psíquica grave
- Grupo de "contención"
- Grupo de complejidad clínica

Los resultados obtenidos por la actualización de la escala Sakontzen son los que se describen a continuación:

---

<sup>9</sup> Publicada en Orden Foral nº 809/1997 de 15 de diciembre, B.O.G. 2 enero de 1998.

### **a) Personas autónomas, pero frágiles (constituidos por los grupos de autónomos y dependencia física leve)**

Existen numerosas personas usuarias de los Centros de Día, que son todavía autónomas para la realización de las AVD (actividades de la vida diaria), es decir para: lavarse, peinarse, afeitarse, vestirse, levantarse y acostarse, control de esfínteres, etc. Sin embargo pueden tener dificultades para las AIVD (actividades instrumentales de la vida diaria) tales como la realización de las compras, la limpieza de casa, la elaboración de la comida... Estas personas pueden estar en riesgo de perder su autonomía personal a causa de patologías médicas diversas, riesgo de caídas, situaciones depresivas, soledad grave, pérdida reciente del cónyuge, edad muy avanzada, etc.

Según el sistema de valoración de la dependencia por grupos descriptivos, en la actualidad aproximadamente un 5% de los usuarios de los centros de día son completamente autónomos, a los que habría que añadir una parte de otro porcentaje del grupo de personas con dependencias físicas leves (21%). Desde luego el grupo de personas enteramente autónomas no debiera ser atendido en los centros de día, pero es posible que la existencia de un número tan bajo de casos autónomos encubra la existencia de otro tipo de problemas asociados difíciles de atender de otra manera.

### **b) Personas con dependencia moderada y grave, de origen físico**

A los centros de día acuden también usuarios que no son autónomos para la realización de las AVD y precisan apoyo de tercera persona para alguna o algunas de ellas. Este tipo de dependencia suele provenir de patologías de los siguientes tipos:

- Accidentes cerebrovasculares (ACVA), con paresias, hemiplejias, etc. que no hayan afectado de forma muy grave a la capacidad sensorial y al habla.
- Síndromes Parkinsonianos, que producen rigidez en los movimientos, en la marcha, etc.
- Poliartrosis, especialmente las de cadera y rodillas, que dificultan en ocasiones gravemente la marcha.
- Patologías de tipo cardio-pulmonar, con disnea (dificultad para respirar) que llegan a dificultar seriamente la autonomía personal.
- Alta senilidad, edades sumamente avanzadas, con un deterioro físico global, que precisan ayuda para las AVD, pero que mantienen en ocasiones un estado mental satisfactorio.
- Amputaciones de EEII por arteriopatías obliterantes, etc.

El peso de este tipo clientes en el total es del 21% .

### **c) Personas con dependencia leve de origen psíquico**

Son personas con grados ligeros de demencia u otros trastornos mentales de intensidad moderada, que mantienen una capacidad funcional relativamente buena y precisan ayuda habitual ligera o bien supervisión para la realización de las actividades de la vida diaria. Su movilidad es buena o levemente afectada. Habitualmente presentan incontinencia nocturna habitual que aconseja uso de pañal y pueden ser capaces de controlarse durante el día o con ayuda ligera. El estado mental está alterado, bien por demencia de cualquier origen, bien por trastorno depresivo u otras psicopatías ya conocidas, pero controladas. No se incluyen trastornos de conducta en este grupo.

El peso numérico de este grupo entre los usuarios del centro de día es del 15%.

### **d) Personas mayores con dependencia grave, de origen psíquico**

Este perfil de usuario de los centros de día es muy frecuente de observar tanto en los centros de tipo polivalente como monográfico, de tamaño pequeño como grande. Suele tratarse de personas afectas de demencia senil en fases iniciales o moderadas, que por lo general todavía conservan –en mayor o menor grado– la capacidad de deambulación.

La demencia senil de Alzheimer y las demencias en general, están configurando en este final del milenio, un problema de tipo socio --sanitario que desborda por el momento los recursos públicos existentes. Las familias cuidadoras de este tipo de enfermos –muy especialmente las esposas e hijas– soportan cargas de cuidados fuertes y muy largas en el tiempo, y en no pocas ocasiones llevan al derrumbamiento en la salud física y psíquica del cuidador principal apareciendo el conocido "síndrome del cuidador".

Representan un 14% de todos los clientes del Centro de Día.

### **e) Grupo de contención**

Los centros de día también acogen a clientes con graves dificultades para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria e incluso que necesitan ayuda permanente en la realización de las tareas básicas para su cuidador personal. Se suele tratar de demencia seniles ya muy evolucionadas, muchas veces incontinentes, generalmente con graves dificultades para la comunicación y el autocuidado, la percepción del riesgo, todo ello compatible con un grado relativamente bueno en la movilidad. Se encuentran comprendidas en los niveles más altos de la valoración de la dependencia.

Los niveles muy altos precisan un informe de idoneidad, que defina que el recurso de centro de día va a ser positivo para la persona, y no le resultará demasiado perjudicial el ajetreo del traslado diario al centro. Estos niveles de alta dependencia, por lo general, son más propios para ser atendidos en residencias que en

centros de día, pero cada día se hace más palpable su presencia en los centros de día, tanto porque no existen suficientes plazas de residencias asistidas, como por cuanto las familias están dispuestas a notables sacrificios de asistencia por mantener a su persona mayor en el entorno familiar.

Lógicamente, también en esta categoría están comprendidos otros tipos de usuarios que han llegado a tener una alta dependencia debido a otras patologías: ACVAs evolucionados, pluripatologías, etc.

Por peso numérico es también uno de los grandes grupos de clientes en los centros de día, pues representa casi 1/5 de todos los clientes. Se da la paradoja que tiene un peso comparativamente mayor que las residencias.

#### **f) Grupo de complejidad clínica**

Los integrados en este grupo son personas mayores con grados de dependencia variable pero muchas e importantes patologías que ocasionan reagudizaciones abundantes necesitadas de hospitalizaciones frecuentes, terapias complejas y/o apoyo médico – enfermero muy próximo. También se incluyen los afectados de procesos terminales en fases avanzadas que requieran planes de cuidados específicos y/o procedimientos terapéuticos que exijan apoyo técnico - sanitario (este último subgrupo solamente en residencias).

Peso: un 5% de todas las plazas de centro de día, que difícilmente pueden tener una buena atención, salvo en los centros que sean dependientes de residencias.

#### **g) Conclusiones finales sobre la clientela de los centros de día y las residencias**

Los resultados comparativos globales entre centros de día y residencias que aparecen en los cuadros y gráficos adjuntos dan una buena visión sobre la clientela que ambos recursos atienden. Permite también tener una idea del **producto asistencial** que cada uno de ellos debiera realizar en el conjunto de la red de cuidados integrados.

Una de los datos que "falsea" el análisis comparado tiene que ver con la existencia en las residencias de un porcentaje relativamente alto de personas enteramente autónomas (el 13%). Ya se ha anotado anteriormente que dicha presencia se explica tanto por los criterios que históricamente se han utilizado para el ingreso de personas mayores en ellas –ingresaban solamente los válidos–, cuanto por el carácter integral que tiene este recurso: así cualquier persona mayor con necesidades de vivienda y precariedad económica ingresaba en la residencia. Es cierto que las medidas de priorización de la incapacidad en los ingresos está produciendo importantes cambios en el peso de este grupo, pero claro que esta tendencia no dejará de producirse mientras no se habiliten estructuras de alojamiento con atención para personas autónomas o con discapacidades (físicas) leves.

Otro de los grupos que llama la atención por su sobre representación, esta vez en los centros de día, es el de contención, que realmente supone un fuerte dilema. Realmente, dadas las características de este grupo –particularmente su movilidad–, no parece ser éste el recurso idóneo para atender a este tipo de clientes, sobre todo cuando su proporción es bastante más alta que en las residencias. Posiblemente la falta de sectorización –arquitectónica y de cuidados– de las residencias explique esta presencia inadecuada tan importante en los centros de día.

Otro grupo que tampoco se encuentra bien ubicado en los centros de día es el grupo de complejidad clínica, que como se ha dicho debe estar atendido, en todo caso, en centros de día ligados a centros residenciales dotados de los servicios médico - enfermeros correspondientes o que claramente ingresen en hospitales de día geriátricos (hoy inexistentes).

#### **7.1.6. El Centro de Día, ¿Paso previo o alternativa a la residencia?**

En este apartado se analizan otras cuestiones complementarias a las anteriores que terminarán por revelar el verdadero papel de los centros de día dentro del dispositivo asistencial del territorio Histórico.

Existe desde luego el dato de un 43% de personas que habiendo pasado por un centro de día han ingresado luego a un centro residencial. Ello denota la existencia de una graduación en la atención de los clientes: los centros de día serían una puerta de entrada al sistema residencial o en el peor de los casos sería una alternativa mientras no se tiene una mejor respuesta asistencial.

Este hecho es matizable en la medida que los datos sólo son concluyentes en los servicios de atención diurna en centros residenciales, pero mucho menos en los centros de día propiamente dichos, donde sólo el 32 % de las personas dadas de baja han ingresado en residencias. En realidad de los actuales usuarios de los centros de día y servicios de atención diurna, sólo el 17,4% están dados de alta en la lista de espera de residencias. El resto considera que todavía no ha llegado el momento de pensar en un ingreso residencial definitivo (a pesar de presentar parecidas, si no mayores situaciones de discapacidad).

Lo cierto es que para los actuales usuarios de centros de día, el plazo medio de estancia (permanencia) en el centro se eleva a 596 días. Teniendo en cuenta la juventud de muchos de los centros existentes es notable la existencia de un 60% de personas que pasan de 300 días de estancia o permanencia en centros de día. Se demuestra con ello que este recurso presenta un carácter de estabilidad asistencial para las familias y para los clientes realmente elevado. Para ellos el centro de día es una alternativa permanente.

### 7.1.7. Conclusiones para la planificación

El deseo de las personas mayores de permanecer dentro del entorno familiar y social, es un principio de actuación gerontológica que desde hace unos años se ha tratado de potenciar en este Territorio. Este deseo de la persona mayor encuentra en la mayoría de los casos un apoyo decidido en la estructura de la red natural que le brinda una red de distintos recursos, de ayuda doméstica, económica, de apoyo emocional, de presencia personal suficientes para no tener que pedir el ingreso en una institución. Dentro de la red natural, la familia lleva habitualmente una carga asistencial muy fuerte, aún a costa a veces del propio equilibrio emocional del personal cuidador.

Para ello se están potenciando la creación y el mantenimiento de distintos programas de mantenimiento en el domicilio (de familias de acogida para personas dependientes, los programas de convivencia de mayores con estudiantes, los programas de respiro residencial), los centros de día, así como otros específicamente orientados a la ayuda a la familia cuidadora (Sendian).

Todo este conjunto de programas y medidas de mantenimiento en el domicilio y su evolución reciente hacen de esta política un punto de estudio interesante, ya que no sólo son recursos que reducen los efectos negativos que habitualmente se achacan a la segregación de los usuarios en grandes centros residenciales, sino que estimulan la consolidación de los recursos comunitarios.

Lo que es cierto es que la política de mantenimiento en el domicilio empieza a constituir una *atención gerontológica visible*. Tanto que se puede empezar a hablar –realidad en la mano– de una red de cuidados alternativa al internamiento de las personas mayores dependientes. La irrupción de estos servicios –en los que los centros de día juegan un papel destacado– junto a la desburocratización del servicio de ayuda a domicilio para adecuarlo a las verdaderas necesidades de las personas, y no sólo a la gestión del programa, junto a la aparición de una oferta incipiente de alojamientos protegidos para personas mayores autónomas va a plantear un nuevo marco de actuación de la política gerontológica en nuestros municipios y va a marcar la necesidad de definir nuevas prioridades en las medidas de apoyo a las iniciativas, que todavía son mayoritariamente residencialistas.

Pero no cabe duda que la aparición de los centros de día está provocando problemas de gestión a otros equipamientos en la medida que su utilidad social está fuera de duda y comienza a ser competitivo respecto a otros productos gerontológicos. En concreto, en varios municipios guipuzcoanos en los que se está implantando una desburocratización de la asistencia domiciliaria, y una oferta de alojamientos para personas mayores, se ha conocido un fenómeno hasta ahora inusitado: no hay personas en lista de espera para plazas residenciales, mientras que sí las hay en centros de día.

¿Fenómeno de moda o cambio de tendencia en el deseo de los clientes?



## **7.2. Aproximación a un modelo de coste estandarizado para Gipuzkoa.** Ander Zapiain Usandizaga. Gizartekintza-Departamento de Servicios Sociales Diputación Foral de Gipuzkoa

El objeto de este capítulo es el de proponer un modelo que permita pronosticar el coste estancia de un servicio de centro de día de nueva implantación en Gipuzkoa.

### **Atención Psicogerítrica**

En la actualidad la red de centros de día en Gipuzkoa está compuesta por 42 centros, ofreciendo un total de 975 plazas. Aunque, durante los últimos años la atención a personas con dependencia psíquica está cobrando una importancia inusitada, lo cierto es que tan solo 2 de los centros ofrecen una atención exclusivamente psicogerítrica. Por lo tanto, debemos considerar que la red guipuzcoana se compone mayoritariamente de centros que ofrecen indistintamente sus servicios tanto a personas con dependencia física como psíquica, aunque es este segundo colectivo el que está registrando un mayor crecimiento.

### **Método**

Son de sobra conocidas las ventajas que ofrece el centro de día con respecto a otros recursos alternativos, como puede ser la residencia. Al tratarse de un recurso menos traumático y más económico, hace que, por una lado, la demanda esté experimentando un crecimiento muy acusado y, por otro, que las instituciones locales vean con muy buenos ojos la posibilidad contar con este tipo de equipamientos.

Cuando una institución (generalmente, un ayuntamiento) estudia la posibilidad de poner en marcha un servicio de estas características, se encuentra ante la necesidad de prever el coste que ello va a suponer y, por tanto, la financiación que deberá prever.

En Gizartekintza, institución que actualmente financia más del 50% del coste total de la red de centros de día, gracias al control de gestión que efectúa sobre los centros, se dispone de gran cantidad de información que permite obtener una visión, tanto detallada como global sobre los mismos. Esa información puede arrojar algunas pistas sobre el camino que pueda seguir cualquier nueva iniciativa de estas características. No debemos olvidar que los centros de día vienen funcionando desde hace muchos años y por tanto, la experiencia acumulada debe ser aprovechada.

Sin embargo, tal y como se verá más adelante, nos encontramos ante un sector muy disperso, en que cada centro desde su concepción se ha visto influenciado por gran cantidad de particularidades que le hacen diferente al resto. En vista de ello, y dada la dificultad de que de la observación de la realidad se obtenga algún tipo de patrón general, resulta necesario completar el análisis efectuando un pequeño ejercicio teórico consistente en llevar a cabo diversas estimaciones en

base a criterios razonables. El método a seguir, pues, es el resultado de la combinación de:

- I.- La observación de los costes del sector.
- II.- Las estimaciones basadas en criterios razonables.

### Análisis del sector

#### Red de Centros de Día de Gipuzkoa

En estos momentos Gipuzkoa cuenta con un total de 42 centros de día, (cuyo detalle se ofrece en el Cuadro 1), cifra un 75% superior a la existente hace tan solo 4 años.

Cuadro 1: Red de Centros de Día en Gipuzkoa

MUNICIPIO	NOMBRE DEL CENTRO	PLAZAS	TIPO
AIA	OSPITALETXE UDAL EGUNEKO ZENTROA	4	2
ANDOAIN	AMBROSIA OLABIDE UDAL EGUNEKO ZENTROA	32	2
ARRASATE	CENTRO DE DÍA PSICOGERIATRICO AITA MENNI	35	1
AZKOITIA	SAN JOSE UDAL EGUNEKO ZENTROA	12	4
AZPEITIA	AITONENA UDAL EGUNEKO ZENTROA	16	2
BEASAIN	UDAL EGUNEKO ZENTROA	18	1
BERGARA	UDAL EGUNEKO ZENTROA	15	2
DEBA	UDAL EGUNEKO ZENTROA	16	2
DONOSTIA-SAN SEBASTIAN	BERIO EGUNEKO ZENTROA	15	3
DONOSTIA-SAN SEBASTIAN	VILLA LAS MERCEDES	62	1
DONOSTIA-SAN SEBASTIAN	BERMINGHAM EGUNEKO ZENTROA	40	3
DONOSTIA-SAN SEBASTIAN	JULIAN REZOLA EGUNEKO ZENTROA	25	3
DONOSTIA-SAN SEBASTIAN	TXARA I EGUNEKO ZENTROA	25	3
DONOSTIA-SAN SEBASTIAN	TXARA II EGUNEKO ZENTROA	31	3
DONOSTIA-SAN SEBASTIAN	VILLA SACRAMENTO EGUNEKO ZENTROA	30	4
DONOSTIA-SAN SEBASTIAN	ZORROAGA EGUNEKO ZENTROA	50	4
DONOSTIA-SAN SEBASTIAN	ALDAKONEA EGUNEKO ZENTROA	30	3
DONOSTIA-SAN SEBASTIAN	VILLA HERMINIA	6	3
EIBAR UDAL	EGUNEKO ZENTROA	18	3
ELGOIBAR	UDAL EGUNEKO ZENTROA	15	2
ERRETERIA	GERONTOLÓGICO ERRETERIA	25	3
ERRETERIA	UDAL EGUNEKO ZENTROA	20	4
ESKORIATZA	ESKORIATZAKO EGUNEKO ZENTROA	15	3
HERNANI	STA.MAGDALENA EGUNEKO ZENTROA	27	3
HONDARRIBIA	CENTRO DE DÍA GIBELETA	24	1
IDIAZABAL	PILARRENEA UDAL EGUNEKO ZENTROA	23	2
IRUN	CENTRO DE DÍA SERVICIOS BIDASOA	18	3
IRUN	METROCES	60	3
IRUN	UDAL EGUNEKO ZENTROA	15	4
LASARTE-ORIA	ATSOBAKAR EGOITZA	17	4
LEGAZPI	UDAL EGUNEKO ZENTROA	24	2
OÑATI	UDAL EGUNEKO ZENTROA	36	1
PASAIA	UDAL EGUNEKO ZENTROA	15	4
TOLOSA	UDAL EGUNEKO ZENTROA	12	4
TOLOSA	MADRE MARIA JOSEFA EGUNEKO ZENTROA	49	1
URRETXU	UDAL EGUNEKO ZENTROA	20	2
VILLABONA	SANTIAGO EGOITZA	4	4
ZARAUTZ	UDAL EGUNEKO ZENTROA	30	2
ZESTOA	UDAL EGUNEKO ZENTROA	15	3
ZESTOA	GISASOLA	9	3
ZIZURKIL	FRAISORO EGUNEKO ZENTROA	20	3
ZUMAIA	SAN JUAN EGOITZA	2	4
<b>TOTAL</b>		<b>975</b>	

## **Heterogeneidad del sector**

La diversidad a la que antes se aludía viene determinada, entre otros, por los siguientes factores:

### **a) “Tipología” de los centros**

Aun cuando desde el punto de vista del servicio, el centro de día es un concepto único, desde el punto de vista de la organización y de los medios utilizados pueden darse situaciones muy diferentes que pueden originar grandes diferencias entre los centros. Estas diferencias, a su vez, inciden directamente sobre el nivel de coste: por ejemplo, cabe suponer que el nivel de coste soportado por un centro de día ofrecido en un local independiente (sin formar parte de un conjunto multiservicios), que cuenta con un personal propio exclusivo y con una serie de servicios (comida, animación, enfermería, etc.) también exclusivos, no puede ser similar al soportado en un centro de día anexo a una residencia con la que comparte todos los servicios (obteniendo así economías de escala).

Atendiendo a este criterio, se pueden diferenciar cuatro grandes grupos:

- 1.- Centros exclusivos independientes.
- 2.- Centros exclusivos anexos a equipamientos comunitarios (centros sociales...).
- 3.- Centros exclusivos anexos a residencias.
- 4.- Servicios de atención diurna dentro de residencias.

En el primero encontraremos a todos aquellos centros exclusivamente concebidos para prestar este tipo de atención y que no comparten recursos con ningún otro servicio. A esta tipología corresponde un total de 6 centros (14% del total) que albergan 224 plazas (23 % del total).

En el segundo grupo se encuentran los centros que comparten su emplazamiento con otros servicios comunitarios tales como centros sociales (hogares de jubilados). Esto les permite compartir algunos servicios y gastos (amortizaciones, suministros, parte del personal...). Incluye a 16 centros (38% del total) y 379 plazas (39% del total).

En el tercero se encuentran los centros, también exclusivos, pero que al encontrarse físicamente ubicados junto a una residencia, comparten con ésta toda una serie de servicios, permitiendo una notable optimización de recursos. En este grupo se encuentran 10 de los centros (24% del total) con 195 plazas (20 % del total).

Por último, en el cuarto de los grupos se encuentran los servicios de atención diurna prestados en residencias. Se trata de estancias diurnas en centros residenciales, es decir, usuarios que acuden diariamente a un centro residencial, compartiendo todos los medios y equipamientos con los usuarios residenciales, salvo algunos espacios de utilización exclusiva por parte de los usuarios diurnos. En este grupo se incluyen 10 (24% del total) centros con un total de 177 plazas (18% del total).

## b) Dimensión

Por otro lado la dimensión resulta también importante. Se puede afirmar que la mayor parte de los costes son o deben ser proporcionales al número de plazas del centro. Así, un centro con 40 plazas debería contar con el doble de personal cuidador que uno de 20 y debería gastar el doble en alimentación. Sin embargo, se producen ciertos escalonamientos debido a que muchos de los factores no son absolutamente flexibles (personal). Además existen unos costes mínimos inevitables por el mero hecho de que el centro permanezca abierto (cuotas de alta en suministros, seguros, etc.). En general, puede afirmarse que cuanto mayor es el número de plazas, menor será el coste unitario.

## c) Calidad del servicio

Desde el punto de vista de las condiciones físicas se puede afirmar que todos los centros cumplen la normativa vigente<sup>10</sup> (todos cumplen el mínimo legal). Sin embargo, existen diferencias en cuanto a la calidad del servicio prestado ya que, por ejemplo, los horarios de apertura, los ratios de personal o la superficie por plaza difieren de unos centros a otros. Lógicamente estas diferencias en calidad provocan diferencias también en coste.

En el Cuadro 2 se han seleccionado 4 de los centros incluidos en el Cuadro 1 (omitiendo los nombres, por razones de confidencialidad) y se indica, por un lado el número de horas de atención directa ofrecidas durante 2002 por cada plaza (Total de horas de atención directa / nº de plazas), por otro, la puntuación media de los usuarios del centro según la escala "Sakontzen", a fecha 31/12/2002 y, finalmente, una aproximación a la "carga asistencial" soportada por el centro durante el año 2002, medida a través de la escala RUG-II.

*Cuadro 2: Atención directa y carga asistencial*

Concepto	Centro A	Centro B	Centro C	Centro D
Horas at. directa / plaza.año	571	539	323	346
Promedio Puntos Sakontzen	7,24	4,50	5,87	6,21
Promedio Puntos Sakontzen	1,21	0,97	1,20	0,91

Fuente: GIZARTEKINTZA (D.F.G.).

Como puede observarse, se aprecian grandes diferencias en cuanto a la atención ofrecida a los usuarios. Diferencias que en parte están explicadas por las cargas asistenciales relativas soportadas (por ejemplo: el centro A, el de mayor carga

<sup>10</sup> DECRETO 202/2000, de 17 de octubre, sobre los centros de día para personas mayores dependientes (B.O.P.V. 8/11/2000)

asistencial, ofrece el mayor ratio), pero no en su totalidad (el centro C atiende mayor carga que B, pero su ratio es sensiblemente inferior).

#### **d) Condiciones laborales**

El coste de personal constituye, con diferencia, el principal concepto de gasto. En estos momentos no todo el personal que presta sus servicios en los centros de día lo hace en las mismas condiciones contractuales (personal propio y subcontratado) ni salariales (convenio colectivo de Sanidad Privada, de Hostelería, de Residencias Privadas, Pactos de empresa...). Todo esto, lógicamente tiene una repercusión directa en el nivel de coste.

En el Cuadro 3 se ofrece, (para los mismos 4 centros anteriormente seleccionados), en primer lugar, el coste horario medio del personal resultante durante 2002, en segundo lugar, el principal convenio colectivo aplicado y, en tercero, el % de horas que fueron prestadas por personal subcontratado:

*Cuadro 3: Condiciones laborales*

<b>Concepto</b>	<b>Centro A</b>	<b>Centro B</b>	<b>Centro C</b>	<b>Centro D</b>
Coste hora medio del personal	11,73	9,91	20,38	13,29
Principal Convenio colectivo aplicado	<i>Pacto de empresa</i>	<i>Pacto de empresa</i>	<i>Pacto de empresa</i>	<i>ARCEPAFE</i>
% de horas de atención directa desempeñadas por personal subcontratado	99%	98%	97%	45%

*Fuente: GIZARTEKINTZA (D.F.G.).*

#### **Diversidad de costes**

Debido a la concurrencia de estos y otros factores, nos encontramos ante un sector que se caracteriza por la dispersión en sus costes unitarios, tanto en su nivel total como en su composición.

A título de ejemplo obsérvense los costes unitarios desglosados, relativos a 2002, correspondientes a los 4 centros anteriores:

Cuadro 4: Costes unitarios de estancia

Concepto	Centro A	Centro B	Centro C	Centro D
<b>GASTOS DE PERSONAL</b>	<b>25,68</b>	<b>23,59</b>	<b>16,03</b>	<b>19,51</b>
Sueldos y salarios	0,00	0,00	0,00	12,75
Seguridad Social	0,00	0,00	0,00	1,65
Personal subcontratado	25,68	23,59	16,03	4,78
Otros gastos sociales	0,00	0,00	0,00	0,32
<b>COMPRAS</b>	<b>1,46</b>	<b>8,09</b>	<b>6,70</b>	<b>9,35</b>
Material de oficina	0,00	0,00	0,00	0,07
Cocina	1,46	7,74	4,96	6,89
Sanidad	0,00	0,12	0,00	0,08
Limpieza	0,00	0,00	1,53	1,32
Lavandería	0,00	0,24	0,00	0,00
Otros	0,00	0,00	0,22	0,99
<b>SERVICIOS EXTERIORES</b>	<b>1,32</b>	<b>1,72</b>	<b>1,63</b>	<b>1,67</b>
Arrendamientos	0,00	0,00	0,00	0,00
Reparaciones y conservación	0,50	0,67	0,00	0,18
Suministros	0,83	1,06	1,53	0,61
Primas de seguros	0,00	0,00	0,00	0,08
Mantenimiento	0,00	0,00	0,11	0,72
Otros	0,00	0,00	0,00	0,08
<b>TOTAL SIN TRANSPORTE</b>	<b>28,46</b>	<b>33,40</b>	<b>24,36</b>	<b>30,53</b>
<b>TRANSPORTE</b>	<b>5,98</b>	<b>6,49</b>	<b>6,66</b>	<b>1,44</b>
<b>TOTAL CON TRANSPORTE</b>	<b>34,44</b>	<b>39,90</b>	<b>31,02</b>	<b>31,96</b>

Fuente: GIZARTEKINTZA (D.F.G.).

Como puede observarse, entre los costes totales más distantes entre sí (centros B y C) existe una diferencia del 29 %. También resultan destacables las grandes diferencias en la composición de los costes

A pesar de todo ello, cabe decir, como dato significativo, que durante 2002 el coste medio del sector se ha situado en torno a los **34 euros por persona y día**, es decir, en torno a los 750 euros mensuales, cifra muy inferior a las más de 1.450 que, como promedio, costó cada una de las más de 3.500 plazas residenciales públicas.

## **Modelo de estimación**

Dada la dificultad de extraer algún tipo de estándar o promedio a través de la simple observación del sector, resulta inevitable efectuar algún tipo de abstracción consistente en crear un modelo teórico que nos permita, de forma aproximada, conocer el coste que podría suponer la puesta en marcha de un nuevo servicio de centro de día en algún municipio de Gipuzkoa.

Este sencillo modelo consiste en dar respuesta a 3 cuestiones:

- 1.- ¿Qué dimensión va a tener el centro?.
- 2.- ¿Con qué personal deberá contar y en qué condiciones?.
- 3.- ¿Qué otros gastos se deberán afrontar?.

### **1. Dimensión**

Como ya se ha anticipado con anterioridad, la experiencia nos muestra que la dimensión de un centro repercute de manera considerable en su coste unitario. La primera decisión consistirá, por tanto, en fijar el número de plazas. Lógicamente, la fijación del número de plazas no deberá efectuarse atendiendo exclusivamente a criterios económicos: el principal factor a tener en cuenta deberá ser la demanda potencial del servicio.

En estos momentos, la dimensión media de los centros de día en Gipuzkoa se sitúa en 23 plazas. Si únicamente se consideran los centros tipos 1, 2 y 3 (los únicos para los que este análisis resulta útil), el promedio se situaría en 25 plazas. Esta cifra, en torno a las 24-25 plazas, puede considerarse como la "masa crítica" que permite "rentabilizar" un centro de estas características. Esto significa que en aquellas zonas donde exista dificultad para captar esta cifra de usuarios, la viabilidad económica del centro de día puede verse comprometida.

### **2. Personal**

En este capítulo se debe responder a las siguientes cuestiones, que se derivan del modelo de atención que se plantee para el centro:

- 1.- Categorías a prever.
- 2.- Convenio aplicable y su coste.
- 3.- Ratios de atención necesarios y horario de apertura.

#### **1. Categorías**

Dentro de la habitual clasificación de Personal Directo e Indirecto, se prevén, como mínimo, las siguientes categorías:

##### **Personal Directo:**

- Cuidadores.

- Monitor ocupacional.
- Asistente Social.
- A.T.S. / D.U.E.

**Personal Indirecto:**

- Director.
- Auxiliar administrativo.

Se considera que contando con este tipo de personal la calidad del servicio se encontraría plenamente garantizada<sup>11</sup>.

**2. Convenio aplicable y su coste:**

Ante la gran diversidad de convenios colectivos aplicables, se ha elaborado un promedio ponderado o *mix* de los convenios más representativos en el ámbito de la actividad asistencial para mayores en Gipuzkoa.

Según las tablas salariales del citado *mix*, los costes horarios resultantes para las categorías descritas son las siguientes (cifras del año 2002):

**Cuadro 5: Costes salariales**

CATEGORÍA	COSTE HORA
Cuidador	13,11
Monitor Ocupacional	16,93
Asistente Social	14,50
A.T.S. / D.U.E.	16,93
Director	20,00
Auxiliar administrativo	11,18

Fuente: GIZARTEKINTZA (D.F.G.).

Dentro del coste se incluyen todos los conceptos (Seguridad Social, pluses, sustituciones...).

<sup>11</sup> A efectos de este estudio la limpieza y el transporte se consideran como servicios o inputs externos.



### **3. Ratios de atención necesarios y horario de apertura**

Como horario de servicio se fija el siguiente:

- Recogida de los usuarios entre las 9 y las 10 de la mañana.
- Salida a partir de las 6 de la tarde (terminando a las 7).

Por lo tanto, se fija en 8 el número de horas de servicio, a las que habría que añadir 2 horas para los desplazamientos.

En cuanto a los ratios aplicables cabe señalar que la normativa aplicable (el anteriormente citado Decreto 202/2000) fija tres ratios mínimos de atención directa en función del nivel de dependencia de los usuarios:

- 1 a 9 para los usuarios no dependientes.
- 1 a 5 para los usuarios dependientes con diagnóstico de demencia.
- 1 a 6 para el resto de usuarios.

En el caso que nos ocupa, se podría suponer que todos los usuarios del centro serán dependientes e, incluso, un elevado porcentaje tendrán diagnosticada alguna demencia (en Gipuzkoa el promedio se sitúa por encima del 50% de los usuarios de centro de día). Luego una hipótesis bastante realista podría ser la de considerar que el 50% de los usuarios tienen dependencia psíquica, por lo que el ratio mínimo exigible será de 1 a 5,5; es decir, 0,18. Cabe señalar que, al contrario de los que ocurre con las residencias, donde la normativa fija unos ratios mínimos que la realidad ha demostrado ser muy ajustados, en el caso de los centros de día ocurre lo contrario, pues los ratios mínimos legales son elevados.

A continuación se ofrece un cuadro resumen en el que se fijan, para cada categoría profesional, el número de minutos necesarios por usuario y día, atendiendo a un Modelo de Atención tipo que se considera adecuado para ofrecer un servicio de calidad suficiente. Considerando que el servicio se ofrece durante 249 días al año (sólo los días laborables y sin cierre por vacaciones), ello supone una dedicación de horas anuales por plaza que se traduce a su vez en ratios.

**Cuadro 6: Ratios y dedicación necesaria**  
(Personal de atención directa necesario para un centro de 25 plazas)

CATEGORÍA	MINUTOS POR USUARIO Y DÍA	HORAS/USUARIO Y AÑO QUE SUPONE (1)	PERSONAL EQUIVALENTE POR PLAZA (2)	TOTAL HORAS A CONTRATAR PARA 25 PLAZAS	TOTAL PERSONAL A CONTRATAR
Auxiliar	60,00	249,00	0,15	6.225,00	3,77
ATS/DUE	6,00	24,90	0,02	622,50	0,38
Monitor ocupacional	8,00	33,20	0,02	830,00	0,50
Trabajador Social	3,00	12,45	0,01	311,25	0,19
<b>TOTAL ATENCIÓN DIRECTA</b>	<b>77,00</b>	<b>319,55</b>	<b>0,19</b>	<b>7.988,75</b>	<b>4,84</b>

(1) Suponiendo 249 días de servicio.

(2) Tomando como base un convenio tipo que fija 1.650 horas de trabajo al año.

Luego el ratio obtenido (0,19) es superior al mínimo legal (0,18).

En cuanto al personal de atención indirecta, utilizando datos promedio observados en el sector, se fijan las siguientes dedicaciones:

**Cuadro 7: Dedicación diaria necesaria**  
(Personal Indirecto para 25 plazas)

CATEGORÍA	MINUTOS POR USUARIO Y DÍA	HORAS/USUARIO Y AÑO QUE SUPONE	PERSONAL EQUIVALENTE POR PLAZA	TOTAL HORAS A CONTRATAR PARA 25 PLAZAS	TOTAL PERSONAL A CONTRATAR
Director	2,00	8,30	0,01	207,50	0,13
Auxiliar administrativo	2,00	8,30	0,01	207,50	0,13
<b>TOTAL ATENCIÓN INDIRECTA</b>	<b>4,00</b>	<b>16,30</b>	<b>0,02</b>	<b>415,00</b>	<b>0,26</b>

Si multiplicamos las dedicaciones horarias arriba indicadas por los costes horarios medios del *mix* se obtiene el coste de personal por plaza:

**Cuadro 8: Coste diario de personal**

CATEGORÍA	MINUTOS POR USUARIO Y DÍA	HORAS/USUARIO Y AÑO QUE	PERSONAL EQUIVALENTE
Auxiliar	13,11	327,75	13,11
ATS/DUE	16,93	42,33	1,69
Monitor ocupacional	16,93	56,43	2,26
Trabajador Social	14,50	18,13	0,73
<b>Atención Directa</b>		<b>444,63</b>	<b>17,79</b>

Director	20,00	16,67	0,67
Auxiliar administrativo	11,18	9,32	0,37
<b>Atención Indirecta</b>		<b>25,98</b>	<b>1,04</b>
<b>TOTAL PERSONAL</b>		<b>470,62</b>	<b>18,82</b>

### 3. Otros gastos

En esta categoría se incluyen los siguientes conceptos:

- Mantenimiento y reparación.
- Amortizaciones.
- Gastos financieros.
- Energía.
- Textiles.
- Materiales.
- Comunicaciones.
- Seguros.
- Gastos generales.

Para el cálculo de los costes correspondientes, se fijan una serie de criterios de proporcionalidad (funciones) que son las siguientes<sup>12</sup>:

**Cuadro 9: Proporcionalidad de "Otros gastos"**

CONCEPTO	FUNCIÓN DE...
Limpieza	<i>Superficie</i>
Mantenimiento y reparación	<i>La Inversión total.</i>
Amortización de la construcción	<i>La Inversión en construcciones.</i>
Amortización del mobiliario	<i>La Inversión en mobiliario</i>
Gastos financieros	<i>La inversión total<sup>13</sup></i>
Energía	<i>La superficie total</i>
Textiles	<i>El nº de usuarios y nº de días</i>
Materiales	<i>El nº de usuarios y nº de días</i>
Comunicaciones	<i>El nº de usuarios y nº de días</i>
Seguros	<i>El nº de usuarios y nº de días</i>

Por lo que se refiere a la **inversión necesaria**, se efectúan las siguientes estimaciones:

<sup>12</sup> No se va a considerar el componente fijo de algunas partidas, para no complicar el modelo.

<sup>13</sup> A efectos de este estudio se supone que la totalidad de la inversión es financiada con recursos ajenos.

- Superficie por plaza: 10 m<sup>2</sup><sup>14</sup>
- Coste unitario de adquisición de suelo: 300 euros / m<sup>2</sup>.
- Coste unitario de construcción: 600 euros / m<sup>2</sup>.
- Inversión media en mobiliario y enseres: 300 euros / m<sup>2</sup>.
- Considerando las 25 plazas del centro, la inversión total ascendería a:

**Cuadro 10: Estimación de la inversión**

CONCEPTO	INVERSIÓN NECESARIA
Suelo	75.000
Construcción	150.000
Mobiliario	75.000
<b>TOTAL</b>	<b>300.000</b>

A continuación, una vez determinadas las unidades de las que dependen los niveles de coste, se fija el coste unitario anual de cada una de esas unidades (en función de promedios observados en el sector):

**Cuadro 11: Estimación de "Otros gastos"**

CONCEPTO	CRITERIO	Nº DE UNIDADES	EURO/UNIDAD POR AÑO	COSTE ANUAL RESULTANTE	COSTE DÍA RESULTANTE
Limpieza	Superficie	250	28,00	7.000	28,11
Mantenimiento y reparación	Inversión	300.000	0,01 <sup>15</sup>	3.000	12,05
Amortización construcción	Inversión	150.000	0,04 <sup>16</sup>	6.000	24,10
Amortización mobiliario	Inversión	75.000	0,125 <sup>17</sup>	9.375	37,65
Gastos financieros	Inversión	300.000	0,055 <sup>18</sup>	16.500	66,27
Energía	Superficie	250 1	5,00	3.750	15,06
Textiles	Nº usuarios x Días	6.225	0,10	623	2,50
Materiales	Nº usuarios x Días	6.225	0,12	747	3,00
Comunicaciones	Nº usuarios x Días	6.225	0,10	623	2,50
Seguros	Nº usuarios x Días	6.225	0,10	623	2,50
<b>TOTAL</b>				<b>48.240</b>	<b>193,73</b>

<sup>14</sup> Aplicando la normativa vigente la superficie mínima viene a ser de 8,5 m<sup>2</sup> por plaza.

<sup>15</sup> Un 1% anual de coste de mantenimiento, como promedio, sobre el inmovilizado total.

<sup>16</sup> Se estima un periodo de amortización de 25 años, con una amortización constante.

<sup>17</sup> Se estima una vida útil de 8 años.

<sup>18</sup> Se aplica un 5,5% de gastos financieros sobre la inversión total.

## Recapitulación

Retomando todo lo anterior, y agrupándolo, tendríamos los siguientes costes diarios, para el centro en su conjunto:

Personal directo: .....	444,63
Personal indirecto: .....	25,98
Otros gastos: .....	193,73
<b>TOTAL:.....</b>	<b>664,34</b>

Cifra que dividida por el número de plazas (25) se convierte en **26,57 euros**. En caso de que no se incluyeran amortizaciones ni gastos financieros esta cifra quedaría en **21,45 euros**.

Finalmente se añaden dos capítulos importantes como son la Alimentación (que comprende la comida y la merienda) y el Transporte. Nuevamente, tomando como referencia los valores observados en el sector, se fijan las siguientes cuantías diarias:

- Alimentación: 3,73 euros /día.
- Transporte: 8,50 euros /día.

Cuantías que sumadas al resto de conceptos arrojan la cifra de **38,80 euros** ó **33,68 euros** (en caso de ausencia de amortizaciones y gastos financieros).

Resumiendo, el coste unitario de una estancia tendría el siguiente desglose:

---

<sup>19</sup> En este caso no se considera ni el Impuesto sobre el Valor Añadido ni el posible margen de beneficio.

Cuadro 12: Desglose del Coste Unitario de Estancia

CONCEPTO	PTA./PLAZA.DÍA
<b>PERSONAL DIRECTO</b>	<b>17,79</b>
<i>Auxiliar</i>	13,11
<i>A.T.S./D.U.E.</i>	1,69
<i>Monitor ocupacional</i>	2,26
<i>Trabajador Social</i>	0,73
<b>PERSONAL INDIRECTO</b>	<b>1,04</b>
<i>Director</i>	0,67
<i>Auxiliar administrativo</i>	0,37
<b>OTROS GASTOS</b>	<b>7,75</b>
<i>Limpieza</i>	1,12
<i>Mantenimiento y repar.</i>	0,48
<i>Amortizaciones</i>	2,47
<i>Gastos financieros</i>	2,65
<i>Energía</i>	0,60
<i>Textiles</i>	0,10
<i>Materiales</i>	0,12
<i>Comunicaciones</i>	0,10
<i>Seguros</i>	0,10
<b>ALIMENTACIÓN</b>	<b>3,73</b>
<b>TRANSPORTE</b>	<b>8,50</b>
<b>TOTAL</b>	<b>38,80</b>
<b>TOTAL SIN AMORTIZACIÓN NI GASTOS FINANCIEROS</b>	<b>33,68</b>

Este modelo, lógicamente, puede ser objeto de variaciones. Por ej.: puede darse el caso de una institución que no tenga la necesidad de recurrir a financiación ajena para financiar la inversión. En estos casos, únicamente habría que deducir del estadillo aquellos conceptos que no sean preceptivos o modificar sus cuantías cuando la previsión sea diferente.

### **7.3. Centro de Día del Centro Gerontológico Egogain de la Diputación Foral de Gipuzkoa**

#### **Introducción**

La existencia de personas mayores dependientes que precisan de cuidados continuados y específicos pero que mantienen una estructura familiar adecuada, ha llevado la política social en materia de Tercera Edad a centrarse en el diseño de recursos que permitan mantenerles en su propio entorno el mayor tiempo posible.

Como Centro de Día entendemos *aquellas unidades organizativas, funcionales y socioasistenciales* para aquellas personas mayores con discapacidades que no requieran imprescindiblemente el ingreso en una residencia para recibir una asistencia global en su medio habitual mediante la complementación de atenciones de carácter especializado y familiar. Se trata en definitiva, de una estructura funcional compensatoria del hogar y un alternativa a la institucionalización, con una función socioasistencial destinada a la atención de la persona mayor con discapacidad para satisfacer sus necesidades y dar soporte psicosocial a sus familiares.

#### **Fase de puesta en marcha del Centro de Día: Ubicación, Cogestión, Ámbito de Cobertura**

La necesidad principal que origina la creación del Centro de Día, es el incremento tan evidente del colectivo de personas mayores dado en el municipio de Eibar, en la comarca del Bajo Deba y en definitiva en todo el Territorio Histórico de Gipuzkoa, además de la necesidad de crear recursos alternativos a la institucionalización que garanticen un adecuado nivel de atención y una respuesta efectiva a las necesidades planteadas por el colectivo de las personas mayores y sus familias.

El Centro de Día, ubicado en el Centro Gerontológico Egogain del Departamento de Servicios Sociales-Gizartekintza de la Diputación Foral de Gipuzkoa, constituye uno de los diferentes servicios que desde 1994 viene ofreciéndose a las personas mayores de la comarca del Bajo Deba y sus familias. Se trata de un **servicio cogestionado** entre la *Diputación Foral de Gipuzkoa* y la *Fundación Pública de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Eibar*. La aportación de cada entidad es diferente y complementaria, lo que queda reflejado en el esquema que se presenta a continuación, donde el *proceso de atención del usuario* queda concretado y definido en varias fases:

**Proceso de admisión, intervención y seguimiento del usuario del C.D.**

FASE DE DETECCIÓN Y PREINGRESO		FASE DE INGRESO		INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO	
ENTIDAD/ COMISIÓN	FUNCIONES	ENTIDAD/ COMISIÓN	FUNCIONES	ENTIDAD/ COMISIÓN	FUNCIONES
Ayuntamiento de Eibar: UTS, Trabajadora Social de la Fundación.	Detección del caso. Derivación del expediente a la Comisión Técnica. Envío de citación una vez concedida plaza.	C. G. Egogain: Trabajadora Social Centro de Día.	Entrevista familiar el día del ingreso. Elaboración de la ficha de atención. Información de los datos del usuario al resto de departamentos del centro implicados en la atención.	Comisión Técnica.	Analizar en las reuniones mensuales el funcionamiento y la situación general del servicio: necesidades; seguimiento de casos; incidencias,...
Comisión Técnica.	Valoración del expediente. Incorporación en las listas de reserva. Concesión de la plaza.			Reuniones de la Comisión Técnica con el personal de atención directa.	Realizar seguimiento del servicio: necesidades; seguimiento de casos; incidencias,...
				Cuidadoras.	Atención básica y complementación de los programas de intervención psicosocial y otros.
C.G. Egogain: Trabajadora Social Centro de Día y Médico general del centro.	Realización de la valoración establecida (Escala Sakontzen). Coordinación y determinación del ingreso junto con el Ayuntamiento.	Fundación Pública S.A.D. del Ayuntamiento de Eibar: personal de atención directa (cuidadoras y chófer).	Recepción del nuevo usuario. Atención directa.	C.G.Egogain: Psicólogo, Trabajadora Social del CD, Coordinador de Programas de Intervención Psicosocial, Monitores. De forma excepcional, personal del Departamento Médico y Administración.	Valoración psicológica, funcional y social. Planificación de la atención individualizada e indicadores de evaluación. Incorporación del usuario a los programas de intervención psicosocial y actividades del centro. Seguimiento diario. Entrevistas con familias: valoraciones realizadas e informes períodos de adaptación. Atención médico-sanitaria y administrativa en casos puntuales.



### Aportación de cada entidad

<b>FUNDACIÓN PÚBLICA DE AYUDA A DOMICILIO Y AYUNTAMIENTO DE EIBAR</b>	
<b>TRANSPORTE</b>	<p>Compra de vehículo y mantenimiento del mismo.</p> <p>Convenio establecido con la Cruz Roja para la ayuda en desplazamientos.</p> <p>Organización del transporte: horarios, turnos,...</p>
<b>PERSONAL</b>	<p>Personal de atención directa de la Fundación Pública de Ayuda a Domicilio (6 cuidadoras).</p> <p>Personal transporte de la Fundación Pública de Ayuda a Domicilio (1 persona).</p> <p>Regulación de todo el personal.</p>

<b>CENTRO GERONTOLÓGICO EGOGAIN</b>	
<b>INSTALACIONES</b>	<p>Propias del Servicio de Centro de Día: salas comunes (estar, terapia y tv); baños geriátricos; control y despachos; vestuarios; zonas externas.</p> <p>Generales de todo el Centro Gerontológico: comedor; salas comunes (estar, terapia y tv); zonas exteriores; cafetería.</p> <p>Mantenimiento, reforma y limpieza de dichas instalaciones.</p> <p>Gastos corrientes: calefacción, electricidad y agua.</p>
<b>SERVICIOS</b>	<p>Alimentación (comida y merienda).</p> <p>Servicios opcionales concertados: peluquería, podología, masajista, cafetería.</p>
<b>PERSONAL</b>	<p>Personal de intervención directa: psicólogo, coordinador de programas de intervención psicosocial, monitores de terapias, trabajadora social. Excepcionalmente médico, ATS, Personal de Administración.</p> <p>Personal de atención indirecta: 85.</p> <p>limpiadoras, personal de mantenimiento, personal de cocina y recepción, personal de lavandería, y personal de servicios concertados (peluquera, masajista...).</p>
<b>MATERIALES</b>	<p>Material de oficina: fotocopias, bolígrafos, cuadernos,...</p> <p>Material necesario para la atención directa: guantes, geles, ayudas técnicas,...</p> <p>Material de grupos terapéuticos: juegos, fichas, ...</p>

## 1. Fase de admisión

La demanda o detección se realiza a través de las trabajadoras sociales del Departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento de procedencia, realizándose posteriormente una *valoración global*: social, discapacidad física-psíquica y necesidades socioasistenciales, reflejadas principalmente en el informe social y en la escala Sakontzen realizada por la médico del Centro Gerontológico Egogain.

La admisión se lleva a cabo por la *Comisión Técnica* formada por: la Presidenta de la Comisión de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Eibar; la Directora del Centro Gerontológico Egogain; la Trabajadora Social de la Fundación Pública de Ayuda a Domicilio; y, la Trabajadora Social del Centro Gerontológico Egogain que lleva el Servicio de Centro de Día.

Los *requisitos generales* de admisión son:

- Empadronamiento de al menos dos años (inmediatamente anteriores a la solicitud)
- Depender de otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) o carecer de apoyo socio-familiar.
- Precisar de un servicio de apoyo a las familias que no estén en condiciones de poder atender a la persona mayor.
- No padecer trastornos de conducta importantes ni padecer enfermedades infecto-contagiosas o precisar de encamamiento.

En sus reuniones mensuales la Comisión Técnica, realiza entre otras las siguientes funciones:

- Admisión del expediente presentado por la trabajadora social de la Fundación
- Elaboración de las listas de espera en base a la fecha de presentación de la demanda y de la puntuación obtenida según la valoración realizada.
- Seguimiento del funcionamiento general del servicio
- Seguimiento de incidencias
- Determinación de la ocupación de las plazas
- Determinación de las bajas

Una vez admitido e incorporado el caso a las listas y una vez se le concede plaza, desde el Ayuntamiento se remite una carta al interesado y su familia para notificarles la incorporación al servicio. Mismamente se les informa sobre la cantidad que han de aportar al Ayuntamiento por dicho concepto. Al respecto señalaremos que el servicio de Centro de Día es un servicio financiado por el usuario, el Ayuntamiento y subvenciones de la Diputación Foral de Gipuzkoa, y que sus precios están regulados por los precios públicos establecidos por decreto.

## **2. Fase de ingreso**

El día del ingreso, la Trabajadora Social del Centro Gerontológico Egogain recibe al nuevo usuario y a su familia. Mantiene una entrevista con la familia, cuyo objetivo es el de establecer una primera relación y una primera aproximación de la familia al servicio. Básicamente el contenido de la entrevista es el siguiente:

- Información sobre el funcionamiento del servicio y normativa que lo regula.
- Información sobre la utilidad y la necesaria cumplimentación del parte diario
- Revisión sobre documentación aportada: listado de medicación; DNI;...
- Revisión de la ropa de recambio.
- Información sobre a quién dirigirse dependiendo de las necesidades o situaciones que puedan ir surgiendo.
- Visita a las instalaciones del Centro de Día y presentación a las cuidadoras.
- Subsanación de dudas y recogida de sugerencias.

Una vez mantenida la entrevista, la trabajadora social procede a informar de la nueva incorporación al resto de los departamentos del Centro Gerontológico, realizando un trasvase de información de los datos que considera relevantes

Por su parte las cuidadoras son las encargadas de hacer la recepción y bienvenida al nuevo usuario, informando de todas aquellas incidencias que pueda tener en su primer día de estancia en el servicio.

## **3. Fase de intervención y seguimiento**

Aunque todas las fases del proceso de atención en el Centro de Día revisten su importancia, podríamos señalar que la fase de intervención y seguimiento es la más importante de todas ellas. Su importancia radica fundamentalmente en el hecho de que a través de ella se consiguen o no los objetivos previstos con la atención del usuario en dicho servicio.

### **Principios y objetivos del Centro de Día**

#### **Principios**

Varios son los principios que determinan el marco en el que se ha de determinar la atención a prestar en este servicio:

- Principio de *Normalización*.
- Principio de *Autonomía*.
- Principio de *Participación*.
- Principio de *Integración*.
- Principio de *Globalidad*.

- Principio de *Profesionalización*.
- Principio de *Atención Personalizada*.

### Objetivo general

Ofrecer una *atención integral y de calidad* a las personas mayores afectadas de determinado nivel de discapacidad física, psíquica o social, y que consecuentemente suponga depender de una tercera persona para la realización de ciertas actividades de la vida diaria, bien sean básicas o instrumentales, favoreciendo su permanencia en el entorno familiar y su medio habitual.

### Objetivos específicos

- Posibilitar la recuperación o mantenimiento de los máximos grados de independencia de la persona mayor según sus potencialidades y procurarles la satisfacción de sus necesidades bio-psico-sociales, lo cual les permite una forma de vida íntima y unas condiciones socialmente aceptables.
- Promover la aceptación de la persona mayor con discapacidad en su entorno más próximo.
- Facilitar a la persona mayor el acceso a una serie de prestaciones y cuidados específicos que les permitan mantener un adecuado nivel de autonomía funcional y social, previniendo el deterioro de sus capacidades mediante programas generales y específicos de tipo terapéutico-ocupacionales, rehabilitadores y recreativos.
- Estimular la participación en actividades individuales y grupales, dependiendo de sus propias capacidades.
- Evitar, siempre con el merecido respeto, la pasividad y el aislamiento, ofreciendo un ambiente adecuado que facilite la participación y la socialización.
- Mantener la estructura familiar de apoyo, permitiendo una liberación diaria parcial de las cargas que asume al cuidar de la persona mayor, atenuando las dificultades y el estrés psicosocial que comporta su cuidado.
- Ofrecer a las familiar un punto de apoyo para poder atender, cuidar y entender las necesidades de la persona mayor, previniendo y solucionando, en la medida de lo posible, los importantes conflictos que se producen en el entorno familiar al intentar compaginar el cuidado y la permanencia de la persona mayor en el domicilio con los actuales modos y espacios vitales.

### Tipología de usuarios

Actualmente el Centro de Día cuenta con dieciocho plazas y las personas atendidas, están incluidas en alguno de los dos grupos siguientes:

- Personas mayores de 60 años que conviven con familiares y presenten algún tipo de dificultad media o alta para la realización de las actividades de la vida diaria, ya sea por causas físicas o psíquicas.
- Personas mayores de 60 años, que viviendo solas o con familiares y pudiendo mantener un grado de autonomía aceptable, se encuentren en riesgo previsible de perderla por razón de edad avanzada, desamparo social o enfermedad.

En ambos casos será necesario alcanzar una puntuación no inferior a tres ni superior a siete según la escala Sakontzen (Orden Foral de 14 de febrero de 1990). Sin embargo, se considerarán excepcionalmente aquellos casos en los que no cumpliendo el requisito de la edad y de la puntuación establecida, se considere el Centro de Día como recurso idóneo para dicho usuario, siempre bajo los criterios propios de la Comisión Técnica.

### Programas de intervención

Los programas de intervención desarrollados en el Centro de Día quedan esquemáticamente reflejados en el siguiente cuadro:

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PROGRAMA DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA PROGRAMA DE AVDS	
PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL	Programa de Estimulación Programa de Orientación en la Realidad Programa de Apoyo Psicoafectivo Programa de Terapia Ocupacional Programa de Apoyo Social y Familiar

### Plan de atención individualizada

La atención que se ofrece en el Centro de Día ha de adaptarse y configurarse en base a la situación de cada uno de los usuarios y en función de sus necesidades individuales, siendo para ello básica la *valoración integral* (social, psicológica,...) inicial y la *evaluación y seguimiento*

La valoración integral es realizada por varios técnicos: la psicóloga utiliza una batería de pruebas, que miden entre otros el deterioro cognitivo (MMS, SPMSQ), sintomatología depresiva (GDS), comunicación e interacción (Holden), etc...La trabajadora social del Centro de Día, además de utilizar el informe social aportado por los servicios de base, utiliza una ficha de atención (anexo III) que es completada en la entrevista con la familia. Por otro lado, la observación directa

y el seguimiento reflejado a través del parte de las cuidadoras y de los monitores, permiten realizar una valoración de la integración, adaptación y desenvolvimiento del usuario en el servicio.

La valoración inicial y las realizadas con posterioridad permiten a los técnicos elaborar el *Plan de Atención Individualizada* que marcará los objetivos y establecerá las acciones a realizar así como los responsables de la ejecución de las mismas. El documento para elaborar el Plan de Atención Integral originalmente comenzó a utilizarse con los residentes del Centro Gerontológico Egogain, sufriendo diferentes cambios y adaptaciones para su uso en el Centro de Día.

Otro de los documentos que permiten realizar un adecuado seguimiento es el *parte diario*. Este documento sirve de trasvase de información entre el centro y la familia y en él las cuidadoras notifican cualquier incidencia ocurrida en el día, además de informar acerca de su comportamiento, realización de actividades,... Por su parte la familia informa sobre cómo ha estado desde su vuelta al domicilio hasta el día siguiente, además de otros aspectos que no aparezcan en el parte diario y consideren importantes.

### **Programa de AVD**

A través de este programa, planificado por los técnicos y ejecutado principalmente por las cuidadoras del Centro de Día, se pretende *promocionar y mantener la competencia y habilidades* del usuario para desenvolverse lo más autónomamente posible, para lo cual se proporcionará un medio protésico que evite la dependencia, además de procesos de reeducación. Se pretende pues, trabajar con todas aquellas capacidades para realizar adecuadamente las actividades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, y poder garantizar su *grado de autonomía* como fuente a la vez de salud y bienestar

### **Programas de intervención psicosocial**

La implementación de estos programas de intervención psicosocial garantizan cubrir necesidades y prevenir la aparición de éstas en áreas tan importantes como la salud, tanto física como psíquica; las relaciones sociales y familiares; el ocio y tiempo libre,... Su planificación es realizada por los técnicos del centro, mientras que su desarrollo viene dado por las tareas propias de los monitores y cuidadoras.

### **Programa de estimulación**

Con él básicamente se trata de estimular a la persona mayor para mantener un nivel de calidad adecuado a sus posibilidades, mediante la motivación (comunicación oral, táctil,...) y el control de ciertos estímulos ambientales (decoración, animales, televisión, radio, música,...). Se trata de contribuir a generar un ambiente agradable y que sin sobreestimar a la persona mayor, le motive para

mantener un contacto real con su entorno más próximo e inmediato, aumentando así su sensación de control.

Se pretende por lo tanto, a través de una intervención ambiental, modificar o provocar cambios conductuales que favorezcan además mantener sus capacidades funcionales.

### **Programa de orientación en la realidad**

Se trata de un programa que permite desarrollar una técnica de rehabilitación con personas mayores que presentan algún grado de deterioro cognitivo: pérdida de memoria, desorientación temporal, espacial e incluso personal. Se basa principalmente en la transmisión de información básica, en la estimulación de la comunicación y capacidades intelectuales, mejorando además los comportamientos de la persona mayor.

### **Programa de apoyo psicoafectivo**

Uno de los aspectos principales de la atención y cuidado a la persona mayor dependiente es el impacto emocional de la dependencia en sí. Incluso en la demencia y el deterioro cognitivo, donde normalmente se hace más incidencia en los aspectos más básicos (alimentación, higiene, vestido,...) dejando de lado los sentimientos y necesidades emocionales de estas personas, debemos prestar especial atención al impacto de esta situación en la persona mayor.

Por lo tanto este programa, tiene como objetivo proporcionar a la persona mayor el apoyo emocional que precise en cada situación (incluso a nivel terapéutico), extendiéndose este también a la familia que se encarga de su cuidado.

### **Programa de apoyo social y apoyo familiar**

Entendido el apoyo social como el conjunto de relaciones interpersonales que proveen a la persona de afecto, ayuda,...especial relevancia juega el hecho de desarrollar programas que tengan como objetivo el fomentar este tipo de relaciones de provisión y de aumento de interacciones sociales.

Por su parte garantizar el apoyo familiar supone proveer a la persona mayor de condiciones óptimas para garantizar a su vez un determinado nivel de bienestar físico, psicológico y social. Las entrevistas familiares realizadas por los técnicos, permiten, además del trasvase de información, detectar posibles necesidades que puedan ir surgiendo en el ámbito familiar, así como establecer canales de derivación a otros servicios en el caso de que dicha situación supere la atención prestada en el Centro de Día.

### **Programa de terapia ocupacional**

La terapia ocupacional se ocupa del mantenimiento y rehabilitación de las funciones psicomotrices, coordinación visuoespacial, psicomotricidad fina,.. Además

contribuye a aumentar la movilidad articular, la fuerza muscular, la coordinación y resistencia locomotriz... En definitiva pretende alcanzar la recuperación del funcionalismo anatómico, con el objetivo de obtener una mayor independencia en la realización de las actividades de la vida diaria.

**Programa de intervención psicosocial (cuidadoras)**

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
Entrada	AVD	AVD	AVD	AVD	AVD
11.30-12.30	OR	OR	OR	OR	OR
12.30-13.30	Estimulación	Estimulación	Estimulación	Estimulación	Estimulación
14.00-15.00	COMIDA				
15.00-15.45	AVD Estimulación	AVD Estimulación	AVD Estimulación	AVD Estimulación	AVD Estimulación
15.45-16.30	TO	TO	TO	TO	TO
16.30-17.00	MERIENDA				
17.00-18.00	Estimulación	Estimulación	Estimulación	Estimulación	Estimulación
Salida	AVD	AVD	AVD	AVD	AVD

**Programa de intervención psicosocial (monitores)**

	GRUPO	HORARIO
LUNES	OR-S2	11.30-12.15
	OR-S	11.45-12.30
	OR-A	12.15-13.00
	Estimulación	15.00-15.30
MARTES	GAS	12.30-13.30
	TO-1	15.00-15.45
	Psicomotricidad	15.45-16.30
MIÉRCOLES	TO-S2	11.30-12.15
	OR-S	11.45-12.30
	OR-A	12.15-13.00
JUEVES	GAS	12.30-13.30
	TO-2	15.00-15.45
	Psicomotricidad	15.45-16.30
VIERNES	OR-S2	11.30-12.15
	OR-S	11.45-12.30
	OR-A	12.15-13.00



#### **7.4. Programa de Voluntariado en los Centros de Día de Fundación Hurkoa.** E. Cantera, Fundación Hurkoa

La Fundación Hurkoa fue creada por Cáritas Diocesana en 1990 para la tutela y defensa de los derechos de las Personas Mayores incapacitadas. En 1999 transfirió a esta entidad, también, la gestión de los Centros de Día.

Aunque la Fundación tiene su propia autonomía jurídica y administrativa, se considera una “obra” de Cáritas y funciona íntimamente unida a la misma. También en este tema que nos ocupa. El voluntariado que trabaja en la Fundación surge, se mantiene y se potencia desde Cáritas, por tanto comenzaremos por describir, brevemente cual es la filosofía de Cáritas respecto al voluntariado.

#### **EL VOLUNTARIADO DE CÁRITAS. FILOSOFÍA**

Se trata de un voluntariado plural: en edad, en las diferentes formas de pensar, analizar y actuar ante la realidad social; en las motivaciones que les impulsan, en la calidad y cantidad de tiempo que invierten, etc. Esta misma pluralidad nos exige una referencia a los principios éticos y evangélicos que fundamentan la razón de ser del voluntariado de esta institución.

#### **1. Notas distintivas del voluntariado de Cáritas**

Estas notas fueron recogidas en la Carta del voluntariado de Cáritas publicada en 1989. Dicha carta apunta a unos mínimos éticos y se abre a unos máximos de mayor compromiso, porque en Cáritas creemos que el quehacer y el ser del voluntario/a puede convertirse en una referencia para elaborar su propio proyecto personal de vida.

- a) La sensibilización como actitud permanente.** En la acción voluntaria de Cáritas lo principal no radica en la cantidad de horas libres con las que se cuenta, sino en la actitud existencial ante la realidad de injusticia que preside nuestro mundo y la disposición favorable al encuentro cercano con quien sufre, con quien vive en soledad, con quien, incluso, rechaza cualquier tipo de ayuda. La sensibilización es el resultado de la capacidad de la persona para para saborear la realidad, dejándose atrapar cordialmente por ella.
- b) La gratuidad, como motivación principal.** En las personas voluntarias, y más aún, si son creyentes, la gratuidad se vincula de modo natural a la donación, a la acción que uno realiza sabedor de que está dando gratis lo que ya ha recibido gratis. Obrar desde la gratuidad corresponde a un modo de SER persona y de SER voluntario.
- c) La acción educativa, como talante.** Todo voluntario/a de Cáritas ha de ser un educador, al menos en potencia. La acción social en Cáritas se enmarca en un horizonte de sentido, al que denominamos proceso. Los procesos nacen de una situación concreta y tratan de caminar hacia una nueva situación más

justa, más humana. Son itinerarios educativos en un sentido amplio. Las personas voluntarias como las contratadas en Cáritas, han de contar con este talante educativo, que se caracteriza por:

- El arte de saber esperar,
- El arte de saber escuchar,
- El arte de trabajar en equipo,
- El arte de prever los problemas de fondo,
- El arte de vislumbrar hacia dónde caminamos y con qué ánimo lo hacemos.

## 2. Retos del voluntariado de Cáritas

- a) Potenciar la reestructuración de un tejido social emprendedor y solidario.** Desde el compromiso con lo local y lo concreto, el voluntariado participa en la articulación de una intervención que tiende a configurarse desde una perspectiva globalizadora de la acción de Cáritas, y por su mismo impulso, contribuye en la recreación de redes solidarias.
- b) Promover la participación de Cáritas en la política de acción social desde su opción preferencial por los pobres.** La mirada ha de ser nítida y preferencial por el mundo de los pobres y excluidos: sus necesidades y posibilidades, caminando hace la creación de una cultura de la solidaridad.
- c) Promover una cultura de la solidaridad.** El voluntariado de Cáritas junto a de otras organizaciones, es la columna vertebral de la cultura de la solidaridad que nace de abajo hacia arriba, que prima lo concreto y lo procesual frente a lo espectacular y ocasional, que defiende el valor del trabajo a largo plazo frente a lo inmediato y lo espectacular, que busca la movilización de la sociedad civil frente a cierto tipo de solidaridad blanda e individualista.

## LA ACCIÓN VOLUNTARIA COMO PROCESO

En Cáritas se considera la acción del voluntario/a como un proceso, en el que se parte de la propia realidad personal y social y se tiende a un crecimiento y desarrollo personal mediante el conocimiento y reflexión sobre la propia realidad.

Partiendo de acciones concretas y sencillas, se trata de que la persona tenga un conocimiento más global de la realidad, se integre en una red solidaria y participe en el cambio social desde sus propias posibilidades personales y/o de grupo. Cada uno tiene su propia realidad y su propio ritmo por lo que el seguimiento personalizado juega un papel muy importante en este proceso.

En definitiva se trata de convertir la acción en experiencia significativa para el voluntario/a y para la comunidad en la que actúa.

De esta forma la acción del voluntario/a se contempla como:

## ITINERARIO

MOMENTO DE PARTIDA	HORIZONTE DE LLEGADA
<p>Contemplamos al voluntario en su dimensión personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Ser en desarrollo, en crecimiento, itinerantes.</li> <li>● Cada persona vive en un contexto social concreto, con unos valores y contravalores que determinan su motivación.</li> </ul>	<p><b>Dimensión personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● La integración por la acción es un medio para desarrollar su proyecto vital.</li> </ul> <p><b>Dimensión social:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Generar redes ciudadanas de solidaridad.</li> <li>● Lograr una integración más globalizada, teniendo como horizonte el cambio social.</li> </ul>

No es un proceso lineal, sino que se va dando un mayor conocimiento de la realidad y una implicación gradual y diferenciada, según sean las características personales y las del entorno. Se camina hacia una sensibilización creciente mediante el contacto con la pobreza y/o marginación, y es imprescindible un acompañamiento en el que se tiene más en cuenta a la persona misma del voluntario que a la propia tarea que realiza. Es preciso ayudar al voluntario a contrastar la realidad desde la reflexión e interpretación de la misma.

Valoramos la figura del acompañante como muy importante en este proceso por lo que ha de reunir unas características y actitudes determinadas:

- Abierto, acogedor, discreto, cercano accesible. Empático.
- Coherente, maduro, que dé seguridad y estabilidad al acompañado.
- Que tenga un talante de formador y animador y ponga interés en el proceso.
- Que sepa aceptar las críticas, los cambios, nuevas ideas o propuestas.
- Que tenga una visión global de Cáritas y su identidad.
- Que acepte al voluntario, crea en él y valore lo que hace
- Qué él mismo se sienta acompañado y participe en reflexiones del equipo.

En este itinerario se pueden distinguir tres momentos o niveles de integración en los cuales el acompañante juega un papel diferente.

## INICIACIÓN

Se comienza por un análisis de la realidad concreta. El voluntario observa, se hace preguntas.

El acompañante le presta una acogida cercana, le ayuda a encajar dicha realidad, interiorizar los impactos, las experiencias concretas.

## INCORPORACIÓN

El voluntario se implica en tareas concretas. Esta acción le sirve para adquirir experiencia, para afianzarse, para descubrir sus limitaciones y encontrar el lugar apropiado a su estilo. Va asumiendo poco a poco pequeñas responsabilidades y descubre sus propios valores y posibilidades. El acompañante le va dejando hacer, evalúa con él la acción, se van madurando las motivaciones, se profundiza mediante encuentros de formación.

## CONSOLIDACIÓN

El voluntario se va implicando en una acción más globalizada de transformación de la realidad, se va integrando en el trabajo del equipo. El acompañante le ayuda a interiorizar la transformación personal, a través de la acción. Se compromete a una formación permanente.

## ESTRUCTURACIÓN DEL PROCESO

El equipo de acogida del voluntariado de Cáritas, hace un estudio de necesidades de todos los departamentos, a primeros de curso, mediante una recogida de datos a los responsables de los mismos. Los responsables de cada Departamento diseñan un perfil de voluntario para los proyectos en los que es necesaria y posible su colaboración.

Los voluntarios pueden presentarse directamente en un servicio concreto o se les recibe en Cáritas Diocesana; en este último caso se dan los siguientes pasos:

### 1. Cómo llegan los voluntarios

- Llaman por teléfono a Cáritas Diocesana y se les concierta una cita, después de escuchar su petición.
- Vienen personalmente. Si se puede se les atiende en el momento y si no se escucha su petición y se les cita para otro día para poderles atender más detenidamente.

### 2. La acogida

En Cáritas entendemos la primera acogida como un proceso facilitador para la integración y el enriquecimiento de las personas que se plantean, desde una inquietud, el hacer algo por los demás y descubren sus propias posibilidades. La

entrevista que realizamos en esta primera acogida, tiene una doble dimensión: como encuentro y como instrumento de recogida de información. El propósito es conocer y “compartir” información para acompañar y orientar adecuadamente hacia una toma de decisiones.

- Se intenta recoger las motivaciones y actitudes de la persona y sus experiencias en el campo de acción en el que desea participar y el significado que para ella tiene el ser voluntario/a.
- Se le informa sobre Cáritas, a saber:
  - Qué es.
  - Qué servicios, departamentos tiene, que campos de acción ofrece para los voluntarios/as. Cuáles son los centros o proyectos de mayor necesidad en ese momento.
  - Qué objetivos tiene.
  - Qué perfil de personas atiende.
  - Cual es la acción de base en las Cáritas parroquiales.
- Se le entrega el material que le pueda servir de información más global y le pueda ayudar a tomar la decisión sobre cuál es el campo donde quiere realizar su experiencia voluntaria.
- Se le ayuda a tomar una decisión y se le ofrece la posibilidad de ponerse en contacto con los servicios específicos para poder conocer con más detalle, la acción concreta.
- Se le hace una ficha con sus datos para poder seguir en contacto. Se recogen también su disponibilidad, sus motivaciones, formación profesional, experiencia de trabajo, experiencia como voluntario/a, pertenencia a otros grupos etc.
- Se contrastan sus posibilidades de compromiso, intereses, etc., con las posibilidades que Cáritas le ofrece en ese momento.
- Si después de este contraste, se decide por un proyecto concreto, se le pone en contacto con el responsable del mismo y se pasa a la siguiente fase.

### **3. Derivación al Servicio elegido por el voluntario/a**

Una vez que el voluntario/a tiene claro su campo de compromiso, el entrevistador se pone en contacto con el responsable del departamento o encargado de dicho servicio, y le presenta al voluntario, informándole de la entrevista mantenida, su disponibilidad, motivaciones que han influido en su decisión, formación, experiencia etc.

Al fin, el voluntario/a conoce in situ, el proyecto donde va a integrarse, el equipo de trabajadores y voluntarios/as que en él actúan y el grupo de acogidos/as, con los que trabajan. Todavía queda concretar la actividad más adecuada para él, teniendo en cuenta sus características y ponerle en contacto con otro volunta-

rio/a que esté ya integrado en el servicio, para que le acompañe en los primeros pasos.

Si el voluntario acude directamente a uno de los servicios, el proceso de acogida será a la inversa. Después de acogerle el responsable de dicho servicio, le ofrecerá la posibilidad de conocer la realidad de Cáritas y otros servicios, o al menos comunicará (enviando copia de la ficha de recogida de datos) al equipo de acogida de Cáritas Diocesana, para que le tengan en cuenta en el momento de programar acciones conjuntas, formación etc.

## **INCORPORACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL VOLUNTARIO EN LOS CENTROS DE DÍA**

Si el campo elegido por el voluntario ha sido el de Personas Mayores, el responsable del Programa le informa detalladamente de los diferentes proyectos y las necesidades concretas que existen en ese momento. Si el proyecto por el que se inclina es el de Centros de Día, se le informa de las personas que allí se atienden, sus características, horarios, actividades etc. se le proporciona documentación y según su disponibilidad (de lunes a viernes o fines de semana), se le pone en contacto con el responsable correspondiente.

### **Incorporación al Centro de Día**

Se da un proceso de incorporación progresiva, que dependerá de las características del voluntario y del equipo que le acoge.

#### **• Acogida**

Se le cita un día y hora en el que el responsable señalado para acogerle, esté más disponible para poder dedicarle un tiempo con tranquilidad.

- Le enseña el Centro, le presenta a los usuarios, al personal y al resto de voluntarios.
- Le explica los objetivos y programas que se llevan a cabo y las necesidades existentes.
- Le muestra el funcionamiento, horarios, y colaboración de otros voluntarios, así como el programa de encuentros y formación dirigida al voluntariado.
- Concreta con él días y horarios que acudirá al Centro.

#### **• Incorporación**

- Primeramente colabora con otro voluntario más integrado, para que pueda sentirse más seguro y le ayude a dar los primeros pasos.
- El acompañante está cada día con él valorando su colaboración, escuchando sus impresiones, y respondiendo a sus dudas.

- El voluntario tiene ocasión de ver y compartir diferentes tareas y manifiesta en cuál de ellas se siente más agusto.

- **Consolidación**

- Poco a poco se va responsabilizando de una tarea concreta.
- Se le va informando de otras actividades y programas, para que tenga conocimiento del proyecto en su conjunto.
- Se le informa de la marcha y organización de los Centro y se le invita a participar en las reuniones de voluntariado y del equipo interdisciplinar.
- Se le informa de los objetivos de intervención individualizada para que participe en el logro de los mismos desde su tarea concreta.
- Se le invita a participar en jornadas de formación específicas, según sus necesidades e intereses organizadas por Cáritas u otras instituciones.

- **Encuentros de voluntarios**

- 1) Con el grupo de cada uno de los Centros se programan reuniones periódicas con el fin de:
  - Trabajar el sentido de pertenencia a un grupo con los mismos objetivos.
  - Mejorar y coordinar los servicios prestados dentro del propio Centro integrando la actuación de voluntarios/as y de trabajadores.
  - Informar sobre los cambios que se van produciendo.
  - Pedir colaboración, comentar y compartir los logros y dificultades, así como los objetivos planteados para mejorar la calidad del servicio individualizado y la marcha del Centro en general.
  - Evaluar y programar.
- 2) Con el voluntariado de los dos centros. Se programan dos encuentros al año con el fin de:
  - Compartir experiencias, motivar la reflexión y el crecimiento personal desde el contacto con la realidad.
  - Valorar y reconocer los logros y las aportaciones realizadas.
  - Trabajar actitudes y valores partiendo de la realidad observada, mediante el intercambio de experiencias en la realización de la tarea concreta.
  - Programar encuentros de formación y acciones conjuntas. Evaluar.
- 3) Con el voluntariado del Campo de Personas Mayores, en general:

La finalidad es ofrecer una formación específica y abrir el horizonte logrando una visión más globalizada de la realidad de pobreza o necesidad en este campo.

- 4) Desde Cáritas Diocesana se programan encuentros para el voluntariado de todos los servicios con el fin de:
- Reflexionar sobre la identidad del voluntario de Cáritas.
  - Abrir el horizonte hacia una realidad más global.
  - Intercambiar las diferentes experiencias.
  - Valorar y motivar la acción.
  - Potenciar el proceso de desarrollo personal y compromiso con los pobres.

- 5) Actividades que realiza el grupo de voluntarios en un Centro de Día:

Cada uno de los Centros cuenta con un grupo de unos 15 voluntarios durante la semana laboral y otros 12, aproximadamente para fines de semana. Los grupos actúan coordinados entre sí para lograr una continuidad de las tareas encomendadas, y de las cuales se hacen responsables.

El grupo de los días laborables, es un grupo estable, aunque cambian algunos miembros se mantiene la estructura y conciencia de grupo como tal. Funciona de forma organizada desde que se abrieron los centros, con el tiempo, han ido adquiriendo una experiencia y maduración a la vez que una formación específica para colaborar en todos los programas de intervención. Se consideran "de casa" y participan de los logros y dificultades en la consecución de un servicio de calidad.

El grupo se organiza para participar en horario de mañana y de tarde. La participación es de diferente intensidad; la mayoría acude un día por semana, pero también hay quien va dos o tres días en horario, de 10- 13 h. o de 16- 18,30h.

Las tareas que desempeñan son diversas, ya que participan en los diferentes programas según sus habilidades o formación específica. A través de la tarea concreta, el voluntario mantiene una relación interpersonal e individualizada con las personas mayores, les ofrecen información, situándoles en el espacio y el tiempo y en la realidad del entorno. Les escuchan y potencian la relación entre ellos. Cada voluntario tiene una tarea determinada.

- Participan en la preparación y celebración de fiestas y actividades del Centro.
- Apoyan a las personas con deterioro cognitivo en la realización de juegos y actividades.
- Apoyan a la terapeuta en el desarrollo de programas de O.R. acompañando a los componentes del grupo al lugar de la reunión, en la preparación de materiales, y alguno, incluso, después de un tiempo de entrenamiento junto a la terapeuta, llevar a cabo las sesiones de un grupo.



- Apoyan el programa de música y cantos.
- Salidas y excursiones
- Apoyan a las personas dependientes en la realización de las AVD. ( comer, acudir al W.C, vestirse etc.)
- Acompañan en paseos, para potenciar la movilidad y la relación.
- Les visitan en los centros sanitarios cuando ingresan.

El perfil de estos grupos de voluntarios es:

- Mujer, de mediana edad, casada.
- Con tiempo disponible y sensibilizada para dedicar su tiempo a ayudar a los demás.
- Sin preparación profesional en este campo pero abierta a aprender y trabajar en colaboración con el equipo.
- Sencilla, cercana, capaz de escuchar.
- Abierta, comunicativa, discreta, respetuosa, alegre.
- Con una formación y/o experiencia en relación con las personas mayores.
- Le atraen las Personas Mayores.
- Está abierto/a a aprender y trabajar en equipo.
- Dispuesto/a a acudir a reuniones de grupo y encuentros de formación.
- Con disponibilidad para una asistencia, aunque mínima, constante.
- Responsabilidad para llevar a cabo su compromiso.

El grupo de voluntarios de fines de semana, se compromete, como mínimo, a una mañana o una tarde de sábado o domingo, al mes. Están organizados por grupos de 3 ó 4 por turno, para mantener una continuidad.

Estos voluntarios colaboran en todas las actividades con el personal cuidador, y forman un equipo entre todos para lograr una atención personalizada e integral a las personas acogidas. Participan en juegos, paseos, comunicación, estimulación y AVD.

El acompañante de estos voluntarios es el responsable de este servicio, que trabaja en equipo con ellos y con el resto de cuidadores. Les distribuye tareas, les informa de las características de cada persona que se acoge y las ayudas que precisa. Organizan entre todos actividades, juegos, paseos, etc.

El perfil de este grupo es:

- Joven de 20-25 años. soltera/o, estudiante.
- Comprometida/o al menos para acudir durante un curso.

- Sensible con el campo de personas mayores, y deseo de adquirir una experiencia en este campo.
- Capaz de escuchar y de fácil relación.
- Dispuesto a aprender y a trabajar en colaboración con otros.
- Responsable del compromiso adquirido.
- Con poca disponibilidad para encuentros y reuniones ( se programan, al menos 2 durante el curso).

## **7.5. El “tablero de psicoestimulación” de los Centros de Día de Matia Fundazioa,\*** Enrique Arriola Manchola, Borja Inza Iraola (Matia Fundazioa)

### **7.5.1. Justificación: psicoestimulación en deterioro cognitivo leve-moderado**

*"Aproximadamente kilo y medio de queso blanco muy blando, ondulante como una coliflor; cruzado por circuitos eléctricos que agotarían la imaginación más volcánica de un ingeniero de telecomunicaciones; glándula jugosa, cuyo goteo químico estamos tan sólo comenzando a descubrir y apenas a entender; hogar de todos nuestros pensamientos, recuerdos, pasiones y temores. En todo el mundo no puede haber vacío más amplio que éste: de la realidad física de las células, de los elementos químicos y de los circuitos eléctricos, a la vibrante y personal sensación de la consciencia; de la estructura, pesada y real, capaz de ser proyectada en una pantalla, excitada por un electrodo, o segmentada por un escalpelo, a la emoción viva, que todos experimentamos y que, sin embargo, es más intensamente personal que ninguna otra, a la sensación de estar vivos. Y, sin embargo, todo está ahí, lo uno en lo otro, la mente en el cerebro".*

D.P. Barash (Profesor de Psicología y Zoología de la Universidad de Washington)

#### **7.5.1.1. Introducción**

Ante la actitud nihilista durante muchos años en la atención del paciente con demencia han surgido movimientos, publicaciones y experiencias que justifican el uso de la terapia no farmacológica como coadyuvante de la terapia farmacológica.

En este sentido habría que diferenciar la psicoestimulación pasiva o ambiental de la psicoestimulación activa llevada por un monitor que es a la que nos vamos a referir aquí. Con esto no queremos restar importancia a la terapia ambiental a la que consideramos parte fundamental en la atención de estos pacientes y que tan buenos resultados obtiene en sus diferentes formas de intervención (arquitectura, diseño, contrastes, iluminación, mensajes...).

El “TABLERO DE PSICOESTIMULACIÓN” que aquí presentamos se trata de una herramienta potente y útil para el desarrollo de múltiples intervenciones en las diferentes áreas neuropsicológicas, pero incompleta pues se engarza con otras actividades y programas tal como podemos comprobar en los apartados 5 y 6. Es decir el “TABLERO DE PSICOESTIMULACION” es un apoyo más en nuestra atención a estos pacientes pero no el único.

---

\* “El tablero de psicoestimulación” está publicado por Janssen Cilag

Según avanza el deterioro cognitivo en pacientes con demencia, la familia y la sociedad como estructuras tienden a aislar e inmovilizar a los pacientes.

Esta "metodología" incapacita tanto social como funcionalmente a los pacientes empeorando su situación cognitiva y colocándoles en estadios más avanzados que los que les corresponde al no ofrecerles alternativas mejores, es decir un programa diario de actividades que estimulen sus capacidades residuales.

No todos los enfermos son iguales, hipotéticamente los DV tendrán un pronóstico mejor y su recorrido por los diferentes niveles asistenciales será más lento, debido a una mayor permanencia en situaciones estables.

La psicoestimulación como técnica de tratamiento en estos pacientes está recomendada y avalada por diferentes sociedades científicas:

**1) Sociedad Española de Neurología (Grupo de Estudio de Demencias). (1999)**

Recomendaciones:

"Crear grupos especialmente destinados al estímulo cognitivo de pacientes con deterioro leve".

"Mantener el estímulo cognitivo durante el máximo tiempo posible ya que el paciente se beneficia de esta terapia hasta grados evolutivos avanzados".

**2) Sociedad Española de Psiquiatría ( Documento de Consenso sobre Demencias) (1999)**

Recomendaciones:

"La aplicación de programas sistematizados de entrenamiento cerebral para la rehabilitación neurológica de funciones cognitivas superiores y/o la reeducación del paciente".

"La utilización de intervenciones: entrenamiento mnemotécnico, terapia de reminiscencia, modificación de conducta, terapia de orientación a la realidad y la adaptación/modificación del entorno".

**3) American Psychiatric Association: En sus "Directrices para la práctica Clínica en el tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias del anciano" (1998), recomiendan:**

Enfoques orientados a la estimulación. "Estos tratamientos incluyen las terapias de actividad o recreativas y las terapias artísticas. Proporcionan una estimulación y enriquecimiento y movilizan, por tanto, los recursos cognitivos de que dispone el paciente. ....tanto las informaciones testimoniales como el sentido común respaldan la inclusión de estas medidas en los cuidados humanitarios de los pacientes con demencia... los programas de tratamiento deben ajustarse a las capacidades cognitivas y la tolerancia a la frustración que presente cada paciente".

Para la realización de las terapias es necesario conocer y aceptar una serie de premisas:

- 1) Es un hecho comprobado que la actividad psicomotriz mejora: la coordinación, tono muscular, deambulación y equilibrio.
- 2) Es conocido que los procesos de deterioro cognitivo son agravados por la disminución o carencia de estímulos del medio que envuelve al enfermo.
- 3) La experiencia de intervención en pacientes con demencia ha sido positiva en todas las experiencias, no sólo a nivel cognitivo sino también en áreas relacionadas con la calidad de vida como la socialización, integración grupal y actividades de vida diaria.
- 4) Hay experiencias esperanzadoras en pacientes con traumatismos craneoencefalicos mediante estrategias rehabilitadoras por lo que nos parece legítimo utilizar estrategias similares en pacientes con enfermedad de Alzheimer.
- 5) Se pretende mediante modelos teóricos la creación de un medio estimulante, protésico y socializante.
- 6) En los estadios leve y moderados de la enfermedad de Alzheimer hay todavía cierta capacidad derivada de la plasticidad neuronal que permite el aprendizaje o reaprendizaje. Se pretende optimizar este "residuo" de plasticidad.
- 7) Nadie debe pensar que la demencia se trata solo con tratamiento farmacológico que mejore rendimiento cognitivo o corrija problemas afectivos o conductuales. Sin un medio estimulante protector, estimulante y el apoyo social/familiar las anteriores medidas no sirven de nada.
- 8) Neuroplasticidad: "Capacidad del cerebro para adaptarse, regular y remodelar la dinámica de la neurotransmisión ante situaciones adversas, incluso en edades muy avanzadas" (Geschwind-1985) esta propiedad neuronal no se pierde totalmente con la enfermedad de Alzheimer.
- 9) Se sabe ahora que la neurogenesis se produce y esta se produce en hipocampo y en areas asociativas.
- 10) El tratamiento no farmacológico es coadyuvante al tratamiento farmacológico y no son excluyentes jamás.
- 11) Las enfermedades demenciantes son heterogéneas en su inicio y evolución entre sí. El inicio y evolución de una misma enfermedad también es heterogéneo.
- 12) Todavía no conocemos el perfil de paciente que va a responder al tratamiento farmacológico.
- 13) Debe iniciarse a partir de una evaluación y un diagnóstico neuropsicológico lo más preciso posible.

- 14) Se han descrito consecuencias emocionales adversas a corto plazo con aparición de frustración, reacciones catastróficas, agitación y depresión. Los programas deben estar adaptados al nivel cognitivo y al grado de tolerancia a la frustración de cada paciente.

#### **7.5.1.2. Definición**

Conjunto de técnicas, programas y medidas de carácter ambiental, cuyo objetivo es el mantenimiento y la optimización de las capacidades de carácter cognitivo y del comportamiento no cognitivo (conducta).

#### **7.5.1.3. Metodología**

- 1) Realizar un calendario de actividades programadas
- 2) Nunca más de 45 minutos seguidos en la misma actividad.
- 3) Evitar el agotamiento físico o emocional.
- 4) Reforzar la autoestima
- 5) Aprovechar la capacidad residual
- 6) Modificar actitudes nihilistas
- 7) Las metas deben ser posibilistas, pequeños logros y objetivos a corto-medio plazo.
- 8) Previo al inicio es imprescindible una valoración cognitiva, conductual, afectiva, funcional básica e instrumental.
- 9) La intervención debe ser individualizada dependiendo del estadiaje de la enfermedad, situación afectivo –conductual, capacidad disruptiva en terapias grupales y los objetivos planteados.
  - La psicoestimulación se debe acompañar siempre de apoyo-comprensión por parte de la familia y el personal cuidador.
  - Se debe acompañar de tratamiento neuropsicofarmacológico para corregir trastornos afectivos y/o conductuales, mejorar rendimiento cognitivo y controlar patología concomitante.

#### **7.5.1.4. Objetivos**

- 1) Mejorar la convivencia y la tolerancia del entorno mediante el mantenimiento de los protocolos sociales.
- 2) Mantener actividades de vida diaria.

- 3) Mantenimiento y optimización de la esfera cognitiva y de habilidades residuales.
- 4) Conseguir el mayor grado de independencia.
- 5) La orientación a la realidad
- 6) Resocialización

#### **7.5.1.5. Programa preventivo**

Uno de los cometidos fundamentales del trabajo en geriatría y en especial en los centros gerontológicos, residencias y centros de día es el de la prevención de la aparición de patologías de todo tipo. La aplicación de un programa preventivo de mantenimiento cognitivo para los cada vez menos usuarios sin deterioro cognitivo se presenta como algo totalmente imprescindible ya que va a mejorar su calidad de vida y va a aliviar la aparición de cargas asistenciales.

Es preciso no confundirlo con el programa de rehabilitación cognitiva. No se trata más que de la instauración e incorporación a la cultura de funcionamiento asistencial de actividades que impliquen un cierto grado de procesamiento mental y que deben ser aplicadas de forma sistematizada.

La actividad intelectual corre pareja al mantenimiento de las facultades mentales, y es tan importante como la actividad física, la relación social, la estabilidad afectiva o el control de la salud.

Ejemplo de Programas de Prevención y Mantenimiento de funciones cognitivas en Centros Gerontológicos:

#### **ACTIVIDADES**

- Programa de megafonía
- Tablón
- Grupo de buenos días
- Actividades de mesa
- Salidas activas
- Aula de formación:
  - Lectura
  - Escritura
  - Lecto-escritura
  - Redacción
  - Matemáticas

- Material audiovisual
- Entrenamiento de la memoria

#### **7.5.1.6. Programa terapéutico**

Destinado a pacientes con deterioro cognitivo leve-moderado.

- 1) El abordaje ambiental.
- 2) Grupo de buenos días
  - Salutación
  - Orientación temporo-espacial
  - Lectura y comentario de titulares del periódico
  - Comentario de las actividades y sucesos del día anterior
  - Lectura de las actividades del día y de los menús (comentado)
- 3) Grupo de psicomotricidad
  - Control de la lateralidad, esquema corporal, de la marcha, del ritmo, de praxias ideomotoras...
- 4) Laborterapia
  - Manuales típicas
  - Actividades Básicas de Vida Diaria (ABVD)
- 5) Grupo de orientación a la realidad
  - Orientación temporo-espacial
  - Sesiones de reminiscencia
  - Situaciones figuradas
- 6) Grupo de estimulación programada.
  - Tablero de Psicoestimulación

#### **7.5.1.7. Perfil de usuario de grupo terapéutico**

- A) Perfil: Paciente con deterioro cognitivo leve o moderado independientemente de su causa (vascular, traumatológico, quirúrgico o degenerativo)
- B) Elementos que reducen el rendimiento e incluso descartan al usuario de su susceptibilidad al tratamiento:
  - Hipoacusia marcada.
  - Amaurosis total o casi total.
  - Personas con graves déficits funcionales.



- Afasia sensorial.
- Trastornos de conducta que alteren el carácter fluente de la sesión.

#### **7.5.1.7. Resultados**

- 1) Reduce el exceso de incapacidad, colocando al enfermo en su estadiaje real.
- 2) En un alto porcentaje retrasa la evolución natural de la enfermedad.
- 3) Mejora la reserva funcional potencial del demente en todas sus áreas: social, funcional y síquica.
- 4) Mejora el grado de adaptabilidad de los pacientes al medio.
- 5) Se confirma que: el uso de recursos psicosociales reduce el consumo de recursos sanitarios.

#### **7.5.1.7. Método de control de calidad**

- 1) Eficacia con que realizan las actividades de vida diaria.
- 2) Presencia de un comportamiento socialmente correcto.
- 3) Participación en actividades de índole positiva.
- 4) Presencia de emociones positivas y la ausencia de emociones negativas.
- 5) Tiempo de evolución de demencia de grado leve a moderado a severo. (GDS, FAST, CDR).

### **7.5.2. El tablero de psicoestimulación**

#### **7.5.2.1. ¿Qué es el tablero de psicoestimulación?**

Se trata del soporte de un grupo de técnicas de carácter grupal que utilizamos para estimulación cognitiva de pacientes con daño cerebral independientemente de la causa.

El formato de grupo está enfocado hacia una mayor efectividad y rentabilidad del trabajo en colectividades (Residencias, Centros de Día,...), y al aprovechamiento de la propia dinámica grupal como herramienta terapéutica per se.

Su concepción tanto en las instrucciones como en su uso, es sumamente simple de forma que pueda ser aplicado en cualquier tipo de colectividad sin la exigencia de altos grados de cualificación técnica ni de complejidad instrumental.

Asimismo, sus características le dotan de una flexibilidad que permite a quien lo use, modificar y ampliar los diferentes programas y áreas de trabajo, sobre el soporte y con el sistema con el que se presenta.

### 7.5.2.2. ¿Qué áreas estimula?

Las funciones neuropsicológicas que pretendemos estimular las vamos a exponer a continuación, acompañadas de una aproximación anatómica (en ocasiones forzada) donde se conoce se produce esa función:

- A) Memoria de trabajo.
  - Verbal: Area de lenguaje. Hemisferio dominante
  - Visuoespacial: Hemisferio no dominante.
- B) Memoria semántica: Neocortex temporal
- C) Atención – Concentración – Vigilancia: Areas de asociación. Area prefrontal, parietal posterior y temporal.
- D) Memoria episódica anterógrada: Sistema límbico.
- E) Lenguaje y comprensión – Cálculo – Lectura: Hemisferio dominante.
- F) Atención dirigida espacialmente – Capacidad visuoperceptiva compleja – Habilidad constructiva: Hemisferio no dominante.
- G) Concepción abstracta – Capacidad de resolución de problemas – Planificación – Conducta social – Motivación (personalidad) – Capacidad de inicio – Flexibilidad: Lóbulos frontales.

Hay otras áreas que con este material no tocamos, las defino a continuación para conocimiento de nuestros lectores:

- Memoria retrógrada
  - Personal (Autobiográfica)
  - Sucesos públicos
- Memoria implícita o de procedimiento y praxias.
- Memoria semántica no verbal (confrontación).
- Escritura.
- Habilidad constructiva.
- Inteligencia abstracta: proverbios – similitudes.
- Componente fonológico del lenguaje.
- Orientación temporoespacial.
- Gnosias

Esperamos que sea posible una segunda entrega de material donde abordemos de forma eficaz estas áreas. Hasta entonces nuestra recomendación es la creación de los siguientes programas, tal y como se definen en este libro:

- Orientación a la realidad.
- Reminiscencia.
- Laborterapia
- Terapia ocupacional dirigida a actividades básicas de vida diaria.
- Además del trabajo individual en cada caso.

### **7.5.2.3. Descripción**

El tablero de psicoestimulación es un soporte para la aplicación de diferentes programas de activación cognitiva, pensado para su aplicación a grupos y basado en un concepto de trabajo dinámico e interactivo.

Se trata de un tablero rígido y manejable, en el que pueden ser fijados o dibujados diferentes elementos necesarios para la aplicación de ejercicios de diferentes características y niveles.

Es fundamental la capacidad interactiva del director del grupo que en una sola sesión, trabajará de forma monográfica con un tema concreto, o realizará una sesión mixta con diferentes ejercicios.

El tablero va acompañado de un bloque de ejercicios divididos, dependiendo del área neuropsicológica que estamos trabajando y que pueden ser aplicados en forma de programa estructurado. Algunos de los ejercicios, son muy versátiles y tienen una gran efectividad, por lo que serán los ejes de trabajo, pero deberán ser complementados por otros de menor nivel o complejidad.

Recomendamos una lectura detenida y un tiempo de práctica previo a la aplicación generalizada de los programas, pudiendo empezar con grupos reducidos de personas con deterioro leve, ampliándolos de forma progresiva tanto en el nº de sus componentes como en la complejidad de los ejercicios.

### **7.5.2.4. Disposición del grupo y metodología**

El grupo no debe ser superior a 10 miembros, se dispondrá en formación semi-circular frente al caballete o pared en el que estará situado el tablero. Con el fin de garantizar un suficiente nivel de atención, recomendamos una especial iluminación de la zona en la que están el tablero y el director del grupo, manteniendo el resto de la sala en penumbra y con el mayor aislamiento acústico posible.

La función del director del grupo no será únicamente la de aplicar los ejercicios del tablero a los diferentes miembros del grupo, sino también la de –por medio

de sus movimientos y su "actuación"- mantener la tensión del grupo reforzando su nivel de atención.

Se demandará respuesta de forma rotatoria a todos los miembros del grupo, procurando adaptar la dificultad de cada pregunta a las características o el grado de deterioro individual.

No se recomiendan sesiones superiores a 45 de hora, tiempo a partir del cual comienza a decrecer el nivel de atención .

Los diferentes grupos deberán ser jerarquizados en función de su respuesta cognitiva, y por tanto el nivel de los ejercicios será paralelo a su capacidad tratando de evitar frustraciones.

Se fomentará la competitividad entre los diferentes miembros del grupo.

Se recomienda la aplicación frecuente de los ejercicios de atención y concentración de la sección de ejercicios sin tablero, usándolos en muchos casos, como la introducción a sesiones mixtas.

#### **7.5.2.5. Antes de las estimulación**

Es preciso:

- A) Conocer áreas afectadas para trabajar en ellas de forma más dirigida.
- B) Conocer grado de escolarización, nivel cultural, tipo de trabajo y categoría profesional.
- C) Uso de fármacos que pueden afectar el área cognitiva.
- D) Corrección de déficits visuales y auditivos.
- E) Control de patologías de base: diabetes, depresión, infecciones, insuficiencia cardíaca, desnutrición...
- F) Conocer el estadiaje del proceso que causa el déficit cognitivo.
- G) Conocer a grandes rasgos su historia personal, composición familiar, intereses y aficiones.

### 7.5.2.6. Contenido del tablero



### 7.5.2.7. Ejercicios-Índice

A continuación vamos a enumerar de forma esquemática las diferentes bloques de ejercicios con el área que estimulan de forma más relevante.

- A) Memoria episódica anterógrada: Ejercicios 1-7
- B) Memoria semántica: Ejercicios 8-20
- C) Cálculo: Ejercicios 21-30
- D) Inteligencia abstracta: Ejercicios 31-35
- E) Area espacial ( visuopercepción compleja): Ejercicios 36-41
- F) Cálculo + Abstracción: Ejercicios 42-44
- G) Abstracción + Visuopercepción compleja: Ejercicios 45-46
- H) Visuopercepción compleja + Planificación + Lógica: Ejercicios 47
- I) Logica: Ejercicios 48- 50
- J) Ejercicios sin tablero: Ejercicios 51-56

## EJEMPLO DE PROGRAMACIÓN SEMANAL

SEMANA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
1ª	1	10+9	22+24	5	41+42
2ª	2	16+15	23	31	36
3ª	3	12+13	25+26	6	38
4ª	4	17+19	27	32	44

### Ejercicios

#### 7.5.2.8. Ejemplos

##### Ejercicio nº5

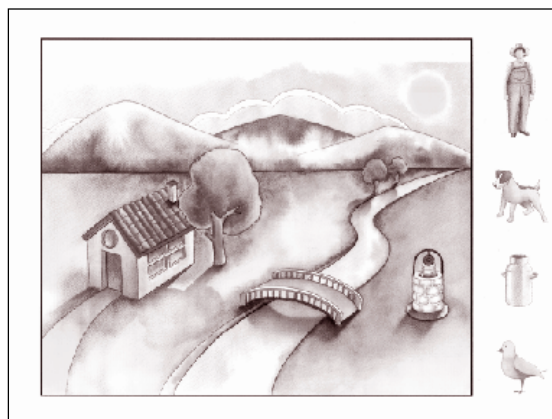
Áreas: Memoria Episódica anterógrada

Material: cartón con paisaje y figuras de personajes

Método: Se coloca el cartón del paisaje sobre el tablero y se muestra a todos los pacientes los diferentes lugares clave (zonas en las que hay un punto para prender un personaje) como la puerta de una casa, el tejado, un árbol, un puente, etc.

Posteriormente se elige uno de los 4 personajes y se coloca sobre uno de los puntos clave del paisaje (por ejemplo, el perro sobre el puente), dejando que los pacientes lo observen atentamente durante 5 segundos. Se retira el personaje y se espera un lapso de 20 segundos (se puede hablar de otra cosa) antes de preguntar a los pacientes en qué sitio estaba colocado el personaje.

Se va elevando progresivamente el nivel de la sesión añadiendo personajes al paisaje, y sumando 5 segundos de tiempo de observación por cada personaje que se introduzca hasta llegar a 20 segundos por los cuatro. Dejar siempre veinte segundos de lapso tras retirarlos.

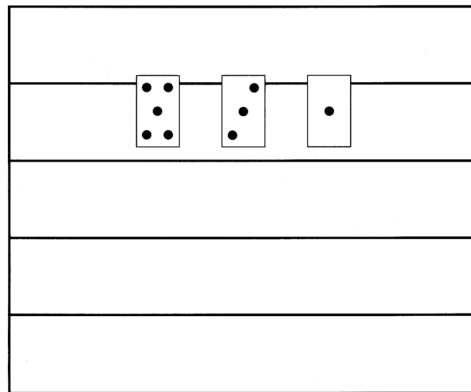


### Ejercicio nº43

Áreas: cálculo y abstracción

Material: tarjetas con dados

Método: Con las tarjetas que tienen valor numérico en forma de dado, se construyen números que han de interpretar, p.e. dados de 5, 3, 1, = 531. Puede pedirse que se haga en vertical, horizontal o diagonalmente y en cualquier dirección



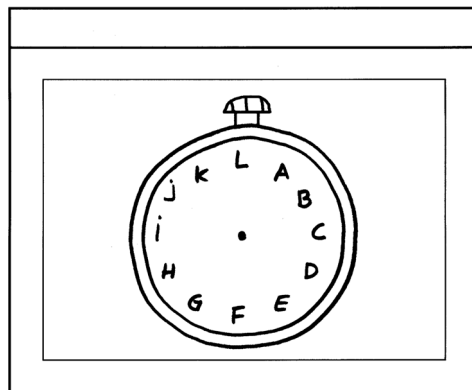
### Ejercicio nº3

Áreas: abstracción y visuopercepción compleja.

Material: pizarra blanca y rotulador.

Método: se dibuja sobre la pizarra una esfera de reloj tratando de detallar una corona de reloj en la parte superior de dos círculos concéntricos colocando las horas por medio de letras, y marcando el punto central del que parten las agujas.

Se plantean a los pacientes preguntas como: "¿para que este reloj marque las dos menos veinte a que letra tiene que señalar la aguja corta? ¿y la larga?. Cada vez que acierten, se dibujará la aguja sobre el reloj. Este ejercicio se puede plantear como la segunda parte de una sesión iniciada con un reloj ordinario.



## 7.6. Centro de Noche para personas con demencia

La evolución de las necesidades de las personas mayores, correspondiente con los cambios sociodemográficos y socioeconómicos que vivimos en los últimos años, presenta una serie de características y perfiles muy nítidos, centrados básicamente en la mayor presencia de situaciones de fragilidad y dependencia.

Entre estas situaciones de dependencia destacan por su gravedad e impacto tanto personal, familiar como social los trastornos psicogerítricos y en concreto las demencias y trastornos cognitivos.

Los diferentes estudios epidemiológicos reflejan una prevalencia de demencias de alrededor del 15% en mayores de 65 años y hasta un 36% en mayores de 80 años.

Este alto índice de prevalencia de las demencias entre las que destaca la enfermedad de Alzheimer (EA) demuestra la importancia del problema, pero en ocasiones nos puede descentrar del análisis del impacto psicosocial e individual en la persona mayor y su familia, en su entorno etc., pudiendo considerarse que en breve espacio de tiempo 1 de cada 4 ciudadanos tendrá relación de algún tipo con alguna persona que sufre esta enfermedad.

Además de la investigación desde el punto de vista clínico, biológico y psicosocial, se debe hacer un importante esfuerzo en el diseño de recursos adecuados a las necesidades de estas personas y sus familias, así como en el análisis psicosocial del impacto de la enfermedad, en las capacidades y mantenimiento de la autonomía etc.

Cabe destacar entre este impacto el papel de la sintomatología conductual como los delirios, agitación, deambulación, etc., por su efecto a nivel emocional, así como los problemas en los patrones de sueño, por su efecto de agotamiento y dificultad para descansar, como algunos de los más estresantes para la familia cuidadora.

Este efecto estresante viene dado por lo disruptivo de esta sintomatología: puede aparecer en cualquier momento, de forma brusca, interrumpiendo la actividad que esté realizando el cuidador, incluso los patrones de sueño y descanso de éste, con lo cual disminuye a medio plazo la capacidad de seguir manteniendo ese rol y desempeñar las tareas de cuidado, generándose un agotamiento físico y mental muy nocivo para la salud psíquica del cuidador.

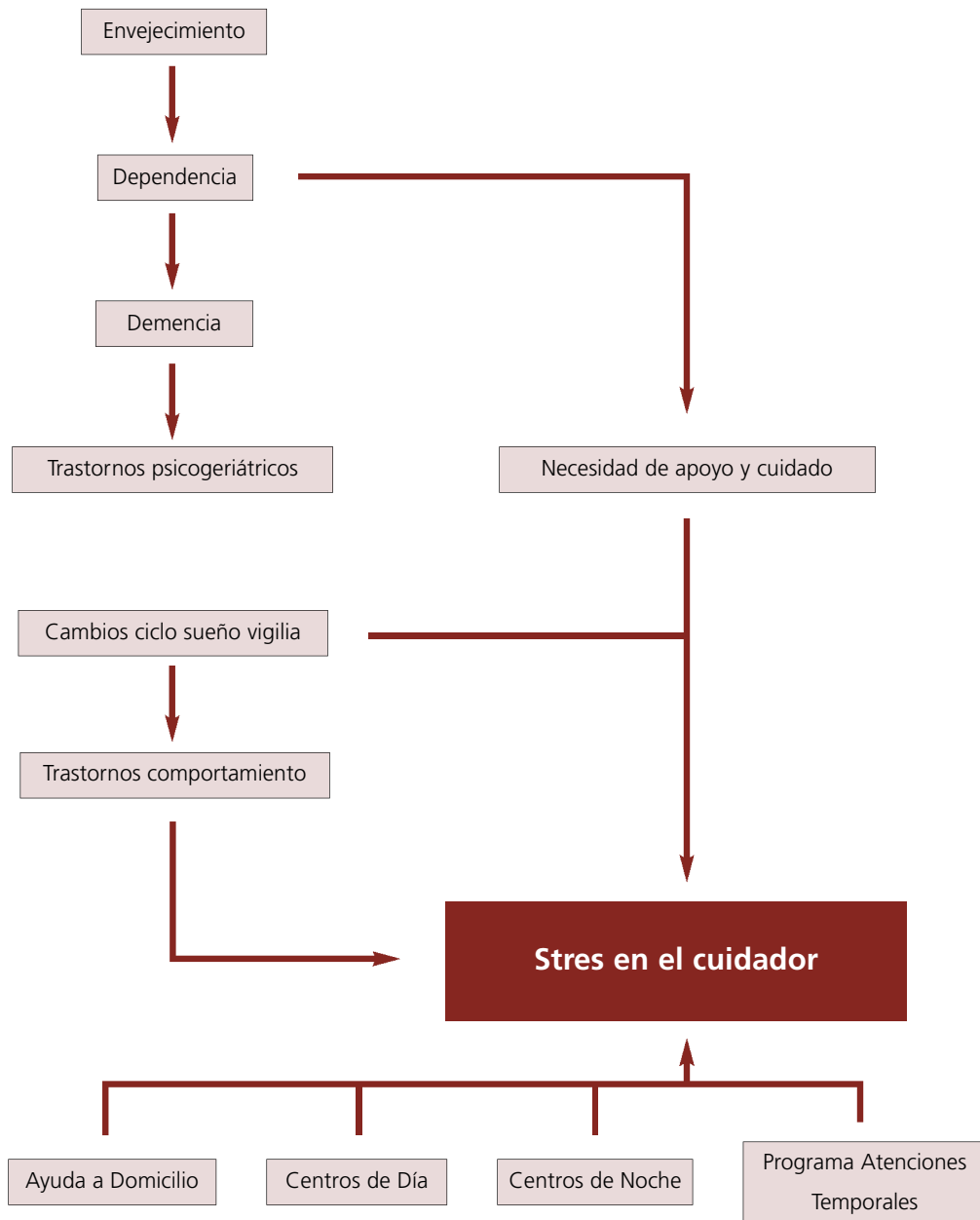
Además estos síntomas, los trastornos comportamentales son en muchas ocasiones difícilmente manejables por el cuidador e incluso farmacológicamente exigen de múltiples revisiones para lograr una adecuada pauta que permita controlarlos con el menor efecto secundario posible.

Señalar igualmente que estos trastornos se suman en muchas ocasiones al trastorno en el patrón de sueño-vigilia de la persona mayor que padece demencia.



Este patrón de sueño-vigilia debe presentar un diferencial entre la activación psicofisiológica en la actividad diurna y una relevación en el descanso nocturno, que puede estar reducida de manera considerable con periodos de somnolencia diurnos y despertar en la noche, que se suman al cambio cualitativo del sueño en la vejez (sueño muy breve y ligero, disminución del sueño profundo y sueño REM etc...).

Entre los recursos sociales para atender a las personas con demencia y sus familias destaca, además de la "ayuda a domicilio" para quienes viven en su domicilio y la "atención residencial especializada" para aquellas que presenten mayor dependencia y/o falta de apoyo social, aquellos recursos como los programas de estancias temporales o de respiro centradas en ofrecer un descanso a los familiares cuidadores que mantienen en su hogar a la persona mayor dependiente y los centros de día que son servicios sociosanitarios y de apoyo familiar que ofrecen durante todo el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores con diverso grado de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual (Imsero 1995).



Estos recursos que permiten el mantenimiento de la persona mayor dependiente en su hogar con apoyos presentan grandes ventajas y son complementarios en el continuo de cuidados.

No obstante, en ocasiones se plantean paradojas como la mayor necesidad de estos recursos en momentos determinados como las noches, o en otras temporadas del año en las que se puede atender la demanda.

En los últimos años se ha fomentado la puesta en marcha de recursos residenciales alternativos como las unidades de convivencia para personas mayores con demencia, los alojamientos polivalentes para núcleos familiares en las que conviven un "cuidador" y una persona mayor dependiente, programas de estancias temporales y respiro, tanto en residencias como en centros de día de fin de semana, así como los programas de atención e interacción psicosocial en el campo de la psicogeriatría y personas mayores dependientes.

Actualmente se percibe una nueva necesidad en este continuo de cuidados para la persona mayor dependiente: la atención a la persona mayor dependiente que padece problemas conductuales severos y descompensación en el ciclo sueño-vigilia, para lo cual se plantea la puesta en marcha de un Centro de Noche o Centro de Atención Especializada Nocturna.

Un centro de estas características permite atender adecuadamente una serie de necesidades de la persona mayor y de la familia así como ofrecer a esta familia el mantener el descanso necesario para poder seguir atendiendo a su familiar durante el día, con la seguridad de que esté bien atendido, de que se le regule el ciclo vigilia-sueño y de un apoyo en pautas de manejo etc.

### **7.6.1. Definición**

El Centro de Noche es un centro de atención a personas mayores dependientes con trastornos del sueño y trastornos de comportamiento, que permite regular los ritmos sueño-vigilia, manejar adecuadamente los trastornos comportamentales y descargar a la familia en sus horas del cuidado, garantizando la posibilidad de asegurar el descanso nocturno y el cuidado de su familiar durante el día.

### **7.6.2. Perfil del usuario**

El usuario, la persona mayor a la que está dirigido este recurso es aquella persona mayor fundamentalmente con demencia o trastorno psíquico o psicoorgánico grave, con trastornos comportamentales severos p.e. acatisia y fuerte carga de supervisión especialmente nocturna, con descompensación de ciclo sueño-vigilia y/o trastornos del sueño.

- Trastorno psíquico o psicoorgánico grave.
- Trastorno comportamental severo y fuerte carga de supervisión nocturna.
- Descompensación ciclo sueño-vigilia.
- Trastorno de sueño

### 7.6.3. Objetivos

Para la persona mayor:

- Ofrecer una atención especializada para lograr una regulación del ciclo sueño-vigilia y manejar adecuadamente los posibles trastornos del sueño y/o comportamentales con un ambiente protector y familiar.
- Evitar y/o retrasar la institucionalización, pudiendo reducir al máximo la sintomatología y/o trastornos más estresantes y de más difícil manejo en el domicilio.
- Complementar la atención recibida en otros recursos como el centro de día y/o en el hogar en casos puntuales y de necesidad.

Para la familia cuidadora:

- Ofrecer un apoyo socioasistencial a la persona mayor en horario nocturno para reducir los síntomas más estresantes y mejorar por tanto la capacidad de la familia para proporcionar un cuidado en buenas condiciones.
- Apoyar a la familia, en caso necesario, en pautas de manejo de comportamientos y en regulación del ciclo sueño-vigilia.

### 7.6.4. Características del Centro

#### 7.6.4.1. El Centro

El Centro debe ser diseñado al efecto con una estructura interior basada en los principios de la intervención ambiental, utilizando este ambiente y la estimulación propia como elementos determinantes en la atención.

La estructura interior será la siguiente:

- Sala amplia polivalente con mobiliario similar al del domicilio normalizado, decoración de tipo hogareño y distribución general con amplios espacios para los casos de deambulación.
- Sala de Control, desde la que se controlarán las sala polivalente y las habitaciones, y tendrá el equipamiento necesario para realizar las valoraciones, así como la atención en casos espaciales.

- Habitaciones. Serán un número determinado de habitaciones individuales estructuradas con el esquema: cama en un lateral, mesilla con lámpara, silla, y un espacio vacío para moverse libremente con una alfombra antideslizante.

Estas habitaciones contarán con medidas de seguridad como barras en las camas, pero integrables con el fin de que sean lo más parecido –normalizadas– al domicilio, con papel pintado, lámpara y silla sujetos... y utilización según programa de objetos personales etc.

Todas las dependencias deben garantizar el máximo de seguridad y posibilidad de supervisión, así las puertas de las habitaciones tendrán una mirilla que permita la supervisión periódica a lo largo de la noche, el sistema de interfonía permitirá la comunicación directa con el usuario, así como escucharlo para comprobar si hay alguna variación en su situación de sueño, las habitaciones estarán insonorizadas para garantizar el aislamiento entre unas y otras.

De entre las habitaciones se utilizarán una o dos como especiales para los casos de agitación garantizando un mejor grado de supervisión.

Con el fin de optimizar los recursos tanto materiales como especialmente los humanos, se considera conveniente su ubicación anexo a, o en, un centro gerontológico. Si en este caso se dispone de un centro de día se garantiza una mayor versatilidad en la atención pudiendo garantizar un apoyo a aquella que acude al Centro de Día, y en general reducir los riesgos y efectos "secundarios" de la adaptación al Centro.

### **7.6.5. Servicios**

Entre los Servicios que se ofertarían o que constituirían el Centro de Noche cabe diferenciar los siguientes:

#### **7.6.5.1. Transporte**

El Servicio de transporte garantizaría que aquellas personas que no pueden ser trasladadas por los familiares, pueden ser recogidos en los puntos de acogida más cercanos a su domicilio y trasladados al Centro puntualmente para su atención y recepción en el mismo, así como la vuelta el día siguiente al mismo punto de recogida.

Los horarios posibles serían :

- recogida de 19'30 a 20'00 o 20'30
- vuelta a casa de 8'30 a 9'00 o 9'30

Este horario debería compatibilizarse con los horarios de transporte del Centro de Día.

Este servicio incluiría un autobús con un chófer y acompañante formados en la atención a las personas que vamos a atender.

#### **7.6.5.2. Servicio de cuidados personales**

Este Servicio será provisto por personal especializado, con experiencia y entrenamiento específicamente para este Servicio y programas. El personal propio del programa será apoyado por personal del Centro en caso de necesidad.

#### **7.6.5.3. Servicio de valoración**

Desde los objetivos y metodología planteados en este proyecto será necesaria una valoración al ingreso y/o previo al mismo para determinar exactamente la situación del usuario y el programa a seguir.

Esta valoración será realizada por personal cualificado: médico, ATS y psicólogo que a través de instrumentos etc. específicos determinará el plan de cuidados individualizado.

#### **7.6.5.4. Servicio de limpieza**

Todas las mañanas tras la salida de los usuarios se procederá a la limpieza a fondo de las dependencias, con personal propio del Centro Gerontológico.

#### **7.6.5.5. Servicio de alimentación**

Tanto por la noche a la llegada como por la mañana recibirán la alimentación adecuada en cena y desayuno desde unas dietas establecidas por el Comité de Dietética y Nutrición una vez de haber sido valorado adecuadamente, evitando los alimentos excitantes, y garantizando una adecuada nutrición.

#### **7.6.5.6. Servicio de atención sanitaria**

Se dispondrá del apoyo del personal del Centro Gerontológico, así como del Centro de Atención Primaria en caso de necesidad de aplicación de medicación de urgencia.

#### **7.6.5.7. Servicio de programas ocupacionales**

Con el fin de garantizar el adecuado diferencial entre la activación psicofisiológica antes de acostarse y la relación posterior con programas de estimulación controlada.

Se contará con un monitor grupal.

### **7.6.6. Metodología**

La metodología a seguir viene organizada desde la valoración previa y al ingreso y a los programas de atención.

**7.6.6.1.** La valoración previa nos permitirá conocer exactamente los diagnósticos, problemática, sintomatología etc a partir de la valoración directa al sujeto, la información que nos proporcione el cuidador principal y el análisis de la documentación que nos aporte éste.

Se adoptará el procedimiento de valoración integral para valorar más específicamente estos patrones sueño-vigilia y los posibles trastornos de comportamiento, así como realizar un análisis funcional de los mismos, y de la actuación de la familia en el hogar.

Algunos de los instrumentos que se pueden utilizar serán el MEC de Lobo, una prueba de sueño y las pruebas de trastornos de comportamiento, etc., mencionados en este libro.

**7.6.6.2.** A partir de esta valoración y considerando el resto de programas que se detallan en este proyecto se elabora un plan individualizado con pautas concretas a seguir con cada usuario, y que será revisado periódicamente, una vez que sea "consensuado" o cuando menos informado a la familia.

### **7.6.6.3. Programas de atención**

Se incluyen en los programas de atención desde el alojamiento y la manutención, los cuidados personales, la intervención sobre el ritmo sueño-vigilia, la estimulación controlada, la contención, el programa de manejo de comportamientos, la interacción y apoyo con los familiares y la intervención ambiental.

#### **7.6.6.3.1. Programa de alojamiento y manutención**

Desde la estimulación ambiental y organización de aspectos se optimizará al máximo la atención para favorecer el sueño en las horas de "dormir" y la actividad en las horas en que estén despiertos en la sala polivalente.

Como se ha explicado en la estructura del Centro cada espacio cumple una función diferenciada y complementaria.

Además de todo lo expuesto será conveniente disponer de un buen sistema de megafonía con el fin de aplicar estimulación musical relajante para los últimos momentos antes de acostarse y activadora en la mañana; insonorización para que los posibles problemas: gritos, verbalizaciones, ruidos de una habitación, no molesten a los demás etc.; control de temperatura.

La Nutrición será un aspecto importante a controlar con estos mismo objetivos evitando estimulantes como el café, chocolate y ofreciendo una dieta adecuada para la noche, no pesada etc.

#### **7.6.6.3.2. El programa de cuidados personales**

Los cuidados personales incluyen el apoyo y cuidado en aquellas actividades de la vida diaria como la higiene y aseo, el vestido, la movilización, la alimentación, etc en las que la persona mayor necesita ayuda para su realización.

#### **7.6.6.3.3. Intervención sueño-vigilia**

Conociendo las causas de los trastornos de sueño en las personas mayores y especialmente en las afectadas por demencias, así como los efectos que otras alteraciones físicas, trastornos psicopatológicos, el ambiente o tratamientos farmacológicos como algunos antiparkinsoniano, hipnóticos, tranquilizantes etc. pueden tener en el sueño y en el patrón sueño-vigilia el tratamiento se establecerá en las siguientes líneas:

#### **7.6.6.3.4. Información y apoyo**

Ayudar al insomne (y/o a su familia) a sentirse capaz de afrontar y controlar el problema.

Discutir con el insomne o su familia la información sobre estos aspectos y sobre la variabilidad interindividual en cuanto a las necesidades de sueño y sintomatología del usuario.

Proporcionar instrucciones de control de estímulos, con pautas de actuación preestablecidas sobre higiene del sueño así como sobre modificaciones ambientales, utilización del dormitorio.

Formación y apoyo a la familia para controlar los impulsos y relajar la persona mayor, así como para la inducción de sueño.

#### **7.6.6.3.5. Orientación**

La desorientación temporo-espacial es uno de los síntomas cognitivos más importantes en las personas afectadas de demencia. Cuando este problema genera comportamientos desadaptativos como levantarse por la noche, querer salir, delirios en los que se piensa que hay familiares ya fallecidos como la madre con uno, etc., son problemas que se deben manejar desde el programa de manejo de comportamientos, pero a la vez debe de orientarse continuamente al usuario.

La orientación se realiza en tres niveles:

#### **7.6.6.3.6. Grupal**

En grupo se da información de carácter orientador, se trabaja la identificación personal, donde estamos, en que momento, etc. Esto se hará a la entrada al centro y a la salida por la mañana.

#### **7.6.6.3.7. Comunicacional**

Todas las relaciones de los cuidadores y profesionales incluirán aspectos orientadores, introduciendo en la comunicación verbal, aspectos como el nombre del usuario (ya hemos llegado al Centro, aquí está Dominga, Julia, ...), donde nos encontramos (hoy en el centro.....), que vamos a hacer ahora ("ahora te voy a servir la cena; hoy tenemos sopa de fideos, a mi me gusta mucho la sopa de fideos").



#### **7.6.6.3.8. Ambiental**

Se utilizará la estimulación ambiental de manera discriminativa, haciendo que cada espacio tenga un color diferenciado, todos relajantes, que en las puertas haya indicadores de que se encuentra detrás, por ejemplo en las puertas de las habitaciones habrá una foto o dibujo de una habitación con su cama, mesilla etc (por ejemplo como la habitación de Van Gogh).

#### **7.6.6.3.9. Estimulación controlada**

Cuando uno de los problemas que provocan esta disfunción en el patrón sueño-vigilia es un bajo diferencial de activación sueño vigilia, puede ser conveniente restablecer un nivel de activación adecuado que permita generar a su vez una necesidad de descanso en el usuario. Se promoverá que a través de pautas concretas la familia pueda implementar o complementar este programa y se establecerá un programa de estimulación en el propio centro en los horarios de 21.00 a 23.00 en el que serán estimulados adecuadamente para que estén ocupados y centren su atención en diferentes juegos, ejercicios sencillos etc. que requieren un pequeño esfuerzo cognitivo y permite reducir la desviación de la atención hacia comportamientos desadaptativos, permite fomentar la interacción y controlar de manera progresiva el proceso estimulación – relajación – inducción de sueño.

Para desarrollar estos programas se dispondrá de espacios adecuados, como ya se ha explicado, así como de mobiliario ad hoc ( mesas, sillas, butacas, armarios) y todo tipo de materiales de tipo terapéutico o didáctico (puzzles, juegos de goma, pelotas y balones, pizarras de orientación, etc.)

#### **7.6.6.3.10. Contención**

Desde la idea de manejo y afrontamiento de trastornos de comportamiento es necesario establecer mecanismos de seguridad para las personas atendidas como sistemas de cierre automatizados en las puertas y ventanas, mecanismos de supervisión como mirillas en las puertas de las habitaciones etc., así como espacios para que las personas puedan deambular etc.

#### **7.6.6.3.11. Manejo de comportamientos**

Los trastornos comportamentales más frecuentes en el contexto residencial son el vagabundeo o deambulación, la agitación, las reacciones catastróficas, el descuido en el autocuidado, las conductas agresivas y disruptivas, los gritos, y los trastornos paranoides.

Aunque aparentemente estos trastornos aparecen de manera independiente a las condiciones ambientales, en realidad existe una fuerte relación con la estimulación externa. Desde esta perspectiva el control de estímulos es uno de las técnicas más efectivas para reducir comportamientos como la desorientación o

vagabundeo, la incontinencia, la actividad sexual inapropiada etc. que pueden ser contempladas como respuestas a un control de estímulos insuficiente, así el objetivo sería controlar ciertas conductas mediante la asociación de símbolos con una respuesta adecuada y un refuerzo positivo.

En general la pauta a seguir en cualquiera de estos comportamientos será la descripción operacional de la conducta problema, la observación, registro y monitorización de la conducta problema y de las conductas adaptativas, análisis de las situaciones en que se da y estimulación presente en dichas situaciones, consecuencias de la conducta y posibles conductas alternativas a reforzar e implementación de las medidas expuestas.

Los programas deben ser sencillos, con objetivos claros y modestos, utilizando técnicas operantes, con refuerzo social y tangible inmediato, de manera complementaria con el tratamiento farmacológico.

**7.6.6.3.12. Familiares**

La intervención complementaria con el usuario desde los profesionales y la familia exige desarrollar una correcta valoración de necesidades que previamente puede haber sido realizada por los servicios sociales de base o salud mental, un programa de formación, apoyo y entrenamiento, además de favorecer al máximo esa sensación de trabajo en equipo y complementario a través del trasvase de información y el contacto periódico entre los profesionales y la familia.

**7.6.6.3.12.1.** Hoja informativa diaria que se enviará con el usuario a la familia y donde se incluirán los siguientes aspectos:

Cómo ha cenado	Cómo ha estado tras la cena.	Cómo ha dormido	Cómo se ha levantado	Transporte
	Actividades realizadas		Actividades de vida diaria: higiene, vestido,	
Agitación o no	Participación	Estado de ánimo	Cooperación	Interacción

Así como para su devolución cumplimentada por la familia, ítems relativos a cómo ha estado en el domicilio, estado de ánimo, síntomas etc.

Los programas de trabajo con la familia se propondrá realizarlos en colaboración con la asociación de familiares de enfermos de Alzheimer e incluirán especialmente aspectos relativos a pautas en relación a los patrones sueño-vigilia, y de manejo de trastornos de comportamiento, entendiendo que el resto de aspectos relativos a las características de las personas dependientes, el cuidado, etc. serán

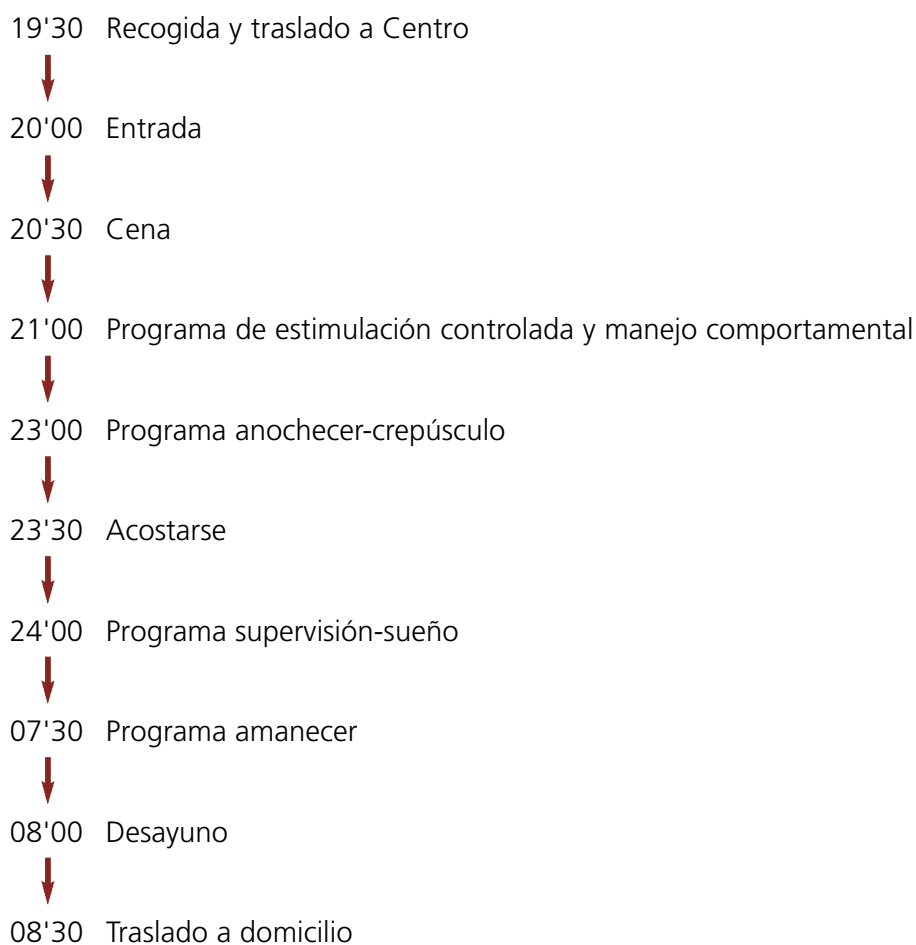
proporcionadas en los cursos que la Asociación de familiares y otras entidades promueven.

### **7.6.6.3.13. Intervención ambiental**

Las características ambientales son muy importantes en estos centros, pues afectan de manera muy relevante a la autonomía, al desempeño diario y consecuentemente a la satisfacción y calidad de vida de las personas que viven en los mismos. Estas características ambientales no se limitan a las características físicas solamente, siendo también muy relevantes las características organizativas, las características de los residentes y del personal, las relaciones interpersonales y el clima social,

Para poder evaluar y lograr un diseño ambiental que nos permita promover los objetivos conocidos de autonomía, satisfacción y calidad de vida se debe operacionalizar estas dimensiones ambientales en aspectos concretos como la intimidad, integración social, control y posibilidad de elección, etc.

### **7.6.7. Planificación**



### **7.6.8. Puesta en marcha del recurso**

Este recurso se puede poner en marcha a través de convenios de colaboración para la puesta en marcha con carácter experimental del mismo, entre las siguientes instituciones y entidades:

- Ayuntamientos.
- Asociación de familiares de Enfermos de Alzheimer.
- Centro Gerontológico.

Las mismas designarán un representante en la Comisión de Seguimiento del Centro de Noche, que se reunirá periódicamente con el fin de supervisar la puesta en marcha del recurso, la atención ofrecida y los resultados de la misma, así como el nivel

### **7.6.9. Acceso al recurso**

El usuario puede acceder al recurso a través de las vías administrativas normalizadas de las unidades de trabajo social del Ayuntamiento, bien directamente o a través de la Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer. Una vez valorada la situación sociofamiliar y económica del usuario y su familia, se remitirá el caso y su expediente a la Unidad de Orientación y Valoración de la institución, donde se valorarán sus capacidades cognitivas, etc.

Una vez valorada si cumple los criterios de selección establecidos previamente se comunicará a Servicios Sociales del Ayuntamiento que le ofrecerá la posibilidad de incorporarse al servicio, poniéndose desde el centro en marcha el programa de ingreso.

## **7.7. Programa de atención e intervención psicosocial diaria**

A continuación se expone un modelo de estructuración diaria de la atención e intervención tal y como se ha diseñado en el Centro Gerontológico Egogain de Eibar (1997):

### **LUNES**

#### **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (10'00-10'45 y en los momentos adecuados)**

##### ***Alimentación***

- Utilizar cubiertos
- Beber en vaso
- Mostrar hábitos apropiados en la mesa

#### **ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD (10'45-11'30)**

##### **1. Presentación**

Que digan sus nombres y se saluden dándose la mano. Procurar que digan también el nombre de los otros/as.

##### **2. Información básica**

- **Pizarra** (escribir fecha y, si es una fecha señalada como festividad, inicio o fin de mes, etc., anotar algo que lo haga recordar); **calendario** (marcar el día); recordar el tiempo que hace y la época del año mirando por la **ventana**.
- Lanzarse unos a otros un balón, repitiendo qué día es y en dónde estamos, al recibirlo.

##### **3. Actividad. Hoy**

**"ATENCIÓN"**. Elegir UNA de estas actividades e ir cambiando cada lunes:

- Pedirles que se fijen en algo que les digamos que hay cerca, en la propia sala o sobre la mesa ("*dónde está la jaula del pájaro?*"); que lo busquen con la mirada y lo señalen, más o menos como en el "veo-veo".
- Pedirles que se FIJEN en lo que hay alrededor (en la sala) y lo vayan diciendo por turnos ("*qué cosas hay por aquí?*").
- Elegimos a alguien del grupo y, sin decir quién es, damos PISTAS para que adivinen de quién se trata (pistas como: lleva puesta tal ropa, tiene gafas, el pelo ondulado, un collar de perlas...: ir añadiendo pistas para posibilitar que adivinen).

- Colocar un buen montón de alubias blancas sobre la mesa, BIEN ESPARCIDAS. Colocar entre las blancas unas POCAS alubias rojas y pedirles que las vayan buscando con la mirada; que retiren las rojas “para que no estén mezcladas”.
- La actividad anterior, pero dando un montoncito a cada uno/a.

CONVERSACIÓN sobre algún tema de la actualidad: alguna noticia llamativa del periódico, que demuestre cómo es el presente, por ejemplo. O bien sacar cualquier tema sencillo: gustos en la comida, en el vestir, etc., pero sin hablar del pasado: para eso haremos, otro día, reminiscencia.

#### **4. Repasar**

En voz alta la información básica: fecha, hora, dónde están, qué harán a continuación: la comida, otras actividades, o lo que sea. Recordar el MENU para hoy.

#### **ESTIMULACIÓN (11'30-13'45 / 14'00-15'30)**

11'30-12'00. -Cuidado de plantas

12'00-12'45. -Lectura y conversación

12'45-13'45. -TV y conversación

14'00-15'30. -Salidas a terraza y conversación

Opcional: juegos

#### **ACTIVIDAD FÍSICA (15'30-16'30)**

#### **TERAPIA OCUPACIONAL (17'00-18'00)**

##### **Actividad**

- Motricidad Fina
- Coordinación general, manual y visomanual.

##### **Materiales**

- Legumbres, juegos de madera, papel, plastilina, puzzles, cuerdas...

##### **Juegos**

*Hacer bolitas con papel y/o plastilina.*

- Amasar la plastilina en la mano y encima de la mesa.

*Modelar figuras geométricas en plastilina, imitar modelos*

- Insertar/introducir legumbres y/o bolitas de papel en botellas y vasos.
- Golpear sobre una mesa con las puntas de los dedos de forma sucesiva y ordenada empezando por el meñique y viceversa.

***Cerrar la mano e ir abriendo los dedos contando "uno", "dos", "tres"***

- Hacer nudos en una cuerda y después soltarlos.
- Puzzles de dos/tres piezas.
- Juegos de puntería (encestar bolitas, pelotas... en vasos, en el cubo de la basura, en un aro puesto en el suelo...).
- Recibir y pasar pelotas de distintos tamaños y desde distancias diferentes.
- Lanzar la pelota hacia arriba y recibirla, botarla sobre la mesa y recogerla.
- Representar movimientos de actividades de la vida cotidiana (cortar, peinarse, barrer...) laborales (atornillar, martillear, conducir...).

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (9'00-21'00 y en los momentos adecuados)**

***Alimentación***

- Utilizar cubiertos
- Beber en vaso
- Mostrar hábitos apropiados en la mesa

**MARTES**

**ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (10'00-10'45 y en los momentos adecuados)**

***Vestido***

- Ponerse/quitar la ropa
- Atar/desatar cordones
- Abrochar/ desabrochar botones
- Elegir ropa

**ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD (10'45-11'30)**

**1. Presentación**

- Que digan sus nombres y se saluden dándose la mano. Procurar que digan también el nombre de los otros/as.

## 2. Información básica

- **Pizarra** (escribir fecha y, si es una fecha señalada como festividad, inicio o fin de mes, etc., anotar algo que lo haga recordar); **calendario** (marcar el día); recordar el tiempo que hace y la época del año mirando por la **ventana**.
- Que repitan (si hace falta dándoles ayuda) la fecha de hoy tras meter una pelota u otro objeto que se les habrá repartido a cada uno/a, en una caja o bolsa. Entregan la bolsa al de al lado y éste hace lo mismo. Otra ronda sacando uno a uno lo que habían metido y recordando, al sacar, en qué sitio se encuentran. Si no recuerdan, dar pistas o decírselo, y que lo repita.

## 3. Actividad de hoy

- “LENGUAJE”. Elegir UNA O DOS de estas actividades e ir cambiando cada martes:
- Por turnos, NOMBRAR partes de la ropa, complementos o joyas que lleva cada cual.
- Decir NOMBRES DE... comidas, animales, prendas de vestir, personas, flores... (uno o dos temas cada vez que se haga esta actividad)
- NOMBRAR objetos cotidianos (de aseo, del comedor, etc.) que se habrán colocado encima de la mesa. Hablar, uno a uno, de esos objetos: qué son, para qué sirven, si les gustan o no, si los usan mucho o poco, si los usaban antes más o menos que ahora..., ...
- COMPRENSION: pedir a cada uno/a que haga algo sencillo, como “dame la mano”, “abre la boca”, “coge esto”, “saluda a fulanita...”
- Decir, a cada uno/a, el principio de algún refrán, y que lo complete, con toda la ayuda que necesite.
- CONVERSACION sobre algún tema de la actualidad: alguna noticia llamativa del periódico, que demuestre cómo es el presente, por ejemplo. O bien sacar cualquier tema sencillo: gustos en la comida, en el vestir, etc., pero sin hablar del pasado: para eso haremos, otro día, reminiscencia.

## 4. Repasar

En voz alta la información básica: fecha, hora, dónde están, qué harán a continuación: la comida, otras actividades o lo que sea. Recordar el MENU para hoy.

### ESTIMULACIÓN (11'30-13'45 / 14'00-15'30)

11'30-12'00. -Cuidado de animales

12'00-12'45. -Radio (noticias, debates,...) y conversación

12'45-13'45. -Televisión y conversación

14'00-15'30. -Juegos



## **ACTIVIDAD FÍSICA (15'30-16'30)**

## **TERAPIA OCUPACIONAL (17'00-18'00)**

### ***Actividad***

- Creatividad
- Modelado
- Dibujo
- Collage

### ***Materiales***

- Plastilina, lápices, pinturas, revistas...

### ***Juegos***

- Dibujo libre, copia de dibujos, tema sugerido.
- Recortar y pegar.
- Murales.
- Pegar legumbres, pastas, combinadas con papeles de colores o pintados.  
Colorear dibujos.

## **ESTIMULACIÓN (18'00-19'00)**

- Televisión y conversación.

## **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (en los momentos adecuados)**

### ***Vestido***

- Ponerse/quitarse la ropa
- Atar/desatar cordones
- Abrochar/ desabrochar botones
- Elegir ropa

## **MIÉRCOLES**

### ***Aseo personal***

- Peinarse
- Lavarse las manos y la cara
- Limpiarse los dientes o la dentadura

- Afeitarse
- Darse crema
- Pintarse
- Cuidarse las uñas

## **ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD (10'45-11'30)**

### **1. Presentación**

Que digan sus nombres y se saluden dándose la mano. Procurar que digan también el nombre de los otros/as.

### **2. Información básica**

- **Pizarra** (escribir fecha y, si es una fecha señalada como festividad, inicio o fin de mes, etc., anotar algo que lo haga recordar); **calendario** (marcar el día); recordar el tiempo que hace y la época del año mirando por la **ventana**.
- Separar de una baraja una o dos cartas por cada persona del grupo. INCLUIR EL AS DE OROS, por ejemplo. Repartir las cartas y pedir que se fijen: “¿quién tiene el as de oros?” Se felicita a quien le haya tocado y se le pregunta la fecha y el lugar, ayudándole a recordarlo si es necesario. Repetir esto en un par de rondas.

### **3. Actividad. Hoy**

**“MEMORIA”**. Elegir UNA de estas actividades e ir cambiando cada miércoles:

- Dar a alguien un objeto. Hablar un poco sobre él: cómo es, para que sirve, a qué les recuerda..., que se FIJEN BIEN. Después retirarlo y preguntar a cada uno cuál era el objeto que le había tocado. Si hace falta, ayudar dando pistas sobre cómo era el objeto, o diciendo la primera sílaba, etc.
- Decir un plato del menú de hoy. Hablar un poco sobre este plato, preguntando si les gusta, qué ingredientes lleva, cómo se prepara etc. Contar o hacer algo (como un chiste o una adivinanza) y después preguntar cuál era el plato del menú de hoy. Ayudar con pistas si es necesario. Volver a preguntar al terminar la sesión.
- Recordar en qué pueblo nacieron, los nombres de sus familiares, las cosas a las que se dedicaron, etc.

Cada MIERCOLES, tras una de esas actividades para la memoria, hacer un rato de **REMINISCENCIA**:

Consiste en estimular la conversación RECORDANDO algún aspecto del PASADO: la familia, costumbres de antes, modas antiguas, profesión o actividades que realizaron, etc. Se pregunta sobre el tema elegido ese día, y se anima a que cuenten sus recuerdos y anécdotas al respecto. PERO... es MUY IMPORTANTE com-

parar CONTINUAMENTE lo que recuerden, con lo que es AHORA. Por ejemplo: antes llevaban faldas largas y sombrero, ahora no; antes trabajaban, ahora se han jubilado; antes criaron a sus hijos, ahora sus hijos son adultos y les han dado nietos...

Si alguien insiste en “quedarse en el pasado”, por ejemplo *“mi madre me acompaña para venir aquí”*, no llevarle la contraria, cambiar de tema y, al cabo de un rato, insistir en cómo es el PRESENTE.

#### **4. Repasar**

En voz alta la información básica: fecha, hora, dónde están, qué harán a continuación: la comida, otras actividades, o lo que sea. Recordar el MENU para hoy.

#### **ESTIMULACIÓN (11'30-13'45 / 14'00-15'30)**

11'30-12'00. -Cuidado de plantas

12'00-12'45. -Música y conversación

12'45-13'45. -Televisión y conversación

14'00-15,30. -Juegos

#### **ACTIVIDAD FÍSICA**

#### **TERAPIA OCUPACIONAL (17'00-18'00)**

##### **Actividad**

- Espacio-Temporal / Lateralidad
- Ritmos (el ritmo puede ser provocado por estímulos visuales o auditivos, al principio deben ser idénticos, comenzar con ritmos sencillos).

##### **Materiales**

- Pelotas, globos, música, espejo...

##### **Juegos**

- Palmadas, golpes en la mesa, zapatazos... siguiendo las instrucciones del monitor.
- Repetir secuencias de ritmos (sugeridos por nosotros -pon, pon pon, pon, pon pon...-, por la música (melodías) o libres, movimientos).
- Identificar sonidos largos y cortos
- Decir palabras cortas y largas (pan - ayuntamiento), decir palabras por sílabas (co-me-dor), deletrear palabras (M-a-r-c-e-l-i-n-a), leer una frase escrita con todas las palabras juntas y separarlas (Hoyhaceundíamuycaluroso).

Cumplimiento de ordenes (¡Dame el globo con la mano derecha!, ¡Tócate la nariz con la mano izquierda!).

### **ESTIMULACIÓN (18'00-19'00)**

Televisión y conversación

### **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (en los momentos adecuados)**

#### ***Aseo personal***

- Peinarse
- Lavarse las manos y la cara
- Limpiarse los dientes o la dentadura
- Afeitarse
- Darse crema
- Pintarse
- Cuidarse las uñas

### **JUEVES**

### **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (10'00-10'45 y en los momentos adecuados)**

#### ***Movilidad***

- Sentarse en una silla y ponerse de pie
- Acostarse y levantarse de la cama

### **ORIENTACION EN LA REALIDAD (10'45-11'30)**

#### **1. Presentación**

- Que digan sus nombres y se saluden dándose la mano. Procurar que digan también el nombre de los otros/as.

#### **2. Información básica**

- **Pizarra** (escribir fecha y, si es una fecha señalada como festividad, inicio o fin de mes, etc., anotar algo que lo haga recordar); **calendario** (marcar el día); recordar el tiempo que hace y la época del año hablando de la ropa que hoy lleva la gente en la calle.

Lanzar por turnos un dado grande. Cada cual tira dos veces seguidas, suma los puntos que ha sacado (CALCULO), y recuerda el día que es hoy. Le entrega el dado a quien está A SU DERECHA, o bien A SU IZQUIERDA (lo que se le pida), para que distinga una de otra. El o la de al lado repite la operación.

### **3. Actividad de hoy**

#### **Reconocimiento auditivo**

- Por turnos, taparle los ojos a alguien y hacer a su lado UN ruido con un objeto: cortar con tijeras, o batir en un plato con un tenedor, o echar agua en un vaso, o revolver el agua con una cucharilla..., o bien toser, aplaudir...
- Tiene que acertar lo que era el ruido. Un sonido para cada persona.
- Si alguien no quiere vendarse los ojos, hacer el ruido a un lado de su oído pero sin que mire.
- Si la persona no oye bien, dedicarle un ruido "fuerte", como aplaudir en su oído, etc., o bien imitar una acción con un gesto par que acierte viendo la MIMICA en vez de escuchando.
- CONVERSACION sobre algún tema de la actualidad: alguna noticia llamativa del periódico, que demuestre cómo es el presente, por ejemplo. O bien sacar cualquier tema sencillo: gustos en la comida, en el vestir, etc., pero sin hablar del pasado: para eso haremos, otro día, reminiscencia.

### **4. Repasar**

En voz alta la información básica: fecha, hora, dónde están, qué harán a continuación: la comida, otras actividades, o lo que sea. Recordar el MENU para hoy.

#### **ESTIMULACION (11'30-13'45 / 14'00-15'30)**

11'30-12'00. -Cuidado de animales

12'00-12'45. -Lectura y conversación

12'45-13,45. -Televisión y conversación

14'00-15'30. -Juegos

#### **ACTIVIDAD FÍSICA (15'30-16'30)**

#### **TERAPIA OCUPACIONAL (17'00-18'00)**

##### **Actividad**

- Reflejos.
- Destreza, habilidad, precisión.

### **Materiales**

- Pelotas, globos, juegos de madera, legumbres, palillos...

### **Juegos**

- A, e, i, o, u.
- Bolos.
- Encestar.
- Recibir y pasar la pelota.
- Hacer filas de palillos.
- Insertar, con los juegos de madera.
- 3 en raya.

### **ESTIMULACIÓN (18'00-19'00)**

- Televisión y conversación.

### **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (en los momentos adecuados)**

#### **Movilidad**

- Sentarse en una silla y ponerse de pie
- Acostarse y levantarse de la cama

### **VIERNES**

### **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (10'00-10'45 y en los momentos adecuados)**

#### **Habitación**

- Hechura de cama
- Ordenar el armario
- Cuidado de la ropa
- Limpieza, orden, adornar y personalizar la habitación

### **ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD (10'45-11'30)**

#### **1. Presentación**

Que digan sus nombres y se saluden dándose la mano. Procurar que digan también el nombre de los otros/as.

## 2. Información básica

- **Pizarra** (escribir fecha y, si es una fecha señalada como festividad, inicio o fin de mes, etc., anotar algo que lo haga recordar); **calendario** (marcar el día); recordar el tiempo que hace y la época del año mirando por la **ventana**.
- Que cada cual escriba en un papel su nombre y apellidos, y el día en que estamos.

## 3. Actividad de hoy

**"CLASIFICACION"**. Elegir UNA de estas actividades cada viernes.

- Colocar sobre la mesa objetos cotidianos, y entre todos, ordenarlos según para qué se usan: por turnos, cada uno coge un objeto, dice qué es y para qué se usa, y lo coloca en un montón junto a los que sirvan para lo mismo. Por ejemplo: cubiertos, útiles de aseo, platos de varios tamaños, útiles de escribir, etc.
- Que nos ayuden a "poner en orden" legumbres u objetos más grandes, como regletas o piezas geométricas: siguiendo el método de la actividad anterior, pedirles que vayan colocando juntas las cosas QUE SE PARECEN EN ALGO: el color, el tamaño, la forma...
- Puede ponerse todo sobre la mesa, o bien repartir un montoncito a cada persona, pero todos clasificarán de la misma manera que hayamos pedido: por el color, o por el tamaño, o por la forma...
- Hacer una lista de ... ANIMALES, FRUTAS y ROPAS, por ejemplo. A cada persona, decirle una palabra y que diga qué es (animal, fruta o ropa). Si necesita ayuda, decir, por ejemplo: **"manzana: es una fruta o un animal?"**.

CONVERSACION sobre algún tema de la actualidad: alguna noticia llamativa del periódico, que demuestre cómo es el presente, por ejemplo. O bien sacar cualquier tema sencillo: gustos en la comida, en el vestir, etc., pero sin hablar del pasado: para eso haremos, otro día, reminiscencia.

## 4. Repasar

En voz alta la información básica: fecha, hora, dónde están, qué harán a continuación: la comida, otras actividades, o lo que sea. Recordar el MENU para hoy.

### ESTIMULACIÓN (11'30-13'45 / 14'00-15'30)

11'30-12'00. -Cuidado de plantas

12'00-12'45. -Lectura y conversación

12'45-13'45. -Televisión y conversación

14'00-15'30. -Salidas y conversación opcional: Juegos

### **ACTIVIDAD FISICA (15'30-16'30)**

### **TERAPIA OCUPACIONAL (17'00-18'00)**

#### **Actividad**

- Escribir
- Dibujo figuras geométricas

#### **Materiales**

- Lápices, hojas, figuras geométricas de madera, bloques lógicos...

#### **Juegos**

- Escribir los datos básicos de Orientación en la Realidad (el nombre propio, el día, el santo, el pueblo, el menú...).
- Copiar letras, palabras... con modelo y/o dichas verbalmente
- Copiar figuras geométricas según modelo, esquema y/o dichas verbalmente.

### **ESTIMULACIÓN (18'00-19'00)**

- Televisión y conversación

### **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (en los momentos adecuados)**

#### **Habitación**

- Hechura de cama
- Ordenar el armario
- Cuidado de la ropa
- Limpieza, orden, adornar y personalizar la habitación

## **SÁBADO**

### **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (10'00-10'45 y en los momentos adecuados)**

#### **Alimentación y movilidad**

- Utilizar cubiertos
- Beber en vaso
- Mostrar hábitos apropiados en la mesa
- Sentarse en una silla y ponerse de pie
- Acostarse y levantarse de la cama



## **ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD (10'45-11'30)**

### **1. Presentación**

- Que digan sus nombres y se saluden dándose la mano. Procurar que digan también el nombre de los otros/as.

### **2. Información básica**

- **Pizarra** (escribir fecha y, si es una fecha señalada como festividad, inicio o fin de mes, etc., anotar algo que lo haga recordar); **calendario** (marcar el día); recordar el tiempo que hace y la época del año mirando por la **ventana**.

### **3. Actividad de hoy**

“ESTIMULACION SENSORIAL”. Elegir UNA O DOS de estas actividades e ir cambiando cada sábado:

- Darles a TOCAR un objeto BLANDO (esponja) y uno DURO (regleta): que digan cómo es cada uno, en qué se diferencian, a qué otras cosas, duras y blandas, les recuerda.
- Dar a TOCAR un trapo SUAVE y otro ASPERO (trozo de lija o similar): hacer notar la diferencia entre ambos, cuál es más suave, que se lo pasen por las manos, etc.
- Ir pasando un vaso CALIENTE (calentar en el microondas) y otro FRÍO: que digan cuál está caliente, cómo notan la diferencia, que se lo pasen por las manos y la cara, decir si prefieren lo caliente o lo frío...
- Lo mismo que en la actividad anterior, pero pasándose un TRAPO HUMEDO y otro SECO.
- Darles a OLER cosas con aroma fuerte: comidas, bebidas como el café, productos de limpieza, colonias, flores, cremas... Comentar qué olor les gusta o cuál les disgusta, ver si se dan cuenta de lo que es, a qué les recuerda, etc.

CONVERSACION sobre algún tema de la actualidad: alguna noticia llamativa del periódico, que demuestre cómo es el presente, por ejemplo. O bien sacar cualquier tema sencillo: gustos en la comida, en el vestir, etc., pero sin hablar del pasado: para eso haremos, otro día, reminiscencia.

### **4. Repasar**

En voz alta la información básica: fecha, hora, dónde están, qué harán a continuación: la comida, otras actividades o lo que sea. Recordar el MENU para hoy.

## **ESTIMULACIÓN (11'30-13'45 / 14'00-15'30)**

11'30-12'00. -Cuidado de animales

12,00-12,45. -Salida y conversación opcional: Juegos (cartas, parchís)

12'45-13'45. -Televisión y conversación

14'00-15'30. -Música y conversación

### **ACTIVIDAD FISICA (15'30-16'30)**

### **TERAPIA OCUPACIONAL (17'00-18'00)**

#### **Actividad**

- Motricidad Fina
- Coordinación general, visomotriz.
- Lateralidad
- Ritmos

#### **Materiales**

- Legumbres, juegos de madera, papel, plastilina, puzzles, cuerdas, pelotas, globos, música, espejo...

#### **Juegos**

- Hacer bolitas con papel y/o plastilina
- Modelar figuras geométricas en plastilina, imitar modelos.
- Insertar/introducir legumbres y/o bolitas de papel en botellas y vasos.
- Hacer nudos en una cuerda y después soltarlos.
- Puzzles de dos/tres piezas.
- Juegos de puntería (encestar bolitas, pelotas... en vasos, en el cubo de la basura...).
- Palmadas, golpes en la mesa
- Repetir secuencias de ritmos (sugeridos por nosotros, por la música o libres, movimientos).
- Cumplimiento de ordenes (¡Dame el globo con la mano derecha!, ¡Tócate la nariz con la mano izquierda!).

### **ESTIMULACIÓN (18'00-19'00)**

- Televisión y conversación

### **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (en los momentos adecuados)**

#### **Alimentación y movilidad**

- Utilizar cubiertos

- Beber en vaso
- Mostrar hábitos apropiados en la mesa
- Sentarse en una silla y ponerse de pie
- Acostarse y levantarse de la cama

## **DOMINGO**

### **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (10'00-10'45 y en los momentos adecuados)**

#### ***Vestido y aseo personal***

- Ponerse/quitar ropa
- Atar/desatar cordones
- Elegir la ropa
- Peinarse
- Afeitarse
- Darse crema
- Pintarse
- Cuidarse las uñas

### **ORIENTACIÓN EN LA REALIDAD (10'45-11'30)**

#### **1. Presentación**

Que digan sus nombres y se saluden dándose la mano. Procurar que digan también el nombre de los otros/as.

#### **2. Información básica**

- **Pizarra** (escribir fecha y, si es una fecha señalada como festividad (HOY, por ejemplo, DOMINGO), inicio o fin de mes, etc., anotar algo que lo haga recordar); **calendario** (marcar el día); recordar el tiempo que hace y la época del año mirando por la **ventana**.
- Repartir una carta a cada. Quien reciba la más alta, debe recordar (con más o menos ayuda) la fecha de hoy. Así, varias rondas.

#### **3. Actividad de hoy**

##### ***Reconocimiento táctil***

- Introducir varios objetos fácilmente reconocibles en una bolsa que no sea transparente. Por turnos, taparles los ojos y entregarles alguno de los objetos para que los toquen, sin mirar, y digan de qué objeto se trata.

- Como siempre, en caso necesario, ofrecer ayuda en forma de pistas: cómo es ese objeto, de qué está hecho, para qué sirve, etc. hasta que acierte.
- Aprovechar el domingo para hacer un poco de REMINISCENCIA: estimular la conversación RECORDANDO algún aspecto del PASADO: la familia, costumbres de antes, modas antiguas, profesión o actividades que realizaron, etc. Se pregunta sobre el tema de hoy: LOS DOMINGOS.
- Se anima a que cuenten sus recuerdos y anécdotas al respecto: qué se hacía antes el domingo, a dónde iban, cómo se divertían... PERO... es MUY IMPORTANTE comparar CONTINUAMENTE lo que recuerden, con lo que es AHORA: qué hace hoy la gente, qué nuevas costumbres, medios de transporte, precios de las cosas hay, etc. para pasar el domingo.

#### **4. Repasar**

En voz alta la información básica: fecha, hora, dónde están, qué harán a continuación: la comida, otras actividades, o lo que sea. Recordar el MENU para hoy.

#### **ESTIMULACIÓN (11'30-13'45 / 14'00-15'30)**

11'30-12'00. -Cuidado de animales

12,00-12,45. -Salida y conversación opcional: Juegos (cartas, parchís)

12'45-13'45. -Televisión y conversación

14'00-15'30. -Música y conversación

#### **ACTIVIDAD FÍSICA (15'30-16'30): Ciclos 2 o 4**

#### **TERAPIA OCUPACIONAL (17'00-18'00)**

##### **Actividad**

- Creatividad
- Modelado
- Dibujo
- Collage
- Reflejos.
- Destreza, habilidad, precisión.

##### **Materiales**

- Plastilina, lápices, pinturas, revistas, pelotas, globos, juegos de madera, legumbres, palillos...

##### **Juegos**

- Dibujo libre, copia de dibujos, tema sugerido.

- Recortar y pegar.
- A, e, i, o, u.
- Bolos.
- Encestar.
- Recibir y pasar la pelota.
- Hacer filas de palillos.
- Insertar, con los juegos de madera.
- 3 en raya.

### **ESTIMULACIÓN (18'00-19'00)**

- Televisión y conversación

### **ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (en los momentos adecuados)**

#### ***Vestido y seo personal***

- Ponerse/quitar ropa.
- Atar/desatar cordones.
- Elegir la ropa.
- Peinarse.
- Darse crema.
- Pintarse.
- Cuidarse las uñas.



## **8. La calidad y mejora continua en Centros de Día**





## **8. LA CALIDAD Y LA MEJORA CONTINUA EN CENTROS DE DÍA PARA PERSONAS MAYORES**

La calidad es hacer bien lo que hay que hacer desde el primer momento, es el conjunto de aquello que satisface las necesidades del destinatario o cliente y el conjunto de características de un producto o servicio que tiene la habilidad de satisfacer las necesidades del cliente. Por lo tanto la mejor calidad es la que satisface los requerimientos especificados por el cliente y usuario al menor coste para él (eficacia y eficiencia). Es necesario definir claramente por tanto quién es el cliente de nuestro servicio. En los centros de día se puede decir que la persona persona mayor que atendemos y su familia son los clientes principales. Es importante señalar que también existen clientes internos que dependen del servicio que les tenemos que ofrecer para desempeñar sus funciones y realizar las tareas y actividades correspondientes adecuadamente.

La calidad se debe definir tanto en cuanto a la calidad del diseño y del servicio como a la calidad que desea el cliente. En nuestro entorno debemos definir:

- Calidad de atención
- Calidad del recurso
- Calidad de los programas

El concepto de calidad ha evolucionado en las organizaciones desde la idea del control de calidad y el aseguramiento de la calidad hasta la calidad total, la mejora continua y la gestión por procesos. La perspectiva de implantación de sistemas de calidad, tanto desde el aseguramiento, como por ejemplo a través de la norma UNE-EN ISO 9001:2000 en el campo de los servicios sociosanitarios, como de la mejora continua según el modelo EFQM es imprescindible conocer el nivel de satisfacción de los clientes, y orientar la organización hacia la satisfacción de los mismos. La orientación al cliente es una de las principales características de estos enfoques.

Hoy en día hablamos de la Gestión Integral de la calidad, del medio ambiente y de la gestión de riesgos laborales. Hemos pasado así de la idea de la búsqueda de la calidad de los productos y servicios a la búsqueda de la calidad de la empresa. Si en los años 40 y 50 la calidad era entendida como un lujo, en los años 60 como un



coste, en los 70 como un medio de venta y en los 80 como un medio de obtener beneficios actualmente se entiende que es un tema estratégico.

Con la creciente importancia de la competitividad, de la creación e innovación en la empresa, la calidad ya no solo se entiende como el logro de cero defectos, averías, retrasos, stocks, y papeles ( en el caso del centro de día: el retraso en los ingresos, la existencia de plazas no cubiertas, los riesgos de cidas superiores al estandar...) sino en positivo como un sistema de gestión integral, lo cual aporta grandes ventajas a las empresas y centros de atención sociosanitaria y psicosocial a personas mayores.

¿Quién define la calidad? ¿El profesional, el gestor o director o el usuario/cliente? En un primer momento se ha visto como determinante la relación entre proveedores-empresa-clientes buscando la máxima satisfacción de todas las partes, también se establecieron departamentos específicos de calidad, pero además es muy importante entender que la calidad es cosa de todos y no solo de un departamento especializado en este tema. El trabajo en equipo y de carácter interdisciplinar es fundamental para lograr los objetivos que nos marcamos desde este enfoque, a la vez que este mismo sistema ayuda enormemente a trabajar de manera transversal e interdisciplinar.

Una de las claves de estos sistemas es conseguir el consenso de la organización y de los equipos en la descripción de los procedimientos y procesos para lo cual son los propios equipos que realizan las actividades quienes deben participar en dicha definición, lo cual añade la virtud de ser una gran herramienta para impulsar la interdisciplinariedad y el compromiso con lo que se hace.

En el centro de día el procedimiento de valoración deberá ser descrito por un equipo y un responsable del mismo. El equipo deberá estar compuesto por personas, profesionales representativas de todas las disciplinas y centros en los que se aplique el procedimiento. Esto lo describirán y el responsable lo gestionará haciendo que se apruebe por el comité de calidad, se ejecute tal cual se ha definido y en caso contrario se revise cuantas veces haga falta.

Un sistema de gestión basado en la calidad necesita en un primer momento un compromiso decidido de la dirección, la organización del proyecto, una adecuada presentación del mismo en primer lugar al Comité directivo y a los mandos intermedios y en segundo lugar a toda la organización. Es necesario un buen entrenamiento y formación tanto en aspectos sistémicos, técnicos como relacionales y de trabajo en equipo. A partir de estos pasos se deben establecer métodos de evaluación y objetivos de calidad, planes de mejora, grupos de mejora, auditorías internas y externas, áreas de mejora, etc.

Se debe hacer un énfasis especial en la reducción de defectos y de costes de no calidad, retrasos, incumplimientos de procedimientos, etc., así como en incrementar el valor en cada uno de los pasos de cada procedimiento para lograr la

máxima satisfacción del cliente: en un centro de día el equipo y las personas nunca se deben limitar a trabajar a demanda (tal y como se hacía en el enfoque asistencialista, sino de manera programada, proactiva y siguiendo unos objetivos determinados tanto para el propio centro como para cada uno de los sujetos y familias atendidas ).

Por tanto uno de los aspectos más importantes es conocer la planificación general de la organización estableciendo los siguientes pasos:

**Planificación ⇒ Programas ⇒ Sistemas ⇒ Métodos ⇒ Estilo**

para lograr el objetivo final de Calidad de vida de las personas mayores y sus familias y la máxima satisfacción del Cliente. Esta estructura debe consensuarse con las personas, con los profesionales , los voluntarios y con las personas mayores y sus familias. La persona mayor cuando esta mentalmente capaz y su familia deben conocer los modelos de atención de la empresa o institución, deben saber cual es la misión , visión y valores de la organización, cómo trabajamos etc.

En primer lugar se debe lograr una adecuada definición del recurso: Debemos analizar conjuntamente nuestra identidad ¿Es una atención que ofrecemos en una residencia o Centro Gerontológico y que no se diferencia en nada de la que damos a los residentes o disponen de un espacio propio con un programa definido y diferenciado? ¿Hablamos de un centro de día o de atención diurna? ¿Qué es un centro sociosanitario? ¿Cómo lo definimos?

En un primer momento de implantación de un sistema de calidad debemos definir adecuadamente la identidad de la empresa: la misión, visión y valores, quienes somos, qué hacemos y para qué y en qué creemos, y en los centros de atención a las personas debemos definir nuestro modelo de centro: Qué es un Centro de día, qué características debe tener: ¿debe ser versátil?, flexibilidad, polivalencia, adaptabilidad son terminos que deben ser parte de nuestra identidad y manera de hacer. etc.

Igualmente debemos tener claro qué **no** es y no debe ser un Centro Gerontológico o centro de día : debemos evitar el modelo Institucional, los modelos caritativos, hosteleros, sanitarios, asistencialistas exclusivamente o la falta de profesionalización. Debemos identificar cómo lo ubicamos en relación a otros recursos, qué objetivos se marca como la Calidad de vida de la persona mayor y de la familia: Autonomía, Derechos, Principios, Valores,...

Debemos saber para quién es este centro, para quién trabajamos, quién es nuestro cliente? Los perfiles de los usuarios, el papel de las familias como clientes, las instituciones, etc. así como con quién desarrollamos nuestra actividad: solos?, con las entidades de voluntariado, sistema de salud, instituciones educativas, etc.? eben ser aspectos que todos los miembros de la organización tengan claro.

El Esquema básico del control de calidad supone definir el nivel de calidad una vez conocidas las necesidades de los pacientes y evaluar la calidad, esto es:

- 1) Medir.
- 2) Comparar con criterios y estándares.
- 3) Analizar diferencias.
- 4) Priorizar problemas.
- 5) Corregir los defectos y solucionar problemas.
- 6) Propuesta de medidas correctoras.
- 7) Reevaluar.

Sistematización: "Sustituir la buena voluntad por el método"

### 8.1. Aseguramiento de la calidad

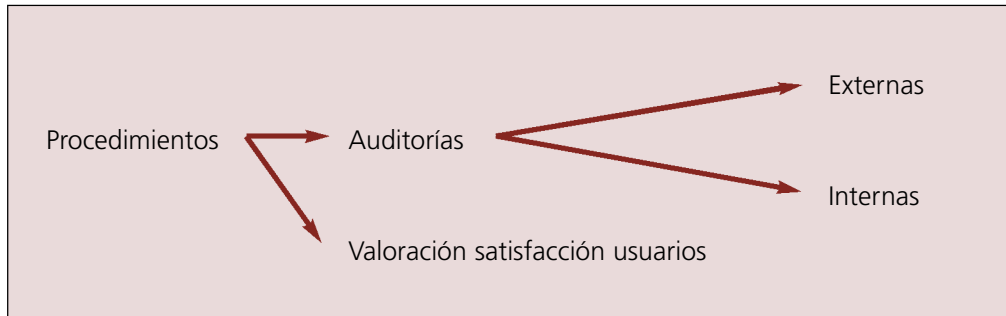
El enfoque del aseguramiento de la calidad es un planteamiento fundamentalmente garantista que permite objetivar lo que hacemos de manera que podamos evaluarlo y garantizar por tanto que hacemos lo que decimos que hacemos y de la manera en que lo hemos dicho. Por tanto es importante escribir lo que hacemos, cómo lo hacemos, consensuado entre los que lo hacemos, y hacer las cosas tal y cómo lo hemos escrito.

El ciclo del sistema de gestión de calidad implica los siguientes pasos:

Escribe qué es lo que haces	Planifica
Justifica lo que haces	Actúa
Haz lo que dices	Recopila
Archiva lo que hiciste	Examina
Revisa lo hecho	Mejora
Corrige lo que harás	Modifica a través de Acciones correctoras y/o preventivas

El Aseguramiento de la calidad, según la Norma Une-En-Iso 9001-2000 incluye el establecimiento del manual de calidad, que supone el compromiso de la empresa respecto a los requisitos de la norma, así como el establecimiento de procedimientos particulares y generales: quién hace qué, cuando, como, donde, con qué medios, por qué y para qué, de Instrucciones de trabajo: cómo se llevan a cabo tareas específicas y de Registros de los datos que se obtienen de esas actividades.

Igualmente supone una adecuada gestión de sugerencias, quejas y reclamaciones, productos no conformes desde un punto de vista correctivo y preventivo.



## 8.2. La Gestión de procesos y Mejora continua

La Gestión de procesos y Mejora continua supone un paso más allá del propio aseguramiento. Siguiendo el modelo EFQM se incluyen los siguientes aspectos de la empresa:

- Liderazgo
- Gestión de personas
- Política y estrategia
- Recursos y alianzas
- Procesos
- Satisfacción del personal
- Satisfacción del cliente
- Satisfacción de la sociedad
- Resultados clave.

La gestión por procesos conlleva un proceso que abarca los siguientes pasos:

- Identificar y gestionar los procesos necesarios
- Determinar la secuencia e interacción en dichos procesos
- Determinar los métodos y criterios para asegurar el funcionamiento efectivo y el control de los procesos
- Medir
- Realizar seguimiento
- Analizar los procesos
- Implantar las acciones necesarias para lograr los resultados planificados y la mejora continua

- Asegurar la disponibilidad de la información necesaria para apoyar el funcionamiento efectivo y realizar el seguimiento de los procesos

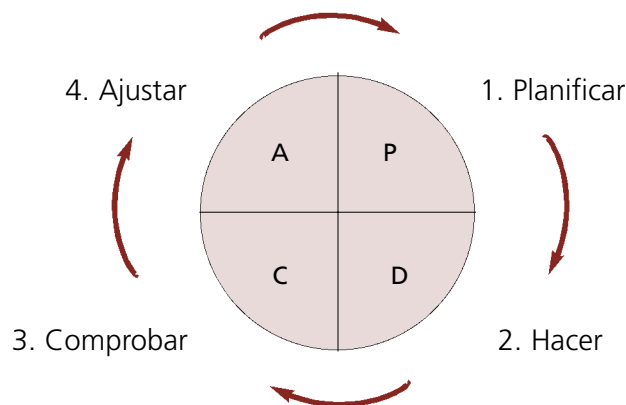
Es por tanto un sistema más avanzado de gestión con una potencialidad mucho mayor.

### **8.3. Análisis PDCA de los Procesos**

La metodología basada en el Análisis PDCA de los Procesos:

- Documenta la situación del proceso actual.
- Permite actualizar los análisis en ciclos posteriores.
- Elaborado por el propietario del proceso.
- Participan las personas involucradas.
- Aprobado por el Equipo directivo.
- Y consiste en establecer una rutina que siga los siguientes pasos:

#### **Análisis PDCA de los Procesos**



#### **P – Plan –Planificar**

- Definir cómo debemos ejecutar el proceso.
- Establecer indicadores y definir el método de seguimiento.

#### **D – Do – Hacer**

- Verificar el grado de cumplimiento de lo planificado para el proceso.
- Verificar el despliegue alcanzado.

#### **C – Check – Comprobar**

- Evaluar

#### **A – Act - Ajustar**

- Analizar las mejoras que ha habido en la gestión del proceso.

- Transformar las lecciones aprendidas durante el análisis PDCA en nuevas acciones de mejora.

Siguiendo esta metodología se dan los siguientes pasos:

- 1) Definición de los procesos propios del centro de día.
  - Atención a la persona mayor y su familia en el centro.
  - Ingreso y preingreso.
  - Valoración.
  - Programas: matriz áreas/estadiaje.
  - Servicios.
  - Alta, traslado, fallecimiento.
  - Intervención con familias.
  - Procedimientos de enfermería: prevención de incontinencias, de úlceras, de caídas, de movilización, etc.
- 2) Definición del cliente y del servicio o producto a ofrecer.
- 3) Qué hacemos en el centro de día?. Se determina quién es el responsable de cada proceso y quienes forman parte del equipo de proceso con carácter interdisciplinar.
- 4) Se detallan los diagramas de flujo de proveedores y entradas, de actividades que realizamos y de salidas y clientes, así como de todo el proceso.
- 5) Establecimiento de indicadores de calidad en cada caso

Un indicador es una dimensión definida de la calidad o la idoneidad de un aspecto del servicio o de los cuidados. Es un parámetro consensuado que sirve de referencia para evaluar la calidad de la asistencia psicosocial y sociosanitaria. Son las características de calidad referidas a un aspecto importante de la atención psicosocial y sociosanitaria que hay que considerar cuando se realiza el control de calidad de la misma.

Algunos indicadores cuantitativos pueden ser:

- N° de estancias.
- Porcentaje de ocupación.
- N° de visitas de familiares.
- N° de visitas al médico de atención primaria.
- Resultados de las pruebas objetivas: MEC; SPMSQ, GDS, FAST, etc.
- N° de sesiones y programas en que participan.

Tiempo (en días) que tiene que esperar el usuario desde la solicitud hasta el ingreso.

- Ratios personal / usuarios.
- Ratios m<sup>2</sup>/usuarios.
- N° sesiones informativas, formativas, etc. con familiares y participantes.
- N° de visitas de familiares y amigos.
- N° de visitas de personas, asociaciones... del barrio.
- N° de salidas a otros centros.
- N° de revisiones del procedimiento.
- Porcentaje de personas mayores satisfechas (según cuestionario de satisfacción).
- Porcentaje de familiares satisfechos (según cuestionario de satisfacción).
- Porcentaje de trabajadores satisfechos (según encuesta de clima laboral).

Indicadores Cualitativos pueden ser la existencia de:

- Documento de bienvenida.
- Normativa, reglamento.
- Derechos y deberes.
- Contrato.
- Procedimiento de incapacitación.
- Comisión de ética asistencial.
- Informes de adaptación y resultados de la valoración.
- Programas en todas las áreas de intervención.
- Manuales de buena práctica.

Además es conveniente la utilización de sistemas estandarizados de evaluación.

Los Criterios son las características predeterminadas de la atención psicosocial y sociosanitaria, deseables o indeseables que se comparan con la asistencia prestada. Son normas que se contrastan con los aspectos de la calidad de un servicio de un programa o de una actividad. Es que la aplicación de un patrón al fenómeno que se quiere medir, indicativo de la calidad de la asistencia psicosocial y sociosanitaria.

Los Estándares son el valor del criterio que señala el límite diferenciador entre la calidad aceptable y la inaceptable. Es la norma establecida por el centro expresada numéricamente por el valor medio mas las tolerancias que fija los márgenes delimitadores del grado de calidad aceptable.

Los Indices: son el Grado de cumplimiento de un estándar en una situación determinada expresado en porcentaje.

Tipos de indicadores a considerar			
Indicador	Modo de cálculo	Periodicidad	Responsable
Nº de no conformidades	Auditoría interna/externa	Anual	Director de Centro
% de personas que han tenido familiares en las reuniones	Acta de la reunión	Semestral	Director de Centro
% de usuarios y familiares satisfechos	Encuesta de satisfacción	Anual	SAU
% de personas satisfechas	Encuesta de clima laboral	Anual	Dpto. Gestión de Personas
Resultados de Barthel	Valoración	Anual	Dirección de Centro
Resultados de Lawton	Valoración	Anual	Dirección de Centro
Resultados de FAST	Valoración	Anual	Dirección de Centro
Resultados de COOP-WONCA por apartados. (actividad física, sentimientos, dificultad del AVD, dolor, Salud, Cambios de estado de salud y calidad de vida).	Valoración	Anual	Dirección de Centro
% de clientes institucionales satisfechos	Encuestas	Anual ( a diseñar)	SAU
Tiempo de resolución de las reclamaciones y sugerencias	P-1402	Anual	Director de Centro
Coste/estancia	Cuadro Mando	Anual	Director de Centro
% Ocupación	Cuadro Mando	Mensual	Director de Centro
Ratio personal/estancia	Cuadro Mando	Mensual	Director de Centro

#### 8.4. Valoración de la calidad de atención

Cuando valoramos la calidad de la atención que ofrecemos debemos tener claro qué es evaluar, para qué se evalúa, quien lo va a hacer y cómo, cuando, qué información introducir y cual no incorporar. Debemos considerar los siguientes tipos de evaluación:

- Evaluación centrada en el sujeto y familia.
- Descripción según dimensiones.
- Conocer capacidades y limitaciones.
- Diseñar planes de atención individualizada.
- Valorar resultado de las intervenciones.
- Seguimiento de la evolución de cada sujeto.



Valoración de la familia:

- Como cuidadores y por tanto su capacidad de afrontar problemas y ofrecer apoyo social, afectivo, instrumental, las cargas asistenciales, tanto físicas como emocionales.
- Como sistema propio y por tanto detectar las necesidades del sistema y sus miembros.
- Las expectativas como cliente receptor de servicios y satisfacción con los mismos.
- Con la familia sobre el sujeto.

Areas a valorar:

- Salud física
- Funcionamiento afectivo, funcionamiento cognitivo.
- HH funcionales
- Funcionamiento social
- Factores ambientales

La evaluación en cualquier caso como ya se ha dicho debe ser multidimensional

- Presentar garantía de fiabilidad y validez
- Ser adecuada para la problemática específica y Ser sensible a cambios
- Ser práctica y fácilmente aplicable para el evaluador y el cuidador y sencilla de interpretar.

La evaluación de programas debe incluir la evaluación del diseño, esto es cómo diseñamos y planificamos los siguientes pasos:

- Análisis de necesidades del grupo de población de que va dirigido al centro.
- Establecimiento de objetivos
- Distribución de recursos
- Evaluación de RRHH y materiales
- Evaluación de los objetivos: son claros, específicos, medibles, plausibles, compatibles entre sí, adecuados a las necesidades, formulados temporalmente y cuantificados.

La evaluación del proceso incluye el análisis de cómo hacemos las cosas, y cómo se registran, etc. y la evaluación de los resultados implica el establecimiento de indicadores y por tanto la necesidad de utilizar instrumentos de medida adecuados a las variables a medir. Se puede evaluar según los siguientes aspectos:

- **Eficacia:** ¿Se han alcanzado los objetivos del programa, en qué grado?
- **Eficiencia:** ¿Relación costos-beneficios responde a esos resultados conseguidos?
- **Efectividad:** Efectos sobre aspectos no relacionados con los objetivos, tanto positivos como negativos.

- Cobertura.	- Asesoramiento.	- Terapia ocupacional.	- Disponibilidad.
- Oferta de servicios.	- Educación.	- Terapia física.	- Nº de horas.
	- Actividad física.	- O.R.	- Accesibilidad física, administrativa y económica.
	- Actividades individuales y sociales.	- Actividades recreativas.	- Productividad.
	- Cuidados de salud - Información y consulta a formular.	- T. remotivación.	- Coeficiente de utilización.
	- Comedores.	- Socialización.	- Nº de prestaciones necesarias.
	- Evaluación integral.	- Supervisión.	- Nº de prestaciones realizadas.
		- Transporte.	- Tiempo.

Igualmente deben incluirse valoraciones globales del centro que relaciones todos los aspectos relevantes del mismo, desde los aspectos arquitectónicos, la organización, etc. y los objetivos que el equipo se marca con las personas atendidas, así el siguiente cuadro relativo a los derechos de las personas atendidas en centros para mayores , en relación a los diferentes aspectos de la vida del centro, condiciones ambientales, procedimientos etc. puede servir para trabajar en los equipos de proceso.

	INTIMIDAD	DIGNIDAD	AUTONOMÍA	ELECCIÓN	DERECHOS	SATISFACCIÓN	OTROS
ENTORNO FÍSICO							
PRÁCTICA ASISTENCIAL							
PERSONAL							
FORMACION DEL PERSONAL							
PROCEDIMIENTOS							
FICHAS							
TÉCNICAS E HISTORIALES							
DOCUMENTACIÓN							
HORARIOS, COMIDAS							
OTROS							

**INTIMIDAD.** Derecho de las personas a estar solas y a no ser molestadas, libres de intromisiones en sus asuntos

**DIGNIDAD.** Reconocimiento del valor intrínseco de la persona independientemente de cuales sean sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades, y dándole un trato respetuoso.

**AUTONOMÍA.** Posibilidad de actuar o de pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado.

**ELECCIÓN.** Posibilidad de elegir libremente entre un abanico de opciones diferentes.

**DERECHOS.** Mantenimiento de todos los derechos inherentes a la condición de ciudadano.

**SATISFACCIÓN.** Realización de las aspiraciones personales y desarrollo de las capacidades de cada persona en todos los aspectos de la vida cotidiana

(Basado en la adaptación realizada por el SIIS del libro "Las residencias son un lugar para vivir")

#### 8.4.1. Satisfacción del cliente

Desde el enfoque de la calidad total y la gestión por procesos la orientación al cliente es uno de los conceptos clave puesto que el objetivo de todas las actuaciones que realizan todos los profesionales en cada proceso es lograr un servicio final que llegue optimamente al cliente, en nuestro caso por ejemplo en el proceso de atención en centros de día a personas mayores y sus familias, ofrecer a estas el servicio adecuado con su máximo nivel de satisfacción.

La satisfacción del cliente es el resultado final de una serie de medidas que afectan al producto o servicio en si mismo, al soporte técnico que se da, a la docu-

mentación, a la información y a la calidad del servicio. Envuelve las relaciones entre el cliente y el suministrador. Hace que se establezca una relación de lealtad natural hacia el suministrador, precisamente por haber encontrado la calidad de servicio que exigía desde el principio y que exista una confianza plena entre las partes.

Por tanto la calidad de servicio implica escuchar al cliente, aprender de él lo que necesita, incorporarlo en el proceso y actuar en consecuencia. Un principio básico en nuestros servicios es que la potencialidad mayor del servicio esta en la relación que se establece. No tiene sentido hacer grandes esfuerzos en inversiones, etc. si se descuida este aspecto que determina siempre la valoración final del cliente. El usuario actual no demanda un servicio de mínimos, sino que exige que este sea de un determinado nivel. Nosotros trabajamos con las familias y los usuarios para determinar las características del servicio, el modelo etc. Para determinar la satisfacción del cliente se deben dar dos pasos principales: identificar los requisitos del cliente externo y asegurarse de que los procesos internos producen ese efecto. Igualmente se deben establecer buenos sistemas de gestión de las quejas, reclamaciones y sugerencias pues es este uno de los aspectos más importantes en la valoración de los usuarios.

#### **8.4.1.1. La utilización de cuestionarios de satisfacción**

El objetivo que se pretende con la elaboración, puesta en marcha y evaluación de los resultados obtenidos en las encuesta de Satisfacción es conocer cuál es la percepción de los usuarios/clientes acerca de los servicios que prestamos, con el fin de mejorarlos y llevar a cabo acciones correctoras que posteriormente se englobarán en el Plan Estratégico de cada centro, incrementando la Calidad de los servicios que estos prestan, y por consiguiente la Satisfacción de los clientes.

En el caso de atención a personas mayores y sus familiares (tal y como definimos nuestros "clientes" desde el modelo psicosocial) con altos niveles de dependencia y deterioro cognitivo se plantea la necesidad de conocer la opinión de los familiares, así como las imposibilidad de utilizar este instrumento en aquellas personas con un deterioro cognitivo importante, por ejemplo con un MEC inferior a 20).

Algunos items a evaluar con los clientes pueden ser los siguientes:

- A) Conocimiento previo, opinión y valoración del centro por parte de la persona mayor y su familia
- B) Conocimiento, opinión y valoración de todos los servicios ofertados dentro del centro. Se pregunta sobre la opinión, las características físicas, características de organización, de funcionamiento, etc.
  - 1) Valoración al ingreso.

- 2) Servicios hosteleros → cocina, lavandería, características físicas.
- 3) Horarios → visitas, salidas, frecuencias.
- 4) Apoyo social en el centro.
- 5) Personal → Trato, actitud.
- 6) Atención a necesidades → higiene, información.
- 7) Cuidados sanitarios.
- 8) Actividades → fuera y dentro del centro.
- 9) Organización del centro
- 10) Valoración del centro en general.

Finalmente, se abre un apartado que posibilita aportar cualquier sugerencia, para la mejora del centro.

Uno de los problemas que puede plantear estos cuestionarios es que parte de la opinión de estos clientes puede ser una opinión cautiva si quien pasa las pruebas o cuestionarios son miembros del equipo del propio centro.

Por otra parte siempre se debe de complementar los resultados de este tipo de instrumentos con las opiniones recogidas en reuniones o actividad grupal etc. y ponderar los mismos.

Señalar la importancia de evaluar también de manera complementaria el clima laboral del equipo profesional del centro pues una gran parte del resultado del servicio que ofrecemos vendrá determinado por el clima laboral, las condiciones laborales, los ratios de personal, la formación del mismo y los sistemas de motivación y reconocimiento de las personas que desempeñan su actividad profesional en el centro.

Como conclusiones respecto a los sistemas de calidad, mejora continua y gestión por procesos así como a la valoración de la calidad se puede afirmar que es necesario superar el enfoque garantista y hacer esfuerzos hacia la mejora continua y la excelencia un desarrollo en la definición de modelos y sistemas más profesionalizados, con enfoques psicosociales y sociosanitarios y con estilos de atención más personalizados, la necesidad de centros polivalentes que se adapten a las necesidades/estilos de vida/expectativas... de los clientes a quienes hay que percibir como tales y profundizar en el análisis de los conceptos de calidad de vida, calidad de atención y calidad de gestión.

## ASPECTOS A VALORAR EN LOS CENTROS

### Política de ingresos y altas

¿Hay un procedimiento de ingreso claro y que puedan conocer los usuarios y familiares antes del ingreso?

¿Existe un documento de bienvenida explicativo del centro, etc.?

¿Hay unos límites estrictos para el ingreso o continuidad de personas con diferentes niveles de dependencia y por ejemplo aquellos físicamente agresivos?

¿Hay un plan concreto y detallado para ajustarse a las necesidades de los clientes?

### Proporción personal-clientes

¿Se mantiene siempre la misma proporción de personal/usuarios? ¿Cual es?

¿Es adecuada para las características y necesidades de los usuarios?

¿Cambia si cambian las necesidades y condiciones de los usuarios?

¿Hay voluntarios y paraprofesionales que complementen la atención?

### Horario

¿Cual es el horario de apertura?

¿Todos los usuarios deben adaptarse al mismo horario o es flexible en relación a las necesidades de las personas mayores y/o sus familiares?

¿Esta planificado el día de trabajo con límites razonables de tareas?

¿Existen tiempos de preparación de actividades, de reuniones interdisciplinarias, de formación ?

### Formación

¿Se forma al personal al contratarsele?

¿Se le da algún documento explicativo del centro, de las características de las personas que va a tender ?

¿ La formación o las reuniones interdisciplinarias son en tiempo de trabajo ?

¿Existen reuniones informales periódicas con el personal ?

### Organización del programa

#### Recursos

¿Se dispone del equipamiento adecuado para la realización de actividades, juegos, terapias, actividades de la vida diaria como cocinar, etc.,?

Existe un programa terapéutico, de rehabilitación, de orientación etc. que abarque cuando menos las siguientes áreas: prevención de salud física, funciones cognitivas, funciones psicoafectivas, relaciones sociales y familiares, ocio y tiempo libre?

¿ Existe un programa de trabajo con los familiares?

### **Actividades**

Se ha establecido un programa de actividades que sea variado, flexible y adaptable a las particularidades de cada uno y que incluya actividades diferentes con objetivos claros y conocidos por todo el personal?

¿son actividades apropiadas para adultos o mayores con deterioro cognitivo y no son infantilizadoras?

¿Existen actividades y programas destinados a generar autoconfianza y satisfacción al usuario?

¿Existen actividades conjuntas usuario, personal, familia?

### **Liderazgo y trabajo en equipo**

¿Existe sensación de equipo?

¿Existe sensación de que se cuenta con todos?

¿se sienten los miembros del equipo involucrados y comprometidos con los objetivos?

¿Existe claridad y complementación en los roles profesionales?

¿Existe y se lleva a cabo una metodología interdisciplinar?

### **Equipo interdisciplinar**

¿Existe un enfoque interdisciplinar para el personal que tenga en cuenta diferentes perspectivas en el abordaje? ¿Se incluye a la familia y al voluntariado?

¿Existe un interés en reducir el stress del cuidador del personal que se refleja en las políticas de formación, en los tiempos etc.?

¿Existe una coordinación adecuada con el Centro de Salud y con el Centro de Salud Mental?

### **Autodeterminación e identidad propia**

¿Son los usuarios libres para participar o no en diferentes actividades?

¿Cómo se estimulan o adecuan las decisiones personales?

¿Cómo se reconocen los intereses, aptitudes y capacidades personales?

¿Como se tienen en cuenta en la planificación?

¿Se asegura que las actividades que se realizan sean exitosas?

### **Entorno físico**

#### **Seguridad**

¿Hay un sistema de seguridad bien planificado y eficaz pero relativamente discreto, como alarmas en puertas, vallas si hay jardín etc.?

¿Están las instalaciones adaptadas a las necesidades del usuario?

¿Están diseñadas de forma que las salidas no sean puntos de atracción para el usuario?

¿Hay timbres de llamada en los baños?

¿Las paredes y puertas están pintadas en función de criterios de orientación y teniendo en cuenta las limitaciones sensoriales etc. que pueden presentar los usuarios?

#### **Espacio y su disposición**

¿Se dispone de espacio suficiente para moverse, sentarse?

¿Los pasillos son seguros?

¿Existen espacios como un jardín o patio que permiten deambular?

¿Existen espacios diferentes para las diferentes actividades diarias como comidas, descanso, terapia, paseos etc.?

#### **Espacio para el personal**

¿Existen espacios propios en los que puedan descansar?

#### **Cuartos de baño**

¿Hay cuartos de baño accesibles y visibles, con puertas amplias, barras para sujetarse, etc. para que los usuarios los utilicen libremente cuando sea posible y apropiadas cuando es el personal quien tiene que ayudar al usuario?

#### **Autonomía e identidad**

¿Se permite al usuario decidir si estar acompañado o aislarse y preservar la intimidad?

¿Anima al usuario a decidir por si mismo como quiere estar?

#### **Modelo de atención psicosocial**

¿Pone el personal énfasis en las particularidades de la persona, así como en las capacidades y relaciones que conserva o la planificación y atención esta



centrada en el déficit y discapacidad que se considera inevitable debido a la enfermedad?

¿Intenta el personal crear un ambiente de cooperación con los clientes o se imponen las decisiones técnicas ?

¿Se negocian y estimula la participación en la toma de decisiones o es un aspecto técnico que se decide desde los profesionales?

¿Se trata a los clientes con respeto y dignidad propia de adultos mayores en vez de controlarles y decidir por ellos?

Se considera a estas personas sujetos con una identidad, con una historia, unas relaciones o se les percibe como "dementes"?

¿Se preservan y fomentan los derechos a la intimidad, a la dignidad, a la autonomía, a la elección, a la confidencialidad?

¿Existe un horario limitado de visitas o se estimula la interacción y las visitas y por tanto existe un espacio destinado a recibir las mismas en privado?

¿Se conocen y respetan los gustos y preferencias de los usuarios en la comida, en las actividades, en la televisión y música?

¿Se fomenta el mantenimiento de las habilidades para las actividades de la vida diaria?

¿Por ejemplo se estimula que se sirvan la comida o se vistan el abrigo ellos o se les sirve y viste sistemáticamente?

¿Existe un contrato entre el centro y el usuario o su representante legal?

(adaptado de Lyman, 1998)



## 9. Trabajo interdisciplinar, papel de los profesionales y estilo de atención





## **9. TRABAJO INTERDISCIPLINAR, PAPEL DE LOS PROFESIONALES Y ESTILO DE ATENCIÓN.**

La evolución de las organizaciones y de la propia cultura organizacional nos revela la creciente importancia del factor humano en las mismas. Hoy en día es este factor humano y su adecuada selección, formación, organización y motivación uno de los elementos determinantes de la calidad de esa organización y de los resultados que produce.

Atrás han quedado los tiempos en que la máquina era el factor determinante de la producción y del desarrollo y competitividad de una empresa. El desarrollo de las nuevas tecnologías comunicacionales hasta los, hoy ya usuales, correo electrónico, redes, y las nuevas herramientas que van apareciendo como internet con las páginas web interactivas con los usuarios y familiares, las comunidades virtuales en internet, etc. han supuesto un cambio determinante en lo relativo a la importancia de los cada vez más interrelacionados elementos que confluyen en cualquier organización.

Durante tiempo el desarrollo de un hardware más y más potente y rápido parecía ser el elemento principal que nos daba mayor capacidad productiva. Hoy en día el reto se plantea en el desarrollo de software, en el desarrollo de aplicaciones de estas tecnologías a las diversas necesidades que se plantean en cada centro de trabajo, esto es desarrollo y adecuada gestión del conocimiento, de la creatividad y de la innovación, todo ello directamente relacionado con el factor humano y la gestión de las personas.

Incluso el trabajo como tal está sufriendo un cambio drástico en muchas de sus características: tiempos, función social, entrada en el mercado laboral, desempleo, condiciones etc., lo cual influye en la práctica diaria y en el quehacer de cada uno de nosotros dentro de la organización.

Cuando nos centramos en organizaciones de servicios nos encontramos con la problemática de que los resultados que buscamos se dirigen o producen en los usuarios y personas atendidas, además son a veces difíciles de medir, en ocasiones son organizaciones de carácter público y en otras privado, pueden presentar un fin lucrativo o no, parece que en ocasiones están marcadas por la historia de

los servicios sociales como algo caritativo, en el caso de centros residenciales muy centrados en lo hostelero y/o sanitario etc.

¿Cómo podríamos definir al profesional que se dedica a este tipo de trabajo? Por su formación y serían así licenciados, diplomados etc. ; por el trabajo que realizan y serían por tanto, directores, planificadores, técnicos, administradores, clínicos, trabajadores sociales etc. ; por las categoría profesional y serían director de Centro de día, psicólogo de ....

Si además profundizamos más y analizamos sus funciones, la interrelación entre los mismos, los mecanismos de operativización de sus prácticas profesionales etc. podemos encontrarnos con situaciones verdaderamente necesitadas de un mayor y mejor desarrollo.

El espacio profesional en la intervención y tratamiento psicosocial se configura a partir de la interrelación entre diferentes elementos determinantes entre los que podemos señalar las necesidades sociales, las políticas e ideologías sociocognitivas por un lado y el desarrollo teórico y técnico de que disponemos para hacer frente y dar respuesta en esa realidad social a los objetivos de poder explicar y predecir diferentes hechos, así como de poder modificarlos.

En ocasiones se confunde disciplina y profesión, función y rol, etc., lo que provoca situaciones de difícil solución en la práctica diaria profesional.

En lo que respecta a la función podemos entenderla como el conjunto de actividades organizadas para ejecutar un fin u objetivo, mientras que el rol, tal vez sea solamente el papel que se ejerce en una determinada situación, espacio, relación social concreta. Se ha llegado a explicitar que son las instituciones las que determinan el rol social que les corresponde, según las necesidades del conjunto de la estructura social de un momento dado.

Por otro lado, muchas disciplinas de intervención psicosocial se basan en unas técnicas concretas sin un desarrollo teórico, sin un corpus de conocimiento, de manera que más parecen unas tecnologías sociales aplicadas. Si entendemos la técnica como el saber práctico que permite una utilización racional de unos instrumentos para obtener un resultado determinado. Sería el "cómo hacer" para conseguir un objetivo más o menos definido. Es un punto de vista operativo centrado en la aplicación de unos conocimientos que en ocasiones provienen de otras disciplinas. Sería la polaridad en la definición de rol entre aquel definido por sus conocimientos y aquel definido por su praxis.

### **9.1. Papel de los profesionales, paraprofesionales, voluntarios, familiares, estudiantes y sus quehaceres en un centro de atención a personas mayores**

¿Cuál es el papel del profesional en una estructura de estas características? ¿Cómo se organiza? ¿Cómo se implica en su organización? Partimos de un con-

junto de trabajadores que van desde el ordenanza, el responsable de conservación o mantenimiento, hasta el propio responsable de la dirección del centro pasando por auxiliares de clínica, ATS, y médico en el Departamento Médico, monitores de tiempo libre, trabajadores sociales, animador sociocultural y psicólogo en el Dpto. Social, auxiliar administrativa, administrativa, administrador en el Dpto. de Administración, camareras, limpiadoras y gobernanta, etc.

Desde este esquema presentado, estos profesionales se enmarcan en cada area y programa de diferentes maneras existiendo además de un equipo multidisciplinar en el que participan todos los responsables de cada departamento, un equipo interdisciplinar de carácter sociosanitario, diferentes equipos por programas, así en el Programa de Orientación en la Realidad, el Psicólogo es el responsable del mismo, junto a los monitores, animador y asistente social que forman parte del mismo, equipos de proceso, como por ejemplo el equipo de atención residencial o de centro de día o de valoración integral.

Desde esta perspectiva es posible lograr una mayor complementariedad entre los programas y entre los profesionales y staff. No olvidemos además que en estos programas se integran también voluntarios, hoy en día estructurados a partir de un convenio con diferentes asociaciones y entidades tanto educativas, como de voluntariado con mayores etc., se está trabajando para integrar más si cabe a las familias, por ejemplo en este Programa de Orientación en la Realidad, o a través del programa de calidad en la atención, y existe un cupo de estudiantes en prácticas que a la vez que se forman complementan nuestra tarea de atención e intervención.

Si analizamos los componentes funcionales de estos profesionales en la organización podríamos señalar diferentes componentes básicos y complementarios, pero que en general llegarían a centrarse en los siguientes :

- Análisis y valoración.
- Diseño, planificación y organización.
- Atención personalizada.
- Cuidados personales.
- Actividades recreativas.
- Apoyo psicosocial.
- Aspectos administrativos,

y se podría establecer un diagrama de flujo operativo en el que se ubicarían según necesidades los diferentes profesionales y personal cuidador.

## 9.2. De modelos, sistemas y aplicaciones

Las organizaciones de servicios deben partir de una cultura organizacional no tanto basada en la producción y el rendimiento directos, como en la calidad de la atención y la calidad de vida de los usuario/as.

Un elemento determinante en esta cultura organizacional va a ser la percepción sociocognitiva de los miembros de la misma, la alineación con la misión, visión y valores de la Organización, pero a la vez otro elemento serán los procesos de aprendizaje y creatividad que se van produciendo a través de esa misma cultura. Pensamos que es aquí donde el esfuerzo por desarrollar un estilo de interacción y trabajo de carácter interdisciplinar tiene más sentido.

Es patente desde nuestro punto de vista lograr modelos de intervención que aglutinen esfuerzos y den coherencia al cúmulo de trabajos que a veces de manera no integrada se realizan en aquellos centros que no tienen una gestión avanzada.

El cambio y desarrollo de estas estructuras y organizaciones debe ser a nuestro modo de ver un reto en nuestro trabajo para lograr una mejor adecuación a las necesidades actuales.

La calidad del trabajo, de la atención y la calidad de vida del usuario como ejes vertebradores del desempeño profesional pueden hacer de un modelo psicossocial de atención el marco de una cultura organizacional la vía a desarrollar en los próximos años.

### **9.3. El trabajo en equipo, la interdisciplinariedad**

El trabajo en equipo es aquel realizado por dos o más personas que interactúan mutuamente, de modo que cada persona influye en el trabajo de todas las demás y su trabajo es influido por ellas. El equipo pasa por una serie de etapas de formación que van desde el conocimiento de los miembros del grupo hasta los procedimientos de trabajo y establecimiento de objetivos, pasando por el desarrollo de la participación, definición de los roles y la confianza entre los miembros del grupo.

Las componentes principales en la estructura de un grupo son: el estatus (valor o importancia de cada miembro), los roles (funciones de los miembros); normas (reglas de conducta, de regulación). En la mayoría de los casos, trabajar en equipo es una de las fuentes de conflicto más importante a la hora de planificar, programar, intervenir,.. debido principalmente a la dificultad que supone establecer límites en los contenidos de las distintas profesiones y al liderazgo (quién, cómo,...) pero también es una de las más importantes ventajas y uno de los elementos de satisfacción laboral.

Las condiciones básicas para desarrollar un trabajo en equipo son:

- Compartir un objetivo común y aceptar los intereses comunes.
- Reconocimiento de las funciones propias y las del resto del grupo.
- Trabajar agrupando conocimientos, técnicas y recursos.

- Compartir la responsabilidad de los resultados.
- Capacidad de realizar una adecuada autoevaluación que permita analizar las actividades y tareas acordadas así como el propio funcionamiento del equipo.
- Asignación de roles flexible y consensuado.
- Establecer una función directiva y coordinadora.
- Participación efectiva.

Las Ventajas del trabajo en equipo son:

- Mejora la eficacia de la intervención.
- Objetivos comunes y acuerdo sobre las funciones de los miembros.
- Creatividad y satisfacción.
- Productividad.
- Aumenta la calidad del servicio.
- Posibilita la realización de numerosas tareas que no podrían realizarse individualmente (valoraciones,...).
- Apertura de canales de comunicación.
- Aprendizaje.
- Seguridad y compromiso.
- Sentido de pertenencia.
- Estímulo de creatividad.
- Oportunidad para el desarrollo personal y profesional.

#### **9.4. La interdisciplinariedad**

El trabajo interdisciplinar se sustenta sobre un principio básico: la idea de la globalidad. Las necesidades y demandas de las personas mayores abarcan diferentes áreas que están interrelacionadas entre sí. La realidad de la persona mayor al igual que la de cualquier sujeto está configurada por factores de orden social, relacionales, económicos, físicos... que requieren que los distintos profesionales y personas que intervienen en su atención deban actuar de forma conjunta y coordinada.

La intervención que se deriva de una planificación donde los objetivos, metodologías, técnicas, procedimientos... están consensuados por profesionales de diferentes disciplinas, tiene un carácter globalizador y no compartimentado.

Trabajar bajo un enfoque interdisciplinar supone asumir pérdidas a nivel del individuo profesional en su propia área de formación y trabajo, pero adquiere,



mediante un aprendizaje continuado, conocimientos sobre las disciplinas de los restantes profesionales (Leturia, Leturia, Yanguas, 1998)

### 9.5. Definición de puesto y rol de cada profesion en un marco interdisciplinar



La Reciente creación de equipos conlleva la necesidad de clarificación conceptual y operativa de funciones y desempeño de cada figura.

Objeto de trabajo complejo      intervención comunitaria

Desde este enfoque es necesario una adecuada estructuración de los equipos, una definición clara de las funciones y una negociación y clarificación interna entre todos los miembros del equipo de todos estos aspectos.

Las principales dimensiones de las relaciones interpersonales: en este contexto son la comunicación, el conflicto, la tensión, y el poder mientras que las dimensiones asociadas al desempeño de rol son el conflicto y ambigüedad de rol, la tensión, la insatisfacción laboral, estando ambas afectadas por características estructurales y contextuales de la unidad organizacional

Las dimensiones de los equipos interdisciplinarios son Contextuales, Estructurales: tamaño, diversificación, independencia de tareas y de relación interpersonal: comunicación, conflicto, tensión, poder formal e informal mientras que las dimensiones asociadas al desempeño de rol son el conflicto de rol, la ambigüedad de rol, la tensión asociada y la satisfacción laboral (Luque, 1988)

### **9.6. Papel y funciones del gerocultor en las distintas intervenciones**

A continuación se plasma de forma esquemática las posibles actuaciones, conductas, tareas,... que podría y debería de realizar y tener el gerocultor en las diferentes intervenciones psicosociales para favorecer la consecución de los diferentes objetivos.

ÁREAS	INTERVENCIÓN EN		PAPEL/FUNCIONES DEL GEROCULTOR	
ÁREA DE SALUD	Salud Física	Capacidad Funcional y AVD	<ul style="list-style-type: none"> <li>-En el caso de existir trastorno adoptar una actitud positiva, de ayuda, de confianza y tranquilizadora</li> <li>-Derivar a los distintos profesionales en caso necesario</li> <li>-Utilizar un lenguaje claro acompañado de lenguaje no verbal (contacto físico,...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Motivar a la persona mayor para que utilice sus capacidades. Dar instrucciones claras</li> <li>-Utilizar ayudas técnicas (sillas de ruedas,...) sólo en caso necesario</li> <li>-Supervisar a la persona mayor en las diferentes tareas en el caso de cierta dependencia</li> <li>-Potenciar la realización de actividades físicas</li> <li>-Evitar la inmovilización</li> </ul>
		Salud Psíquica	Funciones Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Favorecer la comunicación y la interacción con otras personas mayores, personal y familia</li> <li>-Favorecer y fomentar la participación de la persona mayor en las diferentes actividades y programas</li> <li>-Respetar las diferencias individuales de cada persona mayor</li> <li>-Ayudar a la persona mayor a aumentar la sensación de control de la situación</li> <li>-Atender cualquier demanda con muestra de interés</li> <li>-Evitar agresividad, malos gestos,...</li> </ul>
	Funciones Psicoafectivas		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fomentar la autonomía y las capacidades que no se ven afectadas por el trastorno</li> <li>-Utilizar un tono y volumen de voz adecuados</li> <li>-Controlar el lenguaje no verbal de la persona mayor y de uno mismo</li> <li>-Reforzar las actitudes, conductas que se consideren positivas para la autonomía de la persona mayor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Controlar y/o mitigar eventos que puedan influir negativamente en el estado de ánimo de la persona mayor</li> <li>-Potenciar la participación en tareas positivas y gratificantes</li> <li>-Presta atención a ideas autolesivas, etc.,..., derivando el caso al profesional que corresponda</li> <li>-No reforzar conductas o autoverbalizaciones negativas que expresen dependencia o depresión</li> </ul>
ÁREA DE RELACIONES SOCIALES	Relaciones Interpersonales		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aportar información relevante sobre las personas mayores para la planificación e implementación de programas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ayudar a la persona mayor a aumentar la cantidad y calidad de contactos interpersonales</li> </ul>
	Relaciones Familiares			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Favorecer la relación entre la persona mayor y su familia</li> <li>-Informar a la familia sobre cualquier situación concerniente a la persona mayor cuando ésta lo solicite</li> </ul>
A. OCIO-CULTURA Y EDUCACIÓN				<ul style="list-style-type: none"> <li>-Favorecer información a la persona mayor sobre actividades, programas,... que se realicen en su entorno más próximo (ej. residencia) como en la propia comunidad</li> </ul>
ÁREA DE AMBIENTE			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Detectar y comunicar sobre posibles variables ambientales que impidan el normal desenvolvimiento de la persona mayor en su entorno</li> <li>-Propiciar un ambiente adecuado que estimule, oriente y favorezca la participación y las relaciones interpersonales.</li> <li>-Sugerir medidas que favorezcan la eliminación de barreras arquitectónicas</li> <li>-Sugerir medidas ambientales (protésicas o no) que favorezcan la autonomía de la persona</li> </ul>	
ÁREA COMUNITARIA			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Participar en aquellos programas que se desarrollen con el objetivo de conseguir una complementación entre instituciones (e: residencia y Ayuntamiento, CSM,...)</li> </ul>	
ÁREA ORGANIZACIÓN			<ul style="list-style-type: none"> <li>-Participar de forma activa en el Equipo Interdisciplinar</li> <li>-Participar en otros grupos de trabajo cuando un programa determinado lo requiera</li> <li>-Participar en los distintos procesos de formación</li> </ul>	

### 9.7. Habilidades profesionales

Cualquier persona, bien sea profesional o voluntario, que quiera trabajar en el ámbito de la Gerontología Psicosocial y especialmente en los Centros Gerontológicos debe de tener además de las competencias técnicas necesarias para el desempeño adecuado de su profesión, ciertas aptitudes, valores, actitudes y habilidades, sumamente importantes y esenciales para realizar adecuadamente su labor.

Señalaremos algunas de estas actitudes y habilidades:

**1) Saber reconocer los propios pensamientos acerca del proceso de envejecimiento, evitando estereotipos y actitudes negativas sobre el mismo.**

No se debe considerar la vejez desde la idea única del declive. Bien es cierto que biológicamente se dan ciertos cambios a medida que transcurren los años (problemas visuales, arrugas, problemas en el aparato locomotor,...) pero ésto no es excusa para considerar esta etapa de la vida como una etapa de decrepitud y cuya característica más relevante es el preceder a la muerte.

**2) Tener una visión relativamente positiva de la vejez.**

Debemos considerar que siempre que una persona mayor tenga aptitudes (grado de competencia) mantiene un nivel de autonomía dado, independientemente de que presente déficits en otras áreas. Una de las intervenciones básicas será la compensación de estos déficits fomentando estrategias sustitutorias, etc,...

**3) Se deben tener y mantener actitudes que favorezcan la independencia de la persona mayor.**

Como hemos ido señalando, resulta imprescindible desde un enfoque de intervención psicosocial, fomentar todas aquellas capacidades que aún mantenga la persona mayor, así como recuperar o rehabilitar (reeducación/ plasticidad conductual) aquellas que por su falta de uso han tendido a desaparecer, desde un modelo de autonomía y competencia.

**4) Entender a la persona mayor dentro de su propio contexto.**

De nada nos serviría planificar adecuadamente una intervención (objetivos, métodos, técnicas,...) si no tenemos en cuenta que la persona mayor tiene su propio entorno, ambiente, contexto,...con el que se relaciona y del que además forma parte. En ese contexto la persona mayor se relaciona, interactúa con otras personas (profesionales, voluntarios, familia,...); instituciones, organizaciones,...

**5) Tener aptitudes para trabajar y relacionarse con otros profesionales y/o voluntarios.**

La idea de que la intervención psicosocial ha de basarse en la interdisciplinariedad es fundamental. Es por ello que resulta necesario contar con diferentes habilidades sociales (tanto básicas como avanzadas) para poder trabajar en equipo y bajo un enfoque interdisciplinar.

Algunas de estas habilidades son: saber escuchar, iniciar y mantener una conversación, formular preguntas, dar las gracias, presentarse y presentar a los demás, pedir ayuda, participar, dar y seguir instrucciones, disculparse, convencer a los demás, conocer y expresar sentimientos, ser asertivo, ser empático, tomar decisiones, resolver problemas, manejar el estrés que puede favorecer el deterioro de las personas mayores atendidas, establecer objetivos realistas, ajustarse a los métodos establecidos,...

**6) Considerar a la persona mayor como objeto-sujeto de la intervención.**

Caeríamos en un gravísimo error, si como profesionales o voluntarios consideráramos a la persona mayor y a su contexto únicamente como objeto de nuestra intervención. Si entendemos que uno de nuestros objetivos es potenciar y aumentar en lo posible la competencia de la persona mayor, ésta debería poder hacer uso de su derecho a la autodeterminación y a la participación y, ser en definitiva, sujeto-activo de su propia realidad y de la modificación que su contexto ha de sufrir para adaptarse a sus necesidades.

**7) Comprender el análisis y la intervención desde la multifactorialidad.**

Toda realidad, problemas, situación,... está compuesta por diferentes variables interrelacionadas e interdependientes entre si. Todo profesional y voluntario debe entender este principio y por ende, debe utilizarlo como base de sus análisis e intervenciones.

**8) Reconocimiento de las causas de los cambios en la persona mayor.**

Es de suma importancia intentar reconocer los cambios que se dan en la situación de la persona mayor . Hay que analizar cuáles son realmente debidos a la edad y cuáles son debidos a las condiciones ambientales, contextuales,...

**9.8. Identificación de competencias conductuales adecuadas**

Además de las competencias técnicas que deben tener los profesionales en los centros de día, algunas de las competencias conductuales necesarias son:

- Cooperación-Trabajo en equipo.
- Tolerancia al estrés.
- Atención al detalle.
- Autoorganización.
- Capacidad de negociación.

- Comunicación verbal y no verbal.
- Control, supervisión.
- Energía.
- Escucha activa.
- Observación y evaluación de comportamientos.
- Dar instrucciones.
- Flexibilidad.
- Persuasión-Influencia.
- Sensibilidad interpersonal.
- Sensibilidad organizacional.

### **9.9. Cuidado de la persona mayor dependiente y sus consecuencias**

Un aspecto a destacar en la labor del cuidado de la persona mayor dependiente y especialmente relevante cuando la persona mayor sufre demencia, es el riesgo de estrés crónico que puede generar en el cuidador, fenómeno también denominado síndrome de burn out o del quemado.

El adecuado afrontamiento o no del cuidador de su papel en los cuidados que necesitan las personas que presentan este síndrome va a depender fundamentalmente de:

- Las condiciones laborales, las condiciones ambientales del centro y el clima laboral.
- La adecuación de los ratios de personal y la disponibilidad de apoyos profesionales y técnicos ante los problemas.
- Los mecanismos de motivación e incentivación, además de la adecuada formación
- La interpretación que hacen de la conducta del enfermo: si la atribuyen al enfermo como un acto de voluntad, como una provocación, si se sienten culpables...
- El tipo de respuestas que desarrollan: saber valorar y encontrar aspectos positivos, saber planificarse, ir paso a paso, enmarcar las tareas más desagradables en un conjunto más global, ( por ejemplo las tareas de limpieza personal analizadas aisladamente pueden ser muy desagradables pero enmarcadas en un programa de cuidados personales, de entrenamiento en AVD, y en un conjunto más amplio de estimulación etc. puede ser algo redimensionable).
- Así como de las habilidades cognitivas, emocionales y motoras de afrontamiento.

Una adecuada gestión de las personas debe considerar siempre este riesgo por lo que en la definición de estos puestos debe estar claramente definido como tal, deben establecerse medidas de prevención, de evaluación de los problemas si surge y mecanismos de formación y de “ventilación” de los problemas a través de reuniones grupales periódicas, etc. Desde la visión del modelo de competencia hay que optimizar destrezas, habilidades y recursos personales para hacer frente a las exigencias propias de cada actividad.

### **9.10. De la formación**

De este discurso y modelo se desprende la importancia de la formación de los profesionales para lograr los objetivos que se plantean, así como una praxis que conduzca a los mismos. Es esta formación, así como una adecuada definición del perfil profesional del gerontólogo, la profundización en la interdisciplinariedad, y un mayor esfuerzo en la consecución de un corpus de conocimientos lo que permitirá avanzar en la calidad de atención.

Los programas de entrenamiento-formación para personal de centros para personas mayores deben incluir los siguientes aspectos.

Los objetivos principales de la formación son:

- Mejorar la formación, aumentar los conocimientos sobre los mayores
- Mejorar la capacidad de atribución de las conductas de los mayores a causas objetivas.
- Capacitación en destrezas y competencias conductuales
- Mejorar la implicación profesional
- Mejorar la valoración de los planes de intervención
- Aumentar la satisfacción en el desempeño profesional
- Capacitar en el trabajo en equipo, interdisciplinar

El objetivo final sería la reducción de la dependencia funcional de las personas mayores atendidas y mejorar la calidad de vida de los mayores, mediante el entrenamiento del personal.

La metodología debe ser teórico-práctica, deben ser cursos activos y deben incluir formación en conocimientos, entrenamiento en habilidades y el análisis de casos prácticos, etc.

Se pueden destacar o diferenciar tres fases:

- Fase de reestructuración cognitiva: Los contenidos están dirigidos a aumentar los conocimientos sobre competencias y características de los mayores, enfatizando en la importancia de los estímulos y el medio en las conductas de dependencia, así como en la importancia del trabajo interdisciplinar.

- Fase de adquisición de habilidades: introducción a los principios de manejo y modificación de conducta, practicándose habilidades específicas y capacitación en competencias conductuales como la adaptabilidad, el análisis de problemas, la atención y cuidado, la autoorganización grupal, la capacidad de comunicación, la delegación, el desarrollo de las competencias de los mayores, la escucha activa, la transmisión de instrucciones etc..
- Fase de tratamiento: Desarrollo e implementación de intervenciones individualizadas en residentes con problemas concretos. Es importante lograr la implicación emocional en el desempeño profesional, así como dotar al personal de técnicas para reducir el estrés que puede generar este trabajo, con técnicas como relajación... ( Modificado de Sperbeck y Whitbourne, 1981).

### **9.10.1. La formación y el cambio organizacional**

La formación es un elemento favorecedor de la implicación de las personas en el cambio organizacional, por ello la formación debe llegar a todos los niveles de la organización, todos deben conocer los objetivos, desde el director hasta el técnico de mantenimiento. Sin embargo existe un paso previo a la formación: EL CAMBIO DE ACTITUD.

Es importante crear en la gente la necesidad previa y la inquietud por aplicar en su quehacer diario lo que ha aprendido. De hecho suele ser contraproducente obligar a alguien a alguna acción de formación.

La cultura de la empresa, la tradición, limitan en ocasiones el cambio en una organización, la velocidad, el ritmo con el que se pretende introducir el cambio.

La necesidad de cambiar genera miedo e inseguridad. Para reducir al máximo esta inseguridad, es importante que todos los miembros de la organización conozcan las ideas, los criterios, los valores de la organización.

En definitiva estamos hablando de organizaciones en continuo cambio que deben adaptarse a las nuevas necesidades de las personas mayores y sus familias, no solamente de aquellas a quienes atienden sino de las que a corto y medio plazo van a constituirse en potenciales clientes , a aquellas que van a ir presentando nuevas necesidades y que serán las que planteen a los centros el reto de adaptarse a las mismas.

El Centro de día es un recurso y un servicio que todavía es reciente en nuestro entorno y por tanto debe evitar cometer los errores que se han cometido con los centros institucionales residenciales clásicos. Es una oportunidad a aprovechar el poder definir adecuadamente este recurso con los conocimientos de que disponemos actualmente, con los modelos planteados en este trabajo y preparar a los futuros y actuales profesionales con instrumentos, técnicas, actitudes y habilidades que permitan cualificar el recurso y ofrecer una atención de máxima calidad con



la mejor satisfacción de los clientes tanto externos: usuarios, familiares, instituciones con las que se concierte las plazas, pero también con los clientes internos, con los propios trabajadores que hacen posible esta atención.

**Autores**





**DIRECCIÓN: Francisco J. Leturia Arrazola, Alberto Uriarte, Javier Yanguas**

**AUTORES: F. J. Leturia, A. Uriarte, J. Yanguas, E. Arriola, I. Aragón, B. Gutierrez, E. Cantera, J. Etxabe, A. Zapiain, B. Inza, C. Sannino**

**F. J. Leturia Arrazola.** Psicólogo, Director Técnico de Servicios Sociales, Matia Fundazioa, Director Gerente del INGEMA Instituto Gerontológico Matia.

**A. Uriarte Méndez.** Psicólogo, Director del Centro gerontológico San Jose, Cordinador de Programas de Intervención Psicosocial en Matia Fundazioa.

**J. Yanguas Lezaun.** Pedagogo, Director de I+D , Matia Fundazioa.

**E. Arriola Manchola.** Médico Geriatra, Jefe Servicio de Evaluación y Orientación gerontológica, SEOG, Matia Fundazioa.

**I. Aragón Cortazar.** Psicólogo, Coordinador de Programas en Centro Gerontologico Egogain, Gizartekintza-Dpto. de Servicios Sociales de Diputación Foral de Gipuzkoa.

**B. Gutierrez.** Trabajadora Social, Directora del Centro Gerontologico Egogain, Gizartekintza-Dpto. de Servicios Sociales de Diputación Foral de Gipuzkoa.

**E. Cantera.** Trabajadora Social, Fundación Hurkoa.

**J. Etxabe.** Sociólogo, Jefe de Servicio de Planificación, Gizartekintza-Dpto. de Servicios Sociales de Diputación Foral de Gipuzkoa.

**J. M. Urrutia.** Médico, Coordinador Sociosanitario Gizartekinta-Dpto. de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Gipuzkoa.

**A. Zapiain.** Economista, Gizartekintza-Dpto. de Servicios Sociales de Diputación Foral de Gipuzkoa.

**B. Inza.** Terapeuta Ocupacional, Hospital Psiquiátrico de Guipúzcoa, Osakidetza, Matia Fundazioa.

**C. Sannino.** Médico, Directora del Centro Gerontológico Julián Rezola, Matia Fundazioa.

Los contenidos generales del libro han sido desarrollados por el equipo que ha dirigido el proyecto. Se señalan aquellos capítulos y experiencias de autoría específica.

Además los contenidos y las experiencias que se describen en este libro se han desarrollado con todos los equipos profesionales en que se insertan estos autores.



## Referencias bibliográficas





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAW (1998). TTS. Red Europea Teaching, Training and Support. Formación, Entrenamiento y Apoyo a cuidadores de personas con demencia.
- Abramovice, B. (1988) Long term care administration. Haworth Press. London, 1988.
- Alarcón Alarcón T. y cols. (1998). Estudio predictivo de las necesidades sociales al alta hospitalaria y a los seis meses en ancianos ingresados por enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*;33:209-218.
- Albert, M.; Cohen C. (1992). The test for severe impairment: An instrument for the assessment of patients with severe cognitive dysfunction. *J Am Geriatr Soc.*;40:449-453.
- Alexopoulos, G.S.; Abrams, R.C.; Young, R.C.; Shamoian, C.A. (1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry*.;23:271-284.
- Andrés Navia, V.; Bas Ramallo, F. (1999). Tratamiento de la depresión En Montorio. I. e Izal, M. (1999) Intervención Psicológica en la Vejez Síntesis Madrid.
- Aneshensel, C.; Pearlin, L.I.; Mulan, J.J.; Zarit, S.H.; y Whitlach, C.J. (1985). Profiles of caregiving. The unexpected career. San Diego. Academic Press.
- Anthony-Bergstone, C.C.; Zarit, S.; Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of demented patients. *Psychology and aging*, 3, 245-248.
- Aragón, I. (1999). Memoria de actividades de Lahar Elkargoa en el Centro Egogain de Eibar, (Doc. No publicado).
- Aragón, I. (1999). Programa de manejo de trastornos de comportamiento. Ponencia de la Jornada sobre Atención Psicogeriátrica a personas con demencia en centros de día, San Sebastián, Matia F.
- Ararteko (1996). Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la CAPV, Vitoria: Ararteko.
- Arriola, E. (2001). Valoración integral geriátrica. En FJ Leturia y cols. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Caritas Española Editores. Madrid:13-48.
- Arriola, E. (2001). Utilidad de la valoración integral para la asignación de recursos. 9º Curso de Geriatria "Ciudad de San Sebastian". Libro de Ponencias.:23-40.
- Arriola, E.; Uriarte, A.; Leturia, F.J.; Yanguas, J.J. (1999). Modelo de clasificación de usuarios según capacidad cognitiva y programas por estadiaje, (Doc. No publicado).
- Baltes, P.B.; Baltes, M.M. (eds.) (1990). Succesfull aging: perspectives from the behavioral sciences. Cambridge: cambridge University Press.
- Beck, A.T. (1984). Cognitive approaches to stress management. En Payne, R.A. (1996): Técnicas de Relajación. Paidotribo. Barcelona.



- Bloclehurst, J.** (1999). Hospitales de día geriátricos. ¿hacia donde van? Revista española de geriatría y gerontología, 1999, vol. 34, n3, pag. 172-176.
- Bravo, G.** (1994). Valoración integral del paciente anciano. Care of the Elderly, Ed. Esp. Mayo-Junio.:147-154.
- Bright, R.**(1991). La musicoterapia en el tratamiento geriátrico. Bonum. Argentina.
- Burns, A.; Lawlor, B.; Craig, S. et al** (1999). Assessment scales in old age psychiatry. Martín Duniz Ltd., London.
- Caballo, V. E.** (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Siglo XXI. Madrid.
- Carstensen, L.; Fihser, J.** (1991). "Treatment applications for psychological and behavioral problems in elderly nursing homes". En WISOCKI, P.A.: "Handbook of clinical behaviour therapy with the elderly client". PLENUM PRESS. Nueva York.
- Carter, J.** (1981). Day services for adults. Somewhere to go. National institute of social Services: London, George Allen & Unwin.
- Centro Gerontológico de Eibar** (1997). Plan General de Intervención. Documento Interno.
- Cohen, D.; Eisdorfer, C.** "Depression in family members caring for a relative with Alzheimer's disease", Journal of the American Geriatric Society, 36/1: 885-889, 1988.
- Costa, M.; López, E.** Salud comunitaria. Madrid, Martínez Roca, 1986.
- Cossette, S.; y Levesque, L.** (1993). Caregiving tasks as predictors of mental health of wife caregivers of men with chronic obstructive pulmonary disease. Research in Nursing and Health, 16, 251-263.
- Cummings, J.L. et al.** (1994). The Neuropsychiatric Inventory. Neurology.;44:2308-2314.
- De Miguel, A., Pelechano** (1996). Programa integrado de entrenamiento en habilidades interpersonales para ancianos, en V. Pelechano (dir) habilidades interpersonales: teoría mínima y programas de intervención, Valencia: Promolibro.
- Diputación Foral de Gipuzkoa** (1997). Orden Foral 809/97 de 19 de diciembre. Boletín Oficial de Gipuzkoa, 2 de enero de 1998.
- Downs, M.**(2000). Ageing update. Dementia in a sociocultural context. Ageing and society 20 pp. 369-375.
- Drachman, D.A. et al.** (1992). The caretaker obstreperous-behavior rating assessment (COBRA) scale. JAGS.;40:463-470.
- Eggebeen, D.J.** (1992) Family structure and intergenerational exchange. Research on Aging, 14, 427-447.
- Escuela de Diplomados en Trabajo Social. Universidad del País Vasco** (2001). Los ancianos con demencias en las residencias y centros de día de Gipuzkoa: estudio comparativo con respecto a la situación en 1.995. San Sebastian. 2001.
- European Foundation for Quality management (EFQM)** (1999). Modelo EFQM de excelencia (1999).
- Fernández Ballesteros, R.; Maciá, A.** Calidad de vida en la vejez. Rev. De Intervención psicosocial, pp 77-94, 1995.
- Folstein, M.F.; Folstein, S.E.; Mc Hugh P.R.** (1975). "Mini-Mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". J. Psychiatr. Res., 12: 189.

- Fratiglioni, L. et al (2000). Incidence of dementia and major subtypes in Europe. *Neurology*, 54 (suppl. 5): 510-515.
- Fries, J.F. (1996). Physical activity, the compression of morbidity and the health of the elderly. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89, 64-68.
- Fries, J.F. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303, 130-135.
- Fundación Matia (2001). *¿Cómo ayudar y cuidar a una persona mayor y su familia? Manual de estilo en la provisión de cuidados a las personas mayores y sus familias*. Donostia, Erein-Matia Fundazioa.
- Gallagher, D.; Rose, L.; Rivera, P.; Lovett, S.; Thompson, L.W. (1989). Prevalence of depression in family caregivers. *The Gerontologist*, 29, 449-456.
- Generalitat de Catalunya (1996). *Unitats diurnes: centres de dia i hospitals de dia*, Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Gibeau, J.L.; Anastas, J.W. (1989) Breadwinners and caregivers: interviews with working women. *Journal of Gerontological Social Work*, 14, 19-40.
- Gil, M. (coord.) (1996). *Centros de día para personas mayores dependientes : guía práctica*. Madrid, IMSerso, 1997.
- Goddman, C.R.; Zarit, S.H.; Steiner, V. (1994). Self-appraisal as predictor of strain in caregiving. Paper presented at the meeting of the Gerontological Society of America. Atlanta. Georgia.
- Gutierrez, B. (1999). Gerontología psicosocial, en *Centro de Humanización de la salud, Manual básico para gerocultores y auxiliares geriátricos*, Madrid, Cáritas Española.
- Haley, W.E.; Levine, E.G.; Brown, S.L.; Bartolucci, A.A. (1987). Stress, appraisal, coping and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 2, 323-330.
- Heumann, L.F.; Boldy, D.P. *Envejecer dignamente en la comunidad : soluciones internacionales destinadas a la protección de ancianos dependientes*, Barcelona, SG, 1995.
- Hogan, D.P.; Eggebeen, D.J.; Clogg, C.C. (1993). The structure of intergenerational exchanges in American families. *American Journal of Sociology*, 98, 1428-1458.
- Hughes C.P.; Berg L.; Danzinger W.L. (1988). A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatr.*;140:5666-5672.
- IMSERSO (2000). *Las personas mayores en España. Informe 2000*. Madrid: IMSERSO.
- INSERM (1991). *Methodologie pour une planification des services aux personnes âgées dépendantes*, p.23.
- Insero (1995). *Las personas mayores en España. Perfiles, Reciprocidad familiar*. Madrid. Insero.
- Insero (1995b). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid. Insero.
- Inza, B.; Arriola, E. (1999). El centro de día psicogeriátrico. En Arriola E. *Elementos de Geriatría en Atención Primaria*. Edita Jansen Cilag.:113-123.
- Izal, M; Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual: bases para la intervención y ámbitos de aplicación*, Madrid: Síntesis.
- Izal, M.; Montorio, I. (1994). Evaluación del medio y del cuidador del demente, en T. Del Ser y J. Peña (eds.) *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*, pag. 201-211, Barcelona: Prous.

- Izal, M., Montorio, I. y Díaz, P.** (1997). "Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares". IMSERSO. Madrid.
- Jacobson, E.** (1976). You must relax. En Payne, R.A. (1996): Técnicas de Relajación. Paidotribo. Barcelona.
- Kane R.A.; Kane R.L.** (1993). Evaluación de las necesidades de los ancianos. SG Editores. Madrid.: 251-276.
- Kiecolt-Glasser, J.K.; Glaser, R.** (1994). Caregivers, mental health and immune functions, en E. Light, Niederehe y BD. Lebowitz (eds.) Stress effects on family caregivers of Alzheimer patients, Nueva York, Springer.
- Krause, N.** (2002). Social Support, en RH. Binstock y Lk George. Handbook of aging and social sciences, New York: Academic Press.ñ
- Lawton M.P.; Brody E.M.** (1969). Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of dailing living. Gerontologist.;9:179-186.
- Lawton, M.P.** Competence, environmental press, and the adaptation of older people. En M.P. Lawton, P.G. Windley y T.O. Byers (eds.) Aging and the environment : Theoretical approaches. Nueva York. Springer. 1982.
- Lawton, M.P.; Rajagopal, D.; Brody, E.; Kleba, M.** (1992). The dynamics of caregiving for a demented elder among black and white families. Journal of Gerontology, 47, S 156-164.
- Lazarus, R.S.; Flokman, S.** (1984). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona. Martínez Roca.
- Leturia, F.J.; Uriarte, A.; Yanguas, J.; Arriola, E.** (2001). La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir, Madrid: cáritas Española.
- Leturia, F.J.** (1999). El proceso de adaptación en residencias para personas mayores Revista. Española De Geriátría y gerontología, vol. 34, n 2, pag. 105-113.
- Lin, N.; Ensel, W. M.** (1989). Life stress and healt: Stressors and resources. En García, E.; Herrero, J. Y Musitu, G. (1994): El Apoyo Social. PPU. Barcelona.
- Lobo A y cols.** (1994) Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG. Ed. LUZAN.
- Lobo A. y cols.** (1979). El Mini Examen Cognoscitivo. Un test sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría;3:189-202.
- Llinàs Reglà J. y cols.** (1995). Validación de la adaptación española de la Severe Impairment Battery (SIB). Neurología.; 10:14-18.
- Mace y Robins** (1988). Cuando el día tiene 36 horas. Mexico: Pax.
- Mahoney F.I., Barthel D.W.** (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland State Med J.;14:61-65.
- Montgomery, R.** (1996). Advancing caregivers research: Weighing efficacy and feasibility of intervention. Journal of Gerontology, 51 (3) 109-110.
- Montonio, Izal** (1999). Intervención psicológica en la vejez: aplicacioones emn el ámbito clínico y de la salud, Madrid: Síntesis.
- Neal, M.B.; Chapma, N.L.; Ingersoll-Dayton, B.; Emlen, A.C.** (1993). Balancing work and caregiving for children, adults and elders. Thousand Oaks: Sage.
- Pearlin, L.I.** (1994). Conceptual strategies for the study of caregiver stress, en E. Light, C. Niederehe y BD Lebowitz (eds.) Stress effects on family caregivers of Alzheimer's patients, Nueva York: Springer.

- Pearlin, L.I.; Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, v. 19, 2-21.
- Pearlin, L.I.; Skaff, M.M. (1995). Stressors in adaptation in late life en M. Gatz (ed.) *Emerging issues in mental health and aging*. Washington: APA.
- Reisberg, B. et al. (1987). Behavioural symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*;48 (Suppl 5): 9-15.
- Reisberg B. et al. (1989). Symptomatic changes in CNS aging and dementia of the Alzheimer type: Cross-sectional, temporal, and remediable concomitants. En: Bergener B, Reisberg B. *Diagnosis and treatment of senile dementia*. Springer-Verlag. Berlin.;193-223.
- Reisberg, B.; Ferris, S.H.; de Leon, M.J.; Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assesment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*;139:1136-1139.
- Rifkin, J. (1996). *El fin del trabajo: nuevas tecnologías contra puestos de trabajo: el nacimiento de una nueva era*, Madrid: Paidos.
- Rodríguez, P. (1995). La residencia. Concepto. Destinatarios y objetivos generales. En SEGG (ed.) *Residencias para personas mayores: manual de orientación*. Barcelona: SG.
- Rodríguez, P.; Sancho, M. (1995). Nuevos retos en política social a las personas mayores. La situación de fragilidad. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 30 (3), 141-152.
- Rosen W.G.; Mohs, R.C.; Davis K.L. (1984). A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am J Psychiatr.*:141:1356-1364.
- Rueger, C. (1998). *El botiquín musical*. Integral. RBA Ediciones. Barcelona.
- Salgado, A. (1992). Geriátría, especialidad médica. Historia, problemas medico-sociales que presentan los ancianos, conceptos, valoración geriátrica. En Salgado A, Guillen F. *Manual de Geriátría*. Masson- Salvat.
- Salgado, A. y cols. (1993). Importancia de la valoración geriátrica, valoración médica, funcional y del estado mental en el anciano. En: Salgado A, Alarcón MT. *Valoración del paciente anciano*. Ed. Masson S.A. Barcelona.
- Sancho, M. (1996). Centro de Día. Conceptualización, en INSERSO, *Centros de día para personas mayores dependientes: guía práctica*, Madrid: INSERSO.
- Sannino, C. (1999). Centros de día para personas mayores. Ponencia en *Jornada sobre atención psico geriátrica a las personas mayores con demencia en centros de día*, Donostia, Matia Fundazioa.
- Saxton, J. et al. (1990). Assessment of the severely impairment patient: Description and validation of a new neuropsychological test battery. *Psychol Asses.*;2:298-303.
- Semple, S.J. (1992). Conflict in Alzheimer's caregiving families: it's dimensions and consequences. *The Gerontologist*, 32, 648-655.
- Sweeney, S.S. (1978). Relaxation. En Payne, R.A. (1996): *Técnicas de Relajación*. Paidotribo. Barcelona.
- Teri, L.; Truax, P.; Logsdon, R.; Uomoto, J.; Zarit, S.; Vitaliano, P.P. (1992). Assesment of behavioral problems in dementia. The revised memory and behavior problems checklist. *Psychology and Aging*, 7, 622-631.
- Thompson, L.W.; Gallagher-Thompson (1996). Practical issues related to maintenance of mental health and positive wellbeing in family caregivers, en LL Carstensen, BD Edelstein y L Dornbrand (ed.) *The practical handbook of clinical gerontology*, pp. 129-152. Thousand Oaks: Sage.

- Titlebaum, H.** (1988). Relaxation. En Payne, R.A. (1996): Técnicas de Relajación. Paidotribo. Barcelona.
- Uriarte, A.** (1997). Valoración del paciente geriátrico. En Arriola E. Elementos de Geriatria en Atención Primaria-I. Edita Bayer. San Sebastian.:65-91.
- Urrutia, J.M.** (1999). Centros de día para personas mayores. Ponencia en Jornada sobre atención psicogeriatrica a las personas mayores con demencia en centros de día, Donostia, Matia Fundazioa.
- Vitaliano, P.; Russo, J.; Young, H.M.; Teri, L.; Maiuro, R.** (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and aging* 6 (3), 392-406.
- Vitaliano, P.P.; Maiura, R.D.; Ocka, H.; Russo, J.** (1984). A model of burden in caregivers of DAT patients, en E. Light y B. Lebowitz (eds.) *Alzheimer's disease treatment and family stress: directions of research* (pag. 267-291) Rockville: US Dpt. Of Health and human services.
- Yesevage J.A.; Brink T.L.; Rose T.L.** (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatry Res.*;17:37-49.
- Zarit, S.H.** (1996). Intervention with family caregivers en SH Zarit y BG Knight (eds) *A guide to psychoteharpy and aging. Effective clinical interventions in a life stage context.* Washington: APA.
- Zarit, S.H.; Orry, N.K.; Zarit, J.M.** (1985). *The hidden victims of Alzheimer's disease. Families under stress.* Nueva York: NY University Press.
- Alvin, J.** (1997). Musicoterapia. Paidós. Barcelona.

### **Bibliografía sobre intervención en Centros de Día**

- AAVV.** La gent gran a casa: análisis cualitativo del recursos a la provincia de Barcelona, Diputación de Barcelona, Colleccio de Servei Socials, 1, 1997.
- AAVV.** Atención psicogeriatrica a personas mayores con demencia en centros de día. Documentación de las Jornadas del mismo nombre. Matia Fundazioa, 1999.
- Anda, J.L.** Equipo Técnico de Afades, Centro de Día fines de semana: una alternativa de Gestión Indirecta Concertada, Zerbitzuan, 27-28, 1995, págs.: 45-48, Biblio.: R. 721.
- Argyle, M.** Psicología y calidad de vida, *Rev. De Intervención Psicosocial*, 1993,vol.II, nº 6, pp.1-15.
- Arriola, E.** Recursos sociosanitarios: El centro de día psicogeriatrico, *Rev Mult Gerontol*, 2000; 10(2):105-125.
- Arriola, E.; Inza, B.** Centros de día y actuación en demencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2000; 35(53):00.
- Cañas, C.A., Ferri, J.** La atención psicológica a personas con demencia senil desde el programa "unidad de día para enfermos de Alzheimer", *información psicológica*, 67, 1998, págs.: 69-72, Biblio.: R.588.
- Cartón, E. y otros.** Centro Egunon Etxea, Cáritas Diocesana de Bilbao, Zerbitzuan, 29, 1996, págs.: 48-52, Biblio.: R. 721.
- Cibanal Juan, L.** Et al. Calidad de vida en personas con esquizofrenia en un centro de día, *Psiquis*, 2000; 21(1): 40-46.

- Durante, P. y Polonio, B.** Centro de día psicogeriátrico: abordaje no farmacológico. Intervención desde la terapia ocupacional, en Monográfico sobre Centros de Día psicogeriátricos en Revista Española de Geriatria y Gerontología vol. 31, Dic., nº monográfico 1. (1996).
- Estrada, I.:** "Autonomía personal y ayuda a domicilio". CERTEZA. Zaragoza. (1993).
- Gendoy Grego, M. et al** (1999) El papel del Psicólogo en un Centro de Día Psicogeriátrico, Rev. Esp. Geriatria y Gerontología vol 34 nº 1 pag. 44-47.
- Herr, J.; Weakland, J.:** "Terapia interaccional y tercera edad: asesorando a la familia del geronte", Nadir, Buenos Aires, 1979.
- Inza, B. y Arriola, E.** El Centro de Día psicogeriátrico, E. Arriola (coord)(1999) Elementos de geriatría en atención primaria. San Sebastián, Academia Médica Quirúrgica, 7.
- Leturia ,F.J.;Yanguas, J.J.** Intervención psicosocial en enfermedades crónicas y discapacidad. Rev. Minusval, Imsero, nº 95, Marzo-Abril, 1995.
- Leturia, F.J.** Los centros de día para personas mayores dependientes. Ponencia de las Jornadas Técnicas NAGUSI de Bilbao, 1999.
- Leturia, F.J.; Yanguas, J.J.** (1996) 1995Intervención psicosocial con familiares de personas mayores en centros de día, en M. Gil (coord) Centros de Día para personas mayores dependientes, guía práctica, Madrid, INSERSO.
- Lokk, J.; Arnetz, B.; Theorell, T.** (1992) Impacto de un programa experimental sobre el comportamiento y las actividades de la vida diaria de los pacientes de un Centro de Día para incapacitados crónicos, Revista Gerontológica, Marzo 1992, vol 2, nº 1.
- Lyman, KA.** (1998). Día a día con la enfermedad de Alzheimer, Madrid, IMSERSO.
- Marín J.A.; Díaz de Durana, O.** Centros de Día Geriátricos en Alava, Zerbitzuan, 27-28, 1995, págs. 42-44, Biblio.; R. 721.
- Miguel, J.J.** (1996). Evaluación de las necesidades psicosociales de las personas mayores en 4 centros de día de Bizkaia, en Monográfico sobre Centros de Día psicogeriátricos en Revista Española de Geriatria y Gerontología vol. 31, Dic. 1996, nº monográfico 1.
- Monográfico sobre Centros de Día psicogeriátricos en Revista Española de Geriatria y Gerontología vol. 31, Dic. 1996, nº monográfico 1.
- Moragas, R.** El centro de día para enfermos de Alzheimer, Dispharm S.A., Barcelona, 1995.
- Padierna, A.** Apoyo socioasistencial a los familiares de los enfermos de Alzheimer. la carga familiar. Zerbitzuak, n. 22 1993.
- Padierna, A.** Existe un lugar para las familias en las residencias de ancianos", Rev. Zerbitzuak, nº 25, 1994.
- Padierna, A.; Martínez López, E.:** "Demencia y carga familiar", Psiquis, 37:58-88,1988.
- Patterson, R.L.; Jackson, G.M.** "Behaviour modification with the elderly". Progress in Behaviour Modification, 9, 25-239, 1988.
- Salem, G.** "Abordaje terapéutico de la familia", Masson, Barcelona, 1990.
- Salgado Alba, A.** Gonzalez Montalvo, JI (1999) Centros de día para perosnas mayores.Un esquema práctico sobre su funcionamiento, Revista española de geriatría y gerontología, vol. 34, n 5, pag. 298-305.
- Sánchez Vidal, A.** et al. Psicología comunitaria. Madrid, Visor, 1988.

- Sancho, M.** Editorial. Monográfico sobre Política social y atención gerontológica a las personas mayores dependientes, Rev. Esp. de Geriat. y Geronto., Vol. 30 (3), mayo-junio 1995.
- Shanas, E.** "The family as a social system in the old age", The Gerontologist, 19:169, 1979.
- Silverman, A.G.; Brahce, C.I.; Zielinski, C.** "A medida que los padres envejecen: un manual para la reproducción de programas". Servicio de la Infancia y la familia de Michigan, Inc.(Apuntes sin publicar).
- Tarraga, L.** Centros de Día : alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer en J. Serra-Mestre al (1998) Modelos de asistencia sociosanitaria para enfermos con demencia, Barcelona: Prous.
- United Nations** Older persons in the family: facets of empowerment. United Nations: Occasional Papers Series, nº4, Vienna, 1993.
- Varela, F.J.** Conocer, Barcelona, Gedisa, 1989.
- Yanguas, J.J.; Leturia, F.J.** Hacia una propuesta de conceptualización de programas de intervención en gerontología psicosocial . Rev. Esp. Geriatria y Gerontología, 1995.
- Yanguas, J.J.; Leturia F.J.** Conceptualización. En AAVV : Residencias para personas mayores :Manual de orientación. Barcelona,. SG, 1995.
- Yanguas, J.J.; Leturia F.J.:** Metodología de intervención con familias de personas mayores institucionalizadas: una propuesta. En AAVV: las personas mayores dependientes y el apoyo informal. Jaén, IMSERSO-Universidad Internacional de Andalucía, 1995.
- Yanguas, J.J.; Leturia, F.J.** (1996) Desarrollo de un modelo psicosocial y operativo de intervención en Centros de Día, M. Gil (coord) Centros de Día para personas mayores dependientes, guía práctica, Madrid, INSERSO.
- Zarit, S.H.; Reever, K.E.; Bach-Peterson, J.; Orr, N.K.; Zarit, J.M.** "The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress", New York University Press, Nueva York, 1985.



## Centros de Día

*Bizitz en Lagundu*



**MATIA**  
FUNDAZIOA



Gipuzkoako Foru Aldundia  
Diputación Foral de Gipuzkoa  
**GIZARTEKINTZA**  
Departamento de Servicios Sociales