



FAGAL  
FEDERACIÓN ALZHEIMER GALICIA

# TRABALLO SOCIAL

## EN ALZHEIMER E OUTRAS DEMENCIAS

### NEURODEXENERATIVAS



Coordinadora / Autora: Romina Ferral García **AFAMO**

Autores/as: Ana Agís Mariño

**AFAPO**

Manuel Carballedo López

**AFAMON**

M<sup>a</sup> Teresa Castro Gamallo

**AFAGA**

Ángela Espasandín González

**AFABER**

Lucía Fandiño Viqueira

**AGADEA**

Carmen Fernández Grandío

**AFA CHANTADA**

Patricia Gómez Lamas

**AFACO**

Lucía Ruanova Domínguez

**FAGAL**



# Traballo Social

en Alzhéimer e Outras Demencias  
Neurodexenerativas



FAGAL  
FEDERACIÓN ALZHEIMER GALICIA

**EDITA:**

Federación Alzheimer Galicia - FAGAL

**Primeira Edición 2017****AUTORÍA:**

Coordinadora / Autora: Romina Ferral García - AFAMO

Autores/as: Ana Agís Mariño - AFAPO

Manuel Carballedo López - AFAMON

M<sup>a</sup> Teresa Castro Gamallo - AFAGA

Ángela Espasandín González - AFABER

Lucía Fandiño Viqueira - AGADEA

Carmen Fernández Grandío - AFA CHANTADA

Patricia Gómez Lamas - AFACO

Lucía Ruanova Domínguez - FAGAL

Agradecementos a M<sup>a</sup> Esther Trashorras de la Fuente - AFALU

**CESIÓN DE IMAXES:**

AFAMO, AFAGA, AGADEA, AFAOR e FAGAL

**MAQUETACIÓN:**

Federación Alzheimer Galicia

**DEPÓSITO LEGAL:**

C 726-2017

**Copyright © 2017. Federación Alzheimer Galicia**

Queda prohibida, sen autorización escrita dos titulares do Copyright, baixo as sancións establecidas nas leis, a reprodución total ou parcial desta obra por calquera medio ou procedemento.

# ÍNDICE

## PRÓLOGO

## INTRODUCCIÓN

9

### Capítulo 1. Traballo Social. Marco teórico

11

- 1.1. Definición de traballo social 11
- 1.2. Fins, obxectivos e metas no traballo social 11
- 1.3. Principios inspiradores do sistema público de servizos sociais 12
- 1.4. Interdisciplinariedade e traballo social 14
- 1.5. O traballo social e a realización de valores na praxes social 15
- 1.6. Perspectiva histórica do traballo social 16
- 1.7. Evolución histórica do traballo social en España 18

### Capítulo 2. As Demencias. Definición e tipoloxías

21

- 2.1. Concepto de demencia 21
- 2.2. Tipos de demencias 21
- 2.3. Factores de risco das demencias 31
- 2.4. Clasificación das demencias 34

### Capítulo 3. Recursos sociais

35

- 3.1. Introducción 35
- 3.2. Servizos 36
- 3.3. Programas 46
- 3.4. Prestacións 53

### Capítulo 4. As asociacións de familiares de persoas con alzhéimer e outras demencias neurodexe- nerativas (AFAS)

59

- 4.1. As asociacións de familiares de persoas con alzhéimer e outras demencias en España 59
- 4.2. As asociacións de familiares de persoas con alzhéimer e outras demencias en Galicia 59

### Capítulo 5. Os centros de día de alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas

69

- 5.1. As asociacións de familiares de enfermos de alzhéimer na xestión dos centros de día de alzhéimer 69
- 5.2. Definición 70
- 5.3. Obxectivos xerais 70
- 5.4. Obxectivos específicos 71
- 5.5. Principios da intervención 71
- 5.6. Normativa de xestión dos centros de día especializados 72
- 5.7. Asignación do servizo de centro de día na modalidade de xestión pública ou concertada 72
- 5.8. Valoración da persoa usuaria 74
- 5.9. Primeiro día de ingreso da persoa usuaria no centro 76

|   |            |
|---|------------|
| 5.10. Período de adaptación da persoa usuaria   | 77         |
| 5.11. Prestación do servizo de centro de día  | 77         |
| 5.12. O plan xeral de intervención terapéutico do centro de día   | 79         |
| 5.13. Deseño e elaboración do plan de atención individualizada (PAI) da persoa usuaria do centro de día               | 81         |
| 5.14. Proceso de baixa da persoa usuario no centro de día   | 82         |
| <b>Capítulo 6. Programas e servizos dos centros especializados en alzhéimer e outras demencias neurodegenerativas</b> | <b>85</b>  |
| 6.1. Servizo específico de estimulación terapéutica para persoas con alzhéimer e outras demencias                     | 85         |
| 6.2. Servizos específicos de intervención con familiares de persoas con alzhéimer e outras demencias                  | 93         |
| 6.3. Servizo de axuda no fogar  | 97         |
| 6.4. Servizo de formación e sensibilización en alzhéimer e outras demencias   | 103        |
| 6.5. Servizo de prevención da dependencia específico de alzhéimer e outras demencias                                  | 108        |
| 6.6. Servizo de envellecemento activo   | 109        |
| <b>Capítulo 7. O traballador social como parte fundamental dos equipos técnicos. Funcións</b>                         | <b>111</b> |
| 7.1. Introducción   | 111        |
| 7.2. A figura do profesional do traballo social nun equipo interdisciplinar   | 112        |
| 7.3. Funcións do traballador social   | 113        |
| <b>ANEXOS</b>   | <b>115</b> |
| Anexo 1. Informe Social   | 119        |
| Anexo 2. PAI  | 123        |
| Anexo 3. Contrato do programa de estimulación cognitiva e psicomotriz   | 125        |
| Anexo 4. Solicitud de servizos  | 129        |
| Anexo 5. Proxecto de intervención   | 131        |
| Anexo 6. Acordo do servizo de axuda no fogar  | 137        |
| Anexo 7. Regulamento de funcionamento do servizo de axuda no fogar  | 139        |
| Anexo 8. Regulamento interno de acción voluntaria   | 145        |
| Anexo 9. Compromiso de colaboración voluntaria  | 153        |
| Anexo 10. Certificado de acción voluntaria  | 159        |
| Anexo 11. Acreditación / Identificación do voluntario   | 161        |
| Anexo 12. Libro de rexistro de voluntarios/as   | 163        |
| Anexo 13. Historia social   | 165        |
| <b>ÍNDICE DE ACRÓNIMOS</b>  | <b>169</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>   | <b>171</b> |

# Prólogo

As Asociacións de Familiares de Enfermos de Alzheimer e Outras Demencias, máis coñecidas como AFAs, veñen desenvolvendo en Galicia, dende fai máis de 20 anos, unha inmensa labor de atención ás persoas cunha demencia neurodexenerativa e ás súas familias. A día de hoxe, e sendo sabedores de que queda un longo camiño por diante, podemos botar a vista atrás para poder ver que no camiño percorrido tense xerado un acervo de intervención de indubidable valor e que é preciso identificar e presentar de xeito ordenado.

Esta é a razón de ser deste manual, a de presentar de xeito claro e ordenado a metodoloxía de intervención en traballo social das AFAs galegas e compartir o que entendemos é o noso xeito de traballar e o que queremos para os nosos familiares cunha demencia neurodexenerativa e para nós mesmos como cuidadores principais.

Neste manual realízase unha aproximación do traballo social no ámbito do alzhéimer e doutras demencias neurodexenerativas e a importancia desta figura nos equipos das entidades prestadoras de servizos sociais na busca da mellor intervención, tendo en conta a intervención cas familias e a relación de recursos dispoñibles para unha mellor atención das persoas con alzhéimer ou outra demencia neurodexenerativa.

Non quero rematar sen dicir que o que se presenta a continuación é o traballo condensado dun laborioso grupo de traballadoras e traballadores sociais das asociacións de familiares de Galicia aos que non podemos facer outra cousa que dar as grazas polo seu traballo.

Un saúdo

*Santiago de Compostela, maio de 2017*

**Juan Carlos Rodríguez Bernárdez**

**Presidente da Federación Alzheimer Galicia**





# Introdución

Nas últimas décadas a poboación maior española experimentou un crecemento moi considerable. En Galicia, o 24% da poboación ten actualmente 65 ou máis anos e calcúlase que existen 100.000 persoas que padecen alzhéimer ou outras demencias. Este envellecemento supón unhas necesidades de coidado que na súa maioría son satisfeitas no fogar polos denominados coidadores informais.

Ante esta situación, a sociedade atópase ante o reto non só de atender as persoas afectadas senón tamén de darlles resposta ás demandas desas persoas que as coidan, garantíndolles unha boa calidade de vida.

Este manual é o resultado do traballo dun grupo de profesionais do ámbito social pertencentes a algunha das asociacións que integran a Federación de Asociacións Galegas Familiares de Enfermos de Alzhéimer e outras Demencias (FAGAL).

Está estruturado en sete capítulos: marco teórico do traballo social; demencias, definición e tipoloxías; recursos sociais; o labor das asociacións de familiares de persoas con alzhéimer ou outra demencia neurodexenerativa; os centros de día de alzhéimer e outras demencias; os programas e servizos dos centros especializados en alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas; e, por último, a figura do profesional en traballo social e as súas funcións.

Pretende ser unha ferramenta práctica e de referencia para as persoas coidadoras que atenden o seu familiar ou para as que se dedican profesionalmente a este ámbito. Cúmprese así co compromiso da Federación de divulgación e formación sobre os distintos aspectos relacionados coa enfermidade.



# Capítulo 1

## Traballo Social. Marco Teórico

### 1.1. DEFINICIÓN DE TRABALLO SOCIAL

Existen numerosas definicións do Traballo Social, nesta guía imos seguir a definición máis actual que acordaron o Comité Executivo da Federación internacional de Traballadores Sociais e a Xunta da Asociación Internacional de Escolas de Traballo Social, en Melbourne en xullo de 2014.

*“O traballo social é unha profesión baseada na práctica e unha disciplina académica que promove o cambio e o desenvolvemento social, a cohesión social, e o fortalecemento e a liberación das persoas. Os principios da xustiza social, os dereitos humanos, a responsabilidade colectiva e o respecto á diversidade son fundamentais para o traballo social. Apoiada polas teorías do traballo social, as ciencias sociais, as humanidades e os coñecementos indíxenas, o traballo social involucra as persoas e as estruturas para facer fronte a desafíos da vida e aumentar o benestar”*

### 1.2. FINS, OBXETIVOS E METAS NO TRABALLO SOCIAL

A análise dos fins do traballo social danos unha idea dos valores que informan o comportamento de quen os aplican e dos valores desexados nas persoas ás que dirixe a súa actividade esta profesión.

Ricardo Hill, ao expoñer os fins, recorre á análise de Bowers e destingue entre fins intrínsecos e extrínsecos do Traballo Social. Os primeiros estarían encamiñados a unha mobilización dirixida a converter os recursos do medio e as capacidades dos individuos en móbiles capaces de dirixirse cara ao encontro da dificultade da clientela. Estes fins próximos de axuste entre o individuo e o seu medio relaciónanse con posteriores fins extrínsecos, como por exemplo o benestar social.

Existen diferenzas entre os autores acerca de cal é o fin do Traballo Social. Para algúns, como Barlett, ese fin é conseguir o funcionamento social do individuo, grupo ou comunidade. Outros, como Martin Rein, contemplan o cambio como o fin do Traballo Social.

Supoñendo que a intervención do Traballo Social ten como finalidade única o cambio, cabería distinguir, nun intento de análises deste, as dúas perspectivas que o contemplan, xa sexa dende posicións conservadoras ou radicais do Traballo Social:

- Dende a primeira posición, cambio é igual a reforma.
- Dende a segunda formulación, cambio supón transformación, é dicir, superación do existente.

No Traballo Social, o cambio desexado é o desenvolvemento das relacións entre individuos-individuos, entre individuos-grupos, de grupos entre si ou de individuos e grupos co seu medio, a fin de reducir conflitos. A tarefa do traballador social é facer posible ese proceso de cambio para conseguir unha mellora nos individuos, grupos e comunidades. Isto significa, dende o Traballo Social, participar activamente na transformación das situacións-problema co fin de lograr o benestar social, unha elevación da calidade de vida das persoas coas que traballamos, nunha sociedade máis solidaria e humana.

Non debemos esquecernos de que os fins, obxectivos e metas, no que se refire a intervención profesional, non son algo estático, senón que evolucionan co dinamismo e a evolución da sociedade, estando por tanto suxeita ao cambio. Teñen pois, unha dimensión histórica.

### 1.3. PRINCIPIOS INSPIRADORES DO SISTEMA PÚBLICO DE SERVIZOS SOCIAIS

Os Servizos Sociais establecen mediante os seus principios un compromiso ético que consiste en facer valer os valores sociais imprescindibles para afirmar a dignidade da convivencia.

Segundo Ariño (1996) sinala, o establecemento duns principios básicos inspiradores do sistema público dos servizos sociais é un avance teórico posto que na práctica o seu alcance queda moitas veces reducido, “antepóndose a defensa do poder á defensa dos dereitos da cidadanía ou á loita contra a marxinação”.

Os principios inspiradores dos Servizos Sociais veñen recollidos nas diferentes leis rexionais que lle dedican un capítulo á súa formulación. Todas as leis teñen como denominador común a referencia a un Estado de Benestar no que (formalmente) todos temos dereito a unha certa calidade de vida.

#### **Responsabilidade pública**

Todas as leis de Servizos Sociais recollen este principio: Queda baixo a responsabilidade do Estado, aínda que non dun modo monopolista, promover os recursos técnicos, financeiros e humanos axeitados para desenvolver a política de protección social.

Segundo Trigueros (1991: 29) a responsabilidade pública consiste en:

- Promover a creación dos servizos sociais e equipamentos sociais necesarios.
- Estudar e analizar as necesidades dos sectores de poboación que son obxecto específico dos servizos sociais.
- Establecer as bases de planificación dos servizos e equipamentos sociais.
- Determinar a área territorial que haberá de atender cada servizo e equipamento.
- Controlar e inspeccionar os servizos e equipamentos financiados con fondos públicos.
- Asegurar a calidade dos servizos que se prestan.
- Facilitar canles de participación á cidadanía.

#### **Universalidade**

A universalidade pode ser entendida en diferentes sentidos, neste manual entendemos que o principio de universalidade debe entenderse coma un dereito de todos os cidadáns e cidadás aos servizos sociais transcendendo o ámbito restrinxido da exclusión mediante unha acción preventiva (dirixida a toda a poboación) e asistencial (apoiando os núcleos de convivencia básicos ou alternativos cando sexa necesario) pero cunha atención preferente cara ás persoas excluídas, pobres, marxinas ou necesitadas de apoios persoais e sociais.

#### **Solidariedade**

A comunidade ten unha responsabilidade que debe exercer implicándose a través de accións voluntarias e de apoio mutuo e colaborando coas administracións competentes. Fai referencia á xusta distribución dos recursos, tanto entre as persoas e grupos sociais, coma entre os distintos territorios, a fin de fomentar a colaboración e apoio recíprocos.

O principio de solidariedade está apoiado na Constitución ao afirmar que España é un Estado social e democrático de Dereito que propugna entre outros valores superiores do seu ordenamento a xustiza

social e o deber de promover as condicións favorables para o progreso social e económico e para unha distribución da renda máis equitativa.

### **Prevención**

Os Servizos Sociais non só teñen que actuar de xeito atenuante e paliativo fronte ás desigualdades e inxustizas sociais, senón que deberán impedir que a estrutura social marxine, por iso deben dirixir a súa actuación a atallar as causas que provocan os problemas sociais e a traballar con elas.

A prevención debe orientarse a evitar a marxinação e a promover as condicións de igualdade.

O principio de prevención aparece recollido non só en todas as leis autonómicas de Servizos Sociais senón tamén en todos os manuais e textos de Tráballo Social.

### **Globalidade**

Este principio fai referencia á necesidade de contemplar ao individuo dende unha perspectiva global, con distintas circunstancias e rodeado de variables que deben ser consideradas no seu conxunto dado que todas elas se interrelacionan e conforman a súa situación. Debemos recordar que os problemas sociais son multidimensionais, polo tanto, obsérvase como necesario a coordinación da intervención de diversos departamentos.

### **Normalización-integración**

Estes principios están presentes na maior parte das leis de Servizos Sociais, xa sexa nas exposicións de motivos coma principios reitores e/ou como fundamento de políticas concretas de actuación social.

Reside no respecto á diferenza que debería entenderse coma unha obriga dos poderes públicos á hora de facilitar os apoios necesarios para que esas persoas ou grupos con necesidades diferentes poidan integrarse na vida comunitaria.

Estes principios non exclúen outro tipo de intervencións xa que aínda que nalgúns casos segue sendo necesaria a institucionalización, deben perseguirse fórmulas máis achegadas á vida na comunidade.

### **Participación**

Todos os sistemas autonómicos de Servizos Sociais contemplan a participación cidadá como un dos seus principios reitores ou piares básicos. Nun estado social e democrático de dereito, debe procurar unha forma de democracia realmente participativa e non simplemente representativa.

Entendemos que a participación da cidadanía ten que estar presente en todos os aspectos a que estes se refiren; planificación, control e xestión de servizos, en investigación e avaliación das necesidades sociais. Deste xeito acadaríase que os servizos estivesen conectados ás necesidades da cidadanía, e existiría polo tanto un medio eficaz para propor as solucións que mellor se adecúen á situación.

## Descentralización

Segundo o artigo 103.1 da Constitución Española, a Administración pública debe actuar de acordo co principio de descentralización.

- Descentralización territorial: organización pública na que varias administracións, a do Estado e outras territoriais, comparten a responsabilidade da satisfacción das necesidades de interese xeral.
- Descentralización funcional: técnica da Administración do Estado, ou doutras administracións territoriais centrais, mediante a cal recoñecen a personalidade administrativa e financeira de entes auxiliares, a quen fan responsables da prestación directa de servizos.

## Planificación-coordinación

Estes principios aparecen vencellados na maior parte das leis autonómicas e fan referencia ao coñecemento da realidade para poder adecuar necesidades e recursos a través da planificación e xunto coa coordinación aproveitando deste xeito ao máximo os recursos existentes e prever os que serán necesarios.

## **1.4. INTERDISCIPLINARIEDADE E TRABALLO SOCIAL**

Dado o complexo tramado social no que se desenvolven as relacións sociais, relacións de produción e formas culturais e de vida, calquera feito social, sexa conflictivo ou non, posúe trazos xurídicos, económicos, laborais, éticos, políticos, culturais, psicolóxicos, psicofísicos... En consecuencia, a comprensión, interpretación e tratamento dos problemas parece requirir o concurso de distintos coñecementos co obxectivo de evitar unha visión nesgada, parcelada, simplista ou reducionista da realidade.

As ciencias, na nosa sociedade actual, alcanzaron un nivel de fragmentación e especialización tal que deterioraron a posibilidade de contemplar os fenómenos sociais nunha dimensión global e integradora. Para facer fronte a este proceso, o modelo interdisciplinar intenta afrontar dentro dun marco teórico alternativo as necesidades prácticas e de coñecemento da realidade, a complexa relación entre as múltiples disciplinas, técnicas, tecnoloxías e prácticas existentes na actualidade.

A interdisciplinarietà fai referencia a unha relación, integración, intercambio mutuo e/o acercamento de métodos e teorías entre diversas disciplinas. Nun sentido restrinxido, Georges Gusdorf defínea como: *o encontro e a cooperación entre dúas ou máis disciplinas, aportando cada unha delas (no plano da teoría ou a investigación empírica) os seus propios esquemas conceptuais, a súa forma de definir os problemas e os seus métodos de investigación.*

A adopción dunha visión interdisciplinar non significa descoñecemento ou infravaloración da autonomía de cada disciplina, senón unha nova noción do concepto de disciplina que de forma preliminar podemos entender como:

- Un conxunto de coñecementos rexionais (antigo obxecto), con núcleos temáticos interrelacionados, uns máis importantes ou centrais e outros subsidiarios.
- Acoutado por caracteres propios: tanto nos métodos, principios e procesos racionais e experimentais da investigación como oa aprendizaxe deses coñecementos e métodos.

A interdisciplinabilidade, na súa explicación última, ten a súa base nun concepto sistemático e interactivo da ciencia. É un complexo de correspondencia entre disciplinas, núcleos temáticos, métodos que se explican e apoian por medio dunha serie de dispositivos de observación, experiencia, información, acumulación e transacción que se manteñen co exterior e no seu interior.

No Traballo Social, interdisciplinabilidade e autonomía compléméntanse. O avance do Traballo Social depende tanto da profundización na súa teoría de conxunto como dun compromiso efectivo co coñecemento e a práctica dos fundamentos; intentando ir máis alá dunha formulación puramente operacional ou pragmática.

Esa tensión positiva permanente, que invita á procura, á ampliación de horizontes e á superación de criterios reduccionistas ou fórmulas dogmáticas ríxidas na análise dos feitos ou na aproximación ás realidades, constitúe unha das claves da identidade do Traballo Social, como disciplina científica e como actividade profesional.

## **1.5. O TRABALLO SOCIAL E A REALIZACIÓN DE VALORES NA PRAXES SOCIAL**

O Traballo Social, ao igual que outras disciplinas de intervención, non é alleo a uns valores que leva implícitos na súa teoría e na súa práctica social. A práctica do Traballo Social é, en si mesma, unha práctica de valores.

É importante ter presente que en cada realidade concreta non só hai unha serie de propiedades que podemos percibir senón tamén unha estrutura de valores que se presentan a nosa capacidade de estimar. Como subliñou Ortega e Gasset, estas dúas experiencias (a sensible e a estimativa) avanza independentemente a unha da outra. Insistiuse que a estimación e interpretación dos valores fanse sempre en referencia á situación concreta da persoa, ás circunstancias de tipo individual e ao contexto social, cultural e histórico en que vive e actúa.

Os valores, en suma, son formas de xulgar a realidade e sentila, ofrecen criterios para as preferencias e rexeitamentos e implican unha selección estimativa entre os diversos modos ou alternativas de acción.

Os valores propios do Traballo Social foron plasmados nos diferentes códigos de ética de distintos países, así como en numerosos traballos acerca de modelos da práctica profesional. Están implícitos, na práctica, as reflexións acerca do que é, o que debe ser o Traballo Social, a qué principios debe responder, cómo deben respectarse os dereitos da clientela, etc.

Por outra banda, aínda que os principios e valores do Traballo Social están relacionados coas condicións e normas da época, hai un substrato valorativo permanente que pervive ao longo do tempo e que contribúe a definir a identidade do Traballo Social, se ben algúns autores entenden que e cuestionable que poidan existir valores xerais aínda dentro dunha mesma cultura.

É posible, por outra parte, o conflito entre valores persoais, valores profesionais e valores da institución na que realiza o seu labor de Traballo Social. Este conflito aplícase tendo en conta que a sociedade actual está producindo unha ruptura do sistema de valores tradicionais.

O Estado de benestar, ao entrar en crise, encóntrase sobrecargado de demandas imposibles de satisfacer e a solución liberal neoconservadora fai fincapé na capacidade individual como fórmula para aumentar o nivel e a calidade de vida. Isto leva ao aumento masivo do desemprego, bolsas de pobreza, inflación galopante, intervencionismo crecente do Estado nos aspectos da vida económica, que non social.

O Traballo Social, que actúa nese marco de servizos sociais, é obvio que se acha ante un dilema difícil de resolver, a saber, entre a redefinición das políticas sociais e as demandas crecentes da cidadanía, especialmente da máis desprotexida.

## 1.6. PERSPECTIVA HISTÓRICA DO TRABALLO SOCIAL

Tal e como nos indica Miranda (2008:11): “Ninguén pode prescindir da súa orixe. Unha profesión, unha disciplina que descoñece a súa orixe está obrigada a inventar esas orixes permanentemente”. A través deste epígrafe tentaremos dar un contido disciplinar á profesión de traballo social que comezou sendo unha ocupación. Coñecer a historia da profesión do traballo social pode axudarnos a non cometer erros, a superar os do presente e adiviñar cara a onde nos diriximos.

Respecto a cando tivo a súa orixe a disciplina do traballo social, existe controversia:

Algúns autores opinan que a acción social está estreitamente ligada á raza humana, nas sociedades primitivas as tribos e clans constituían un forte impulso para a axuda mutua.

Hai quen pensa que a orixe da acción social e do traballo social se remonta aos tempos máis antigos, na Mesopotamia do século XVIII a. de C. co Código do Rey Hammurabí, o primeiro código de leis escritas que reflicte un interese por intervir nos problemas sociais.

Podemos ver tamén diversas referencias á antiga Roma, que asumiu coma un deber do Estado, socorrer a mendigos e cidadáns pobres, o papel decisivo dos maiores e o impulso de reformas sociais.

Coa aparición das grandes relixións (xudaísmo, islamismo e cristianismo), establécense normas morais e relixiosas, nas que se atopan as primeiras formas de axuda.

Ao longo da historia da cultura occidental atopamos diferentes formas de desenvolver a axuda a través da acción social. Nos séculos XIV e XV, practicábase a axuda de diversas formas: a esmola por parte de señores feudais aos pobres, a axuda mutua dos antigos gremios e a axuda pública a través de hospicios e hospitais rexentados por ordes relixiosas.

As sociedades filantrópicas máis relevantes tiveron a súa orixe na Inglaterra dos séculos XVIII e XIX, pasando da única acción privada inicial á colaboración e complementariedade co Estado como exemplo do proceso de construción do sistema de caridade pública coa lei de pobres inglesa; neste senso, a acción filantrópica limitouse a determinadas áreas que a beneficencia do Estado non atendía.

No século XIX, coa emerxencia do capitalismo, prodúcese unha revolución social que convulsiona a sociedade europea. O maior consenso sobre a orixe da disciplina de traballo social radica en que a orixe do traballo social comeza no mesmo momento que o inicio das ciencias sociais. Nace, en Inglaterra, máis concretamente en Londres, a partir de grupos e organizacións que pretenden dar resposta aos graves problemas que se derivan do proceso da industrialización da sociedade occidental. Dende Londres propagouse con gran rapidez ao resto dos países, pero foi en Estados Unidos onde maior calado tivo.

Xorden dúas das experiencias que dotarán á profesión do traballo social de maior contido e significado: as organizacións sociais da caridade (COS) e os settlements.

A **COS** (1869) nace como resposta á caridade indiscriminada e promotora dos profesionais da pobreza. No seu seo, nace o primeiro método do traballo social, o “social casework” ou traballo social de



casos. Neste senso, a COS representa unha entidade privada con interese na promoción científica das súas accións, preocupada pola formación do seu persoal voluntarios como elemento de máxima prioridade, á hora de desenvolver un bo traballo, chegando a converterse no Departamento de Ciencia Social e da Administración da London School of Economics, base fundadora do Traballo Social anglosaxón.

A maior achega do COS radica na súa metodoloxía básica, que consistía na realización dun diagnóstico previo das necesidades reais, dunha análise detallada das axudas posibles para cada caso, sen contar cun fondo económico común senón a través de cartas personalizadas a grandes filántropos ou a través de anuncios nas revistas da organización.

Como asesora e profesora da Escola de Filantropía de New York e do COS, Mary Richmon realiza a maior profundización da profesión do traballo social, propoñendo catro principios básicos: o individualismo do ser humano, a autodeterminación da clienta ou do cliente fronte ás decisións sobre o seu futuro e os seus problemas; a necesidade do tratamento individualizado; e a formación como proposición básica para afrontar o traballo social.

As **casas de veciñanzas (settlement houses)** reflectían unha nova resposta organizativa á problemática da industrialización e da inmigración, introducindo un modelo alternativo de axencia para o servizo social. Os *settlements* enfocábanse nas causas ambientais da pobreza e en estender as oportunidades de traballo aos pobres. Realizaban investigacións, axudaron a sistematizar a xustiza xuvenil, estableceron un programa de pensións para viúvas, iniciaron lexislación para prohibir o emprego de menores e introduciron reformas da saúde pública baixo o concepto do seguro social.

Mentres que os *settlements* se centraban en buscar solucións a través do traballo en grupo ou do traballo social comunitario, o traballo social do COS concentrábase máis na investigación de antecedentes individuais ou de familias.

A primeiros do século XX iníciáanse subespecialidades en medicina e psiquiatría e mais as escolas de traballo social. O crecemento da investigación á parte da práctica tamén estimulou a creación de programas de capacitación para o traballo social en 1898.

A partir da Primeira Guerra Mundial os traballadores e traballadoras sociais son reclamados coma especialistas para realizar tratamentos con individuos “non empobrecidos” e as súas familias.

Despois da II Guerra Mundial as traballadora e traballadores sociais tiveron unha ampla influencia social ao desenvolver programas con grupos e participar na organización das comunidades que pasaban por situacións de depresión e pobreza, ademais da falta de dinamismo económico propio da posguerra; estes factores políticos, económicos e sociais son os elementos constituíntes do Estado de Benestar na Europa Occidental da época. A construción dun modelo político que garanta os dereitos da cidadanía afástanos do Estado Liberal da época anterior.

Neste momento histórico, o método do traballo social cambia porque así o esixe a estrutura social para que se produza un avance do Estado de Benestar. Leváronse a cabo grandes esforzos para elevar o nivel profesional na profesión. Estes esforzos incluíron unha mellor normalización de axencias e prácticas, o desenvolvemento de programas interdisciplinarios para o doutorado e a creación dun núcleo esencial de programas educativos para a Mestría en Traballo Social (MSW).

Durante máis dun século a profesión do traballo social desenvolveuse e reinventouse en resposta aos rápidos cambios sociais e económicos, mantendo o seu enfoque sobre a defensa ao cumprimento das necesidades dos segmentos máis vulnerables da sociedade e á mellora do seu benestar. Hoxe, as traballadoras e os traballadores sociais constitúen o maior número de profesionais que traballan nas áreas de saúde mental e de servizos a familias. É probable que xurdan novas prácticas e causas para

os traballadores e traballadoras sociais. Nunha sociedade de maior aspecto multicultural, as organizacións de base comunitaria poden xogar un papel importante en dar realce á participación de persoas beneficiadas no deseño e na entrega de servizos sociais, mentres se amplía e revitaliza a natureza mesma do traballo social.

## 1.7. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DO TRABALLO SOCIAL EN ESPAÑA

Ao igual que no resto de países, o traballo social en España desenvolveuse en función dos avances do proceso de industrialización.

Como antecedentes á intervención do Estado en España existen tres referentes normativos:

- A Lei xeral de beneficencia (1849)
- A Lei orgánica de sanidade (1855)
- A Lei de reformas sociais (1883), que podemos considerar precursora do traballo social, aínda que terán que pasar moitos anos ata que se considerara legalmente a profesión.

O nacemento do traballo social en España xorde logo dunha transición democrática e co desenvolvemento legislativo que propicia a Constitución Española (1978). As necesidades laborais aténdense e, por outro lado, recoñécense as garantías dos dereitos fundamentais da cidadanía no marco dun Estado social e de dereito.

No contexto español establécense tres grandes períodos históricos en torno ao traballo social:

- Nacemento do traballo social coma resposta ás necesidades xurdidas da revolución industrial.
- A etapa de entre guerras coa presenza da ideoloxía do movemento obreiro sindical coma resposta ás crises económicas das posguerras.
- Desenvolvemento do traballo social coma consecuencia do cambio no pensamento social que tende cara á solidariedade, a través das políticas sociais e a implantación do Estado de Benestar.

Nun primeiro momento o traballo social caracterízase pola acción paternalista e benéfico-asistencial imposta polos seus promotores: a Igrexa católica e a Sección Feminina, aínda que o Estado non recoñece unha función profesional no seu labor.

No ano 1932 en Barcelona créase a primeira Escola de Asistencia Social para a Muller, coma filial da Escola Católica de Bélxica. Sete anos despois fúndase en Madrid a Escola de Formación Familiar e Social.

Nos comezos da industrialización e co cambio manifesto na estrutura social española, diminución da poboación agrícola e incremento dos traballadores da industria, reclámase unha maior profesionalización do traballo social e un incremento de profesionais. O número de Escolas no ámbito nacional chega a 32 no ano 1964, a maior parte representada pola Federación de Escolas da Igrexa de Servizo Social (FEEISS).

No ano 1964 recoñécense os estudos de servizo social polo Ministerio de Educación e Ciencia coma técnicos de grao medio.

En 1967 créase a primeira Escola Oficial en Madrid e no 1968, no primeiro Congreso Nacional en Barcelona, acéptase o termo de traballo social e elabórase un código deontolóxico, solicitándose a integración dos estudos na universidade.

Sucédense diferentes eventos formativos que contribuíron ao desenvolvemento da formación técnica e ideolóxica dos traballadores e das traballadoras sociais, buscando a acción sobre as causas e non só sobre os efectos.

A etapa dos anos oitenta caracterízase polo establecemento dun novo marco normativo que se lle ofrece á cidadanía como garantía dos dereitos sociais, estrutúrase un servizo público de servizos sociais e xa non teñen cabida as prácticas benéfico-asistenciais. Destacan nesta época dos oitenta as achegas cara á consolidación do sistema de protección social e cara á incorporación da formación dos traballadores sociais como estudos universitarios de primeiro ciclo.

No ano 1992, coincidindo con dous feitos que marcaron historia en España, a Exposición de Sevilla e as Olimpíadas de Barcelona, teñen lugar diversas actuacións dos traballadores e das traballadoras sociais nas políticas sociais sobre todo en programas que comportan un progreso no recoñecemento social da disciplina que abren novos ámbitos de intervención e deben afrontar novas demandas coas conseguíntes respostas por parte do traballo social: incorporación dos avances tecnolóxicos e as técnicas avanzadas de investigación para mellorar a calidade das achegas ao análise da realidade.

Neste mesmo momento realízase unha proposta no mundo formativo: un segundo ciclo ou ben unha nova titulación de licenciatura en traballo social, axuntando esforzos dende dúas fronteiras: o Consello Xeral de Colexios Oficiais de Diplomados en Traballo Social e as Escolas de Traballo Social das Universidades Españolas.

O progreso da profesión de traballo social débese en gran medida aos esforzos colectivos dos profesionais e do persoal docentes, que traballan cara á consecución dun obxectivo común.



# Capítulo 2

## As Demencias. Definición e Tipoloxías

### 2.1. CONCEPTO DE DEMENCIA

Segundo a *Guía para cuidadores de enfermos de alzhéimer* (2007), trátase dun grupo de enfermidades que se caracterizan por síntomas e signos que producen deterioración das funcións de memoria, coñecemento, linguaxe, incapacidade para realizar labores motores complexos...

### 2.2. TIPOS DE DEMENCIAS

#### A. ENFERMIDADE DE ALZHEIMER

##### Concepto

Segundo *Terapia Ocupacional en Alzhéimer e outras demencias* (2016), o alzhéimer é unha enfermidade dexenerativa cerebral na que se perden neuronas. Prodúcese por un cúmulo dunha proteína anormal, ami-loide, e aparecen unhas lesións características, a formación de placas senís e nobelos neurofibrilares. Estas lesións provocan unha serie de síntomas relacionados coa perda de capacidade intelectual, pero ademais, ao longo da evolución da enfermidade aparecen os denominados síntomas neuropsi-quiátricos como son a axitación, agresividade ou alucinacións. Co tempo, todo iso aboca nunha incapacidade da persoa que padece esta enfermidade. A enfermidade de Alzheimer é a causa máis común de demencia en persoas maiores de 65 anos.

##### Síntomas da enfermidade de Alzheimer

O síntoma principal e clásico desta enfermidade, é a alteración da memoria recente: existe unha dificultade ou incapacidade para reter nova información. Ás veces, a persoa usuaria non é consciente do que lle ocorre; sabe que algo pasa, pero non sabe o qué, e maniféstase como ansiedade e/ou depresión. Estes síntomas de memoria son frecuentes na poboación sa e é importante poder diferenciarlos dunha perda de memoria real.

Sempre é preciso realizar unha entrevista á persoa cuidadora ou familiar máis directa, que poderá contar datos básicos do que lle sucede á persoa usuaria. Ás veces, o síntoma principal é o cambio de carácter: máis irritable, menos comunicativo, distinto de antes...

A medida que avanza a enfermidade, todos estes síntomas fanse máis evidentes, con aparición doutros déficits, como a desorientación espacial, a falta de iniciativa, a imposibilidade para planificar un labor sinxelo, agresividade..

Finalmente, nos últimos estadios, aparece a alteración da marcha, a perda de hábitos hixiénicos, a incapacidade para vestirse e comer só...

**Táboa 1: Principais síntomas nas diferentes etapas da enfermidade de Alzheimer**

| ETAPA                           | PRINCIPAIS SÍNTOMAS  |
|---------------------------------|--|
| <b>DEMENCIA LEVE</b>            | <p>Dificultade no traballo, na comunicación verbal ou ó recordar lugares pouco comúns. A familia decátase das dificultades.</p> <p>As principais manifestacións desta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A persoa pode perderse nun lugar non familiar.</li> <li>- Os compañeiros detectan un baixo rendemento laboral.</li> <li>- As persoas máis próximas aprecian defectos na evocación de palabras e nomes.</li> <li>- Ao ler un parágrafo dun libro retén moi pouca información.</li> <li>- Perde ou pon nun lugar erróneo un obxecto de valor.</li> <li>- Capacidade moi diminuída para aprender nomes novos.</li> <li>- Poden asociarse síntomas de ansiedade, depresión e unha diminución da iniciativa.</li> </ul>                     |
| <b>DEMENCIA MODERADA</b>        | <p>Diminución da capacidade para viaxar, para contar ou para recordar acontecementos recentes.</p> <p>As principais manifestacións desta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coñecemento diminuído dos acontecementos actuais e recentes.</li> <li>- Poden existir algunhas dificultades no recordo da súa historia persoal.</li> <li>- Dificultade para organizar viaxes, ocuparse das súas finanzas persoais e na toma de medicación.</li> </ul>   |
| <b>DEMENCIA MODERADA SEVERA</b> | <p>Necesita axuda para elixir a roupa, desorientación no tempo ou no espazo e dificultades para recordar o nome dos netos. A persoa non pode sobrevivir moito tempo sen algunha asistencia.</p> <p>As principais manifestacións desta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non recorda datos relevantes da súa vida actual: dirección, teléfono, etc.</li> <li>- É frecuente certa desorientación no tempo: data, día, etc.</li> <li>- Pode ir só sen perderse unicamente a lugares próximos e coñecidos.</li> <li>- Recorda o seu nome e xeralmente o da súa parella e fillos.</li> <li>- Non require asistencia no aseo nin na comida nin para vestirse, pero pode ter certa dificultade na elección das prendas de vestir axeitadas</li> </ul> |

| ETAPA  | PRINCIPAIS SÍNTOMAS   |
|--|---|
| <p align="center"><b>DEMENCIA SEVERA</b></p>   | <p>Necesita supervisión para comer e asearse, posible incontinencia, desorientación no tempo, no espazo e, posiblemente, na identidade. Ocasionalmente pode esquecer o nome do seu cónxuxe, de quen é, e por outra parte, e depende totalmente para sobrevivir.</p> <p>As principais manifestacións desta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Descoñece os acontecementos e experiencias recentes da súa vida.</li> <li>- Mantén certos recordos da súa vida pasada.</li> <li>- Desorientación no tempo e no espazo.</li> <li>- Require asistencia nas actividades cotiás.</li> <li>- Poden ter incontinencia ou requirir axuda para desprazarse.</li> <li>- Case sempre recorda o seu nome.</li> </ul> |
| <p align="center"><b>DEMENCIA MOI SEVERA<br/>OU ETAPA TERMINAL<br/>DAS DEMENCIAS</b></p> | <p>Perda importante da capacidade verbal, incontinencia e rixidez motora.</p> <p>As principais manifestación desta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perda progresiva das capacidades verbais. Inicialmente pode pronunciar palabras e frases moi circunscritas; nas últimas etapas non hai linguaxe, emite unicamente sons.</li> <li>- Incontinencia urinaria e posiblemente fecal.</li> <li>- Require asistencia no aseo e na alimentación.</li> <li>- Progresivamente incapaz de camiñar sen axuda.</li> <li>- A persoaponse ríxida</li> </ul>   |

Elaboración propia a partir de *Terapia Ocupacional en alzhéimer e outras demencias* (2016)

### Diagnóstico da enfermidade

Se a enfermidade está en fase moderada ou severa, o diagnóstico adoita ser fácil, xa que os síntomas son evidentes e os datos da persoa cuidadora rara vez levan a erro. A cousa cambia nos estadios iniciais; isto require máis atención e dedicación ao ou á paciente, á súa historia clínica e un bo interrogatorio á persoa cuidadora (se falta este última, será máis difícil facer un diagnóstico correcto).

Existe unha batería de preguntas polas que se pode ter unha orientación aproximada, algunhas moi extensas e pouco prácticas para a consulta habitual. A máis utilizada e con bos resultados é o Minimal Mental Test. A proba consiste en diversas preguntas de habilidade para realizar actos motores, lectura, escritura, ideación e recoñecemento de obxectos. Se todo está ben, o resultado é de 30 puntos.

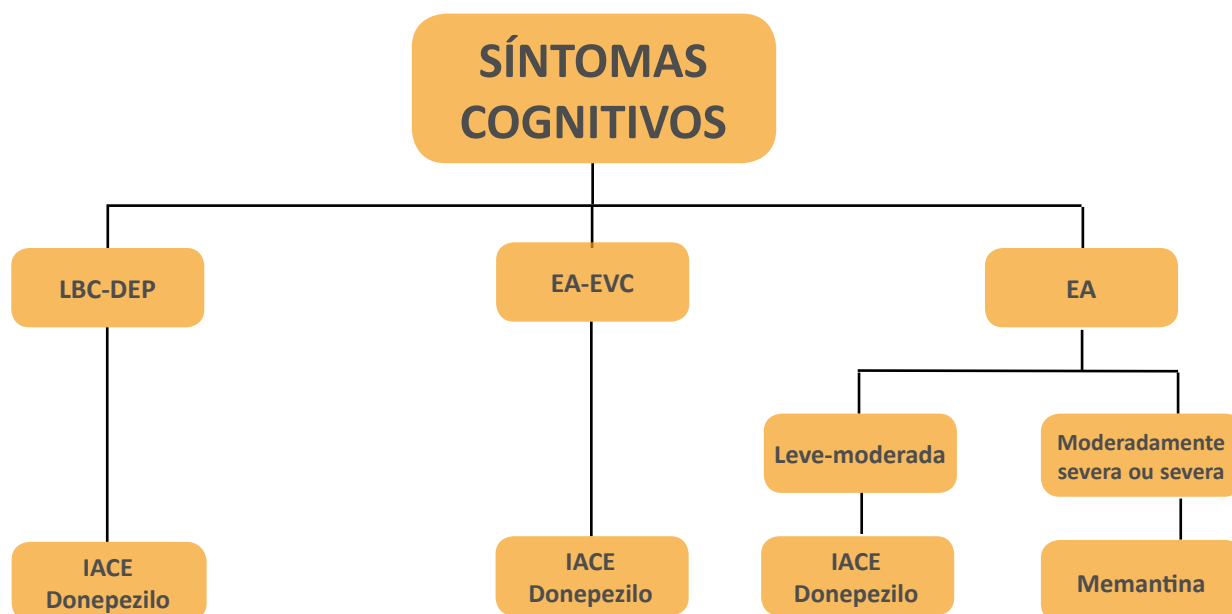
- entre 30 e 24 puntos: demencia dubidosa
- entre 24 e 20 puntos: demencia leve

- entre 20 e 14 puntos: demencia leve-moderada
- menos de 14 puntos: demencia moderada
- menos de 10 puntos: demencia severa

Ata aquí sería o proceso de diagnóstico inicial e de sospeita. Posteriormente débese realizar unha serie de probas complementarias, como o TAC ou a resonancia, segundo a sospeita diagnóstica, ademais de determinación de análise de sangue para descartar infeccións crónicas (sífilis), déficit vitamínicos e, en ocasións, análise do líquido cefalorraquídeo (punción lumbar).

Cómpre termos presente que a día de hoxe non existe unha proba diagnóstica desta enfermidade. O diagnóstico sempre é de sospeita ou, en fases avanzadas, case de certeza, pero para o diagnóstico definitivo habería que realizar unha biopsia cerebral.

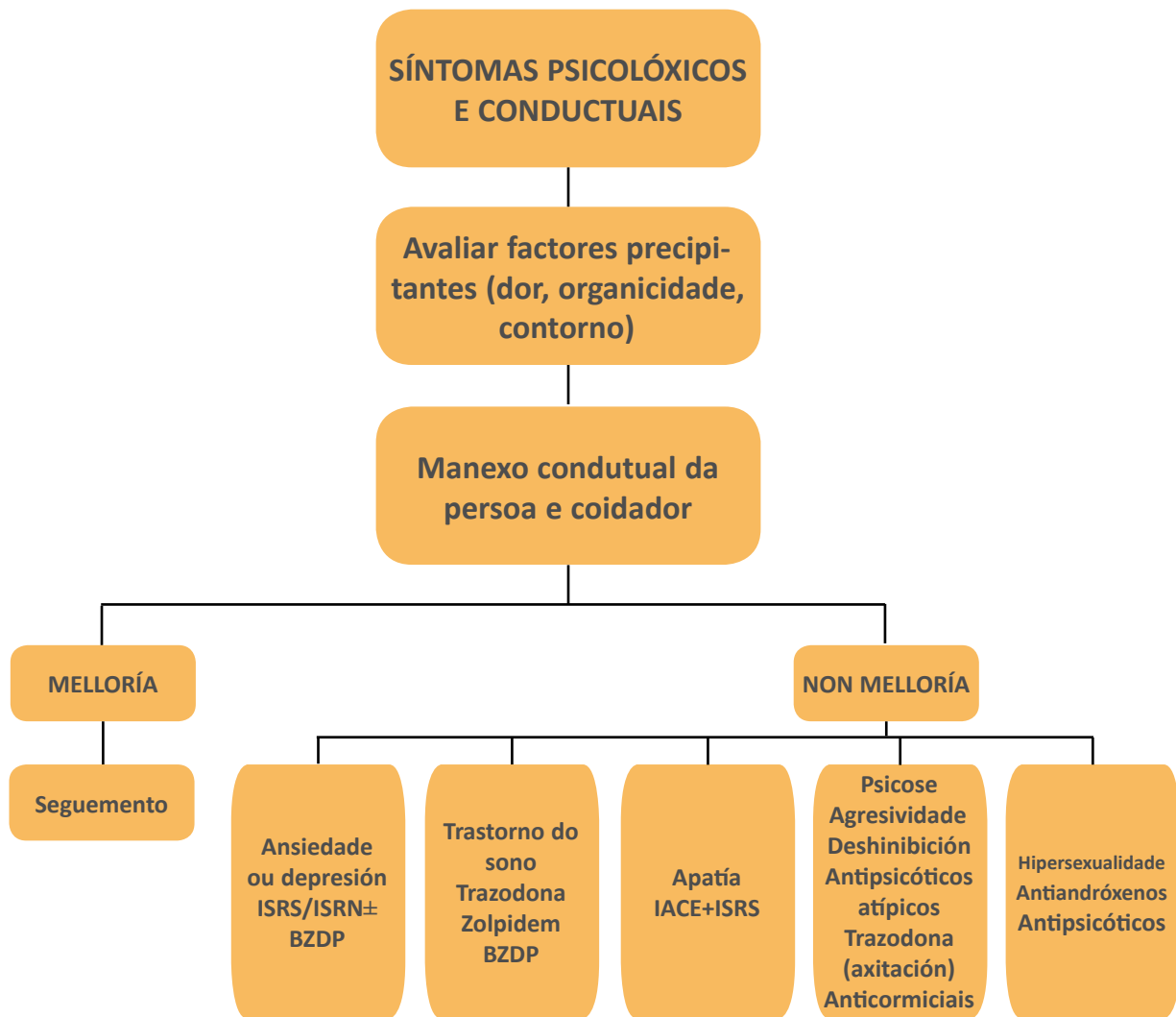
**Figura 1: Tratamento farmacolóxico de síntomas cognitivos da persoa con demencia. (Manual del residente en Geriatría)**



**LBD:** Demencia Corpus de Lewy; **DEP:** Demencia da enfermidade de Parkinson; **EA:** Enfermidade de Alzheimer; **EVC:** Enfermidade vasculocerebral; **IACE:** Inhibidores acetilcolinesterasa.



Figura 2: Tratamento farmacolóxico dos síntomas psicolóxicos e condutuais da persoa con demencia (Manual del Residente en Geriatría)



**ISRS:** Inhibidores selectivos da recaptación de serotonina; **ISRN:** Inhibidores selectivos da recaptación de noradrenalina; **BZDP:** Benzodiazepinas; **IACE:** Inhibidores acetilcolinesterasa.

Táboa 2: Tratamento non farmacolóxico da persoa con demencia (Manual del residente en Geriatría)

| TIPO DE ACTIVIDADE                        | Demencia Leve | Demencia Moderada | Demencia Moderada-Severa | Demencia Severa |
|---|---------------|-------------------|--------------------------|-----------------|
| Estimulación ABVD                         |               | x                 | x                        | x               |
| Estimulación AIVD                         | x             |                   |                          |                 |
| Estimulación cognitiva                    | x             | x                 |                          |                 |
| Orientación á realidade                   | x             | x                 | x                        |                 |
| Reminiscencia                             | x             | x                 | x                        |                 |
| Musicoterapia/ ludoterapia / laborterapia | x             | x                 | x                        | x               |
| Estimulación sensorial                    |               | x                 | x                        | x               |
| Manexo condutual                          | x             | x                 | x                        | x               |

Elaboración propia a partir do "Manual del residente en Geriatría"

## B. DEMENCIA DE CORPOS DE LEWY (DCL)

### Concepto

A demencia con Corpos de Lewy é unha enfermidade neurodexenerativa primaria, a segunda máis prevalente despois da enfermidade de Alzhéimer. A súa característica principal é a presenza intraneuronal dunhas inclusións chamadas corpos de Lewy, cuxo compoñente principal é a proteína sináptica alfa-sinucleína.

### Diagnóstico

En 1996, o Consorcio para a Demencia con Corpos de Lewy desenvolveu, nunha conferencia de persoas expertas, uns criterios de consenso para o seu diagnóstico:

**Táboa 3: Criterios de consenso para o diagnóstico de demencia con Corpos de Lewy**

|  |  |
|--|--|
| <b>CRITERIOS DE CONSENSO PARA O DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA CON CORPOS DE LEWY</b> | <p>Deterioro cognitivo progresivo de suficiente intensidade para interferir coa actividade social e laboral, con trastornos de memoria, atención e tarefas visuoespaciais.</p> <p>Son precisos 2 dos seguintes trazos para realizar o diagnóstico de demencia por corpos de Lewy probable e un para caso posible:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Flutuación con variacións da atención.</li><li>2. Alucinacións visuais recorrentes e detalladas.</li><li>3. Parkinsonismo</li></ol> <p>Apoian o diagnóstico:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Caídas repetidas</li><li>2. Síncope</li><li>3. Perda de conciencia</li><li>4. Sensibilidade a neurolépticos</li><li>5. Ilusións sistematizadas</li><li>6. Trastorno de conduta sono REM</li><li>7. Depresión</li></ol> <p>O diagnóstico é menos probable en presenza de:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Historias de ictus</li><li>2. Trastorno cerebral ou sistémico que interfira desde o punto de vista cognitivo.</li></ol> |
|--|--|

Elaboración propia a partir de "Demencia: una epidemia en el siglo XXI" (2004).

### Características clínicas

A DCL caracterízase por presentar un importante déficit de atención así como disfuncións visuoespaciais e visuoespaciais. Presenta ademais episodios confusionais recorrentes, que poden ser de minutos, horas ou días e maniféstase como importante somnolencia diúrna. O parkinsonismo predominante caracterízase por ser ríxido e acinético, con grande inestabilidade postural e amimia

facial. O tremor é de actitude e de importancia menor.

## C. DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

### Concepto

A demencia frontotemporal defínese como unha enfermidade neurodexenerativa, caracterizada por un cambio progresivo na personalidade e no comportamento e/ou unha alteración temperá e progresiva da linguaxe, na que a memoria e as capacidades visuoespaciais están relativamente preservadas nos estadios iniciais. Considérase a segunda causa de demencia máis frecuente en menores de 65 anos.

### Criterios diagnósticos de consenso

Táboa 4: Criterios de consenso para o diagnóstico de demencia frontotemporal

|  |  |
|--|--|
| <b>CRITERIOS DE CONSENSO PARA O DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA FRONTOTEMPORAL</b> | <p>Criterios esenciais:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Inicio insidioso e progresión gradual</li><li>2. Trastorno precoz da conduta social de relación interpersonal</li><li>3. Alteración precoz da capacidade de autorregulación cuantitativa da conduta persoal</li><li>4. Superficialidade e indiferenza emocional precoces</li><li>5. Anosognosia precoz</li></ol> <p>Manifestacións que apoian o diagnóstico:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Comezo antes dos 65 anos</li><li>2. Agrupación familiar de demencia ou antecedente dun trastorno similar nun familiar de primeiro grao</li><li>3. Trastorno de conduta</li><li>4. Alteracións da fala e da linguaxe</li><li>5. Signos físicos:<ul style="list-style-type: none"><li>- Reflexos de desinhibición cortical</li><li>- Incontinencia urinaria</li><li>- Acinesia, rixidez, tremor</li><li>- Presión arterial baixa e lábil</li><li>- Parálise bulbar, debilidade e atrofia muscular</li></ul></li></ol> |
|--|--|

Elaboración propia a partir de "La demencia máis psiquiátrica: demencia frontotemporal, variante frontal" (2004).

### Características clínicas

A característica primordial da DFT é un grave trastorno de conduta e da personalidade da do paciente, que se reflicte na dificultade para modular o comportamento ante situacións sociais. Son frecuentes as alteracións dos hábitos orais e relacionados coa inxesta, como a comida excesiva, o consumo excesivo de tabaco e/ou alcohol e a exploración oral de obxectos incomedibles.

Na fase inicial da enfermidade, estas alteracións de conduta e de personalidade acostuman

prevalecer aos déficits cognitivos, o que dificulta a posibilidade dun diagnóstico precoz.

Nos estadios precoces, a exploración neurolóxica convencional é normal e a capacidade cognitiva global e a memoria poden estar conservadas. Existe unha afectación da capacidade executiva, da fluencia verbal, do pensamento abstracto e do razoamento.

A miúdo, os síntomas de ansiedade e depresión e os cambios rápidos de humor dan paso á despreocupación emocional. O afecto descríbese a miúdo como indiferente e a persoa mostra escasa frustración ou malestar en relación coas súas propias alteracións.

## D. A DEMENCIA VASCULAR

### Concepto

A demencia de tipo vascular é o segundo grupo de demencias máis frecuente despois da enfermidade de Alzhéimer. As características da demencia son a manifestación das lesións vasculares cerebrais de distinto tamaño e localización.

### Características clínicas

A demencia vascular caracterízase por unha preservación da memoria. Aparece dificultade para realizar e planificar tarefas complexas, as actividades instrumentais da vida diaria. A persoa perde a iniciativa, hai apatía e pode confundirse cunha depresión. Nesta demencia as dificultades cognitivas poden coexistir con signos físicos ou neurolóxicos, como dificultades da marcha, parálise dun lado do corpo ou limitación do campo visual.

### Clasificación das demencias vasculares

Táboa 5: Clasificación das demencias vasculares

| TIPO DE DEMENCIA VASCULAR                                    | TIPO DE LESIÓN VASCULAR  |   |
|--|--|---|
| <b>Demencia multiinfarto</b>                                 | Infartos múltiples, grandes, completos e subcorticais, en xeral, con outros infartos periféricos incompletos.        |   |
| <b>Demencia por infarto estratéxico</b>                      | Infartos illados, poucos e restrinxidos en rexións cerebrais funcionalmente importantes, na súa maioría subcorticais |   |
| <b>Demencia por enfermidade de pequenos vasos subcortais</b> | Subcorticais   | <ul style="list-style-type: none"><li>- Enfermidade de Binswanger ou encefalopatía subcortical, arterioesclerótica ou encefalopatía progresiva subcortical vascular.</li><li>- Arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticais e leucoencefalopatía (CADASIL).</li></ul> |

| TIPO DE DEMENCIA VASCULAR                                    | TIPO DE LESIÓN VASCULAR   |  |
|--|---|--|
| <b>Demencia por enfermidade de pequenos vasos subcortais</b> | Cortical e Subcortical  | - Anxiopatía hipertensiva e arterioesclerótica.<br>- Anxiopatía amilíodea con hemorraxias.<br>- Enfermidade coláxeno-vascular con demencia |
| <b>Demencia por isquemia Hipoxia</b>                         | Encefalopatía difusa anóxica-isquémica ou restrinxida debido á vulnerabilidade selectiva.<br>Infartos incompletos na sustancia branca.<br>Infartos de zona fronteira. |  |
| <b>Demencia por hemorraxias</b>                              | Hemorraxia traumática subdural<br>Hemorraxia subaracnoidea<br>Hematoma cerebral   |  |

Elaboración propia a partir de “*Terapia Ocupacional en alzhéimer e outras demencias*” (2016)

## E. ENFERMIDADES DE HUNTINGTON (EH)

### Concepto

A enfermidade de Huntington é una enfermidade hereditaria, autosómica dominante e progresiva que se manifesta a través de alteracións neurolóxicas e psiquiátricas e trastornos cognitivos. A dita enfermidade leva este nome en memoria do doutor George Huntington, quen en 1872 realizou a primeira descrición da enfermidade. Durante moito tempo coñeceuse co nome de “corea” (palabra de orixe grego que significa danza) de Huntington, debido a que unhas das principais características clínicas desta enfermidade son os movementos involuntarios (coreoatetosis); non obstante, na actualidade optouse pola denominación de EH, xa que non todos os pacientes afectados presentan corea.

### Características clínicas

As características clínicas que definen a EH son os trastornos motores, as alteracións psiquiátricas e o deterioro cognitivo.

#### • *Trastornos motores*

Son os síntomas máis rechamantes desta enfermidade nos estadios iniciais. Adoitan manifestarse en forma de tics, que se poden acompañar de certos estados de axitación e prexudican a vida cotiá do e da paciente; paulatinamente, os ditos movementos son cada vez máis frecuentes, e fanse finalmente evidentes na cabeza, no pescozo e nas extremidades. Os e as pacientes rematan por manifestar marcadas alteracións ao camiñar, falar ou comer.

- **Trastornos psiquiátricos**

Son tamén manifestacións frecuentes da EH, pero non acostuman seguir o mesmo patrón en todos os casos e, máis que específicos, adoitan abarcar unha gran variedade de trastornos, como síntomas esquizoides, depresión, ansiedade, trastornos de personalidade, irritabilidade, impulsividade, apatía, agresividade...

- **Trastornos cognitivos**

Acostuman manifestarse a través de alteracións na fala, enlentecemento dos procesos mentais e motores, alteracións da memoria recente, problemas de atención, alteración visuoespacial e das funcións executivas (déficit de planificación e secuenciación).

## F. DEMENCIA ASOCIADA Á ENFERMIDADE DE PÁRKINSON (PDD)

### Concepto

É a demencia que aparece no contexto dunha enfermidade de Párkinson típica establecida, e que afecta a máis dun dominio cognitivo, principalmente á atención e á función executiva e visuoespacial. Esta demencia aparece previamente ou ao mesmo tempo que os síntomas parkinsonianos.

### Diagnóstico

Para o diagnóstico operativo considérase que ten que transcorrer polo menos un ano entre o inicio do parkinsonismo e a aparición da demencia.

## G. DEMENCIA NA ENFERMIDADE DE CREUTZFELDT-JAKOB (ECJ)

### Concepto

A enfermidade de Creutzfeldt – Jakob é unha enfermidade hereditaria cun patrón de herdanza autosómica dominante, normalmente debido á mutación puntual nun xene do cromosoma 20, e en menor medida, á inserción de secuencias repetidas (*Morgado Linares et.al. 2007*).

### Características clínicas

A forma de presentación da ECJ acostuma ser subaguda e comeza por alteracións mentais como perda da memoria, dificultade para recordar feitos recentes e cambios de comportamento, con asociación de estados depresivos ou axitacións nun terzo dos casos; noutro terzo, con signos neurolóxicos cunha clara predominancia cerebelosa, e na mesma proporción coa combinación de ambas as dúas alteracións á vez. Adoita presentar unha parálise espástica progresiva dos membros, acompañada de tremor, rixidez e movementos coreo-atetoides.

## H. DEMENCIAS POR INFECCIÓNS

### Complexo demencia –SIDA

A demencia preséntase entre o 66 e o 90% dos pacientes con infección por VIH. A velocidade motora está diminuída de forma característica en velocidade e fortaleza, polo que se propuxo para este síndrome a denominación de complexo motor cognitivo asociado ao VIH. O cadro demencia

segue un patrón de deterioro subcortical. De todas as áreas cognitivas, a velocidade psicomotora é a máis afectada. Máis da metade dos pacientes diagnosticados con demencia por VIH morren durante os seguintes 6 meses (*Pérez Martínez, 2006*).

### **Encefalopatía progresiva múltiple**

Afecta a ambos os dous sexos por igual e preséntase a calquera idade. É de rápida progresión, polo que a maioría dos paciente morren dentro dos 3 a 6 meses de inicio dos primeiros síntomas, dentro dos que se destaca o déficit cognitivo de inicio súbito, que pode complicarse con delirium e demencia.

### **Criptococose**

A meningoencefalite por *Cryptococcus neoformans* pode desenvolvese entre o 5 e o 10 % dos pacientes con SIDA. O 50 % das criptococose aparecen en pacientes con linfomas, sarcoidose, terapia esteroidea e SIDA. Clinicamente preséntanse alteracións do carácter, embotamento, problemas de concentración, delirium e demencia.

### **Neurolúes**

Preséntase a partir dos 5 anos da infección inicial e chega a afectar ao 10 % dos casos non tratados. A sospeita clínica ás veces é difícil, pola diversidade de posibles manifestacións somáticas ou neuropsiquiátricas (pode estar na base de calquera psicopatoloxía). Canto máis se tarde en realizar o diagnóstico, maior posibilidade existirá de secuelas neuropsicolóxicas como a demencia.

### **Encefalite herpética**

É a máis común, ocorre en calquera época do ano, en todas as rexións do planeta e preséntase en todas as idades. Comunmente afecta aos lóbulos frontais e temporais. Ten un curso rápido (horas ou días). Presenta unha mortalidade de ata o 80% se non é tratada e redúcese co tratamento ao 20 % aproximadamente. A amnesia e os desordes da aprendizaxe son as secuelas neuropsiquiátricas máis comúns. A demencia foi descrita en estadios posencefalíticos.

### **Enfermidade de Lyme**

Descrita en EE.UU. en 1975, tamén se constatou en Australia e Europa. Está causada pola espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, que é portada e transmitida pola lenda ou ácaro do veado. As manifestacións clínicas máis frecuentes son as dificultades da memoria, a orientación, o cálculo e a habilidade construtiva. Na maioría dos casos preséntase un eritema crónico migratorio característico (forma anular y centro libre de brote) que se inicia no mesmo sitio da mordida polo insecto vector. Completan o cadro a febre, a fatiga e as mialxias.

### **Outras: meningoencefalite tuberculosa, brucelose, etcétera.**

## **2.3. FACTORES DE RISCO DAS DEMENCIAS**

### **a. Idade**

A idade é na actualidade o principal marcador de risco da enfermidade, de tal forma que a prevalencia da enfermidade duplícase cada 5 anos a partir dos 60 anos de idade.

## b. Sexo

Danse estimacións de prevalencia maiores entre as mulleres que entre os homes (2:1), aínda que probablemente isto poida deberse máis a unha maior expectativa de vida que a factores específicos relacionados co sexo. Pola contra, demostrouse unha capacidade protectora dos estróxenos nas mulleres premenopáusicas, xa que os estróxenos inflúen sobre as encimas colinérxicas e o factor de crecemento nervioso e, ademais, actúan como antioxidantes. Ao mesmo tempo, os estróxenos prevenen a morte celular inducida polo péptido  $\beta$  amiloide.

## c. Xenética

Existen dous tipos de marcadores xenéticos:

- **Determinantes:** Trátase de mutacións de certos xenes. Transmítense de maneira autonómica dominante, cunha alta penetrancia e son responsables da enfermidade hereditaria, de inicio precoz (entre 35 e 55 anos), que afecta a algunhas familias. Afortunadamente son mutacións moi infrecuentes e, polo tanto, responsables de moi poucos casos.

- **Predispoñentes:** en España identificouse o alelo  $\epsilon 4$  no 44% dos pacientes con enfermidade de Alzhéimer, fronte ao 24,5% detectado nos controis sans. En case todos os estudos constatouse que a presenza deste alelo se asocia a un adiamento no inicio dos síntomas, se ben non parece afectar ao curso da enfermidade unha vez iniciada. Así, a proporción dos casos atribuíbles a este alelo oscila entre o 14 e o 65%. O que parece claro é que non xustifica a maioría dos casos familiares desta enfermidade.

## d. Historia familiar de demencia

Arredor dun 40% das persoas afectadas de enfermidade de Alzhéimer presentan unha incidencia familiar de demencia, que alcanza o 50% se quen as padecen son moi lonxevos (85-90 anos). Constátase un sensible aumento do risco de padecer demencia (entre 2 e 7 veces) entre a familia das persoas afectadas con enfermidade de Alzheimer.

## e. Tabaco

Descubriuse que fumar aumenta de maneira significativa o risco de padecer diminución mental e demencia. As persoas que fuman teñen un maior risco de arteriosclerose e outros tipos de enfermidades vasculares, o que pode ser a causa subxacente para un aumento de risco de demencia.

## f. Alcohol

Ao igual que o tabaco, consumir grandes cantidades de alcohol aumenta o risco de demencia. Non obstante, postúlase que o resveratrol, un polifenol natural que se encontra principalmente no viño tinto, parece ter un efecto cardioprotector e quimioprotector e evita a acción do  $\beta$ -amiloide sobre as células cerebrais, sempre que se inxira de forma moderada.

## g. A arteriosclerose

A arteriosclerose é a acumulación de placas (depósitos de sustancias graxas, colesterol e outras materias) no revestimento interno dunha arteria. A arteriosclerose presenta un risco significativo para a demencia vascular porque interfere coa chegada de sangue ao cerebro e pode causar un accidente cerebrovascular (ACV). Os estudos tamén demostran unha posible conexión entre a arteriosclerose e a enfermidade de Alzheimer.



## h. Colesterol

Niveis altos de lipoproteína de baixa densidade (LDL), o chamado “colesterol malo”, parece aumentar de maneira significativa o risco de desenvolver unha demencia vascular. Nalgúns estudos tamén se encontrou que un alto nivel de colesterol aumenta o risco de adquirir a enfermidade de Alzheimer.

## i. A diabetese

A diabetese é un factor de risco para a arteriosclerose e os ACV, co cal é un factor de risco tanto para a enfermidade de Alzheimer como para a demencia vascular.

## j. O deterioro cognitivo leve

Se ben non todas as persoas con deterioro cognitivo leve desenvolven a demencia, as persoas con esta condición si teñen un risco significativamente máis alto de desenvolvela comparado co resto da poboación. Nun estudo encontrouse que aproximadamente o 40% das persoas maiores de 65 anos diagnosticadas cun deterioro cognitivo leve desenvolven a demencia dentro dun período de 3 anos.

## k. A Síndrome de Down

Os estudos atoparon que a maioría das persoas con síndrome de Down desenvolven as características placas e enredos neurofibrilares ao chegar á mediana idade, co cal teñen un alto risco de aparición dos síntomas de demencia.

## l. Dieta

### Suplementos vitamínicos antioxidantes (vitaminas E e C)

O consumo de antioxidantes, ben na dieta, ou ben a través de suplementos dietéticos, parece ser neuroprotector e pode mitigar o declive cognitivo relacionado coa idade. Así, a vitamina E e a vitamina C son compostos da dieta que funcionan como recicladores antioxidantes de radicais libres tóxicos.

### Ácidos graxos poliinsaturados

Tamén tendo en conta os factores dietéticos, relacionouse o consumo semanal de pescado e outras fontes alimenticias de ácidos graxos  $\omega$ 3 cunha redución do risco de padecer enfermidade de Alzheimer. Os resultados dun estudo mostran que quen consumían pescado unha vez por semana presentaron un 60% menos de risco de desenvolver a enfermidade neurolóxica que quen rara vez consumía pescado.

### Restrición calórica

Nos países nos que a inxesta diaria de calorías é baixa, como por exemplo China e Xapón, presentan unha incidencia de EA menor que aqueles nos que esta inxesta é maior.

## 2.4. CLASIFICACIÓN DAS DEMENCIAS

### En relación á súa causa

Táboa 6: Clasificación das demencias en relación á súa causa

| Demencias dexenerativas primarias | Demencias vasculares                     | Demencias sintomáticas                        |
|-----------------------------------|--|---|
| Enfermidade de Alzhéimer          | Demencia multiinfarto                    | Demencia por prións (epidemia de vacas tolas) |
| Demencia con corpos de Lewy       | Demencia por infarto estratéxico         | Déficit vitamínico                            |
| Demencia con comezo focal         | Demencia mixta (vascular e dexenerativa) | Infeccións crónicas (sífilis e VIH)           |
| Demencia fronto-temporal          |  | Tumores                                       |
| Afasia progresiva primaria        |  | Traumatismos cranio encefálicos.              |
| Dexeneración córtico-basal        |  |   |

Elaboración propia a partir da *Guía para cuidadores de enfermos de alzhéimer* (2007)

### En relación á idade de inicio

Táboa 7: Clasificación das demencias en relación á idade de inicio

| Demencia temperá  | Demencia tardía   |
|---|---|
| Ten un inicio precoz, as alteracións cognitivas aparecen antes dos 65 anos. | Conxunto de trastornos das capacidades cognitivas durante a etapa de senectude, a partir dos 65 anos. |

Elaboración propia a partir de *Terapia Ocupacional en alzhéimer e outras demencias* (2016)

### En relación á clínica terapéutica

Táboa 8: Clasificación das demencias en relación á clínica terapéutica

| Demencias irreversibles ou non tratables   | Demencias potencialmente reversibles  |
|--|---|
| O deterioro cerebral non pode ser corrixido polos mecanismos de reparación neuronal, tales como as enfermidades neurodexenerativas de Alzheimer, Párkinson ou de Huntington. | Tratadas no momento oportuno, poden chegar a recuperar parte potencial das súas capacidades, como no caso da hidrocefalia normotensiva, a neurosífilis e as demencias metabólicas ou tóxicas. |

Elaboración propia a partir de *Terapia Ocupacional en alzhéimer e outras demencias* (2016)

### En relación á localización da estrutura cerebral afectada

Táboa 9: Clasificación das demencias en relación á localización da estrutura cerebral afectada

| Demencia cortical  | Demencia subcortical   |
|--|--|
| O dano cerebral atópase na capa exterior, é dicir, nao córtex. As afectacións aparecen na memoria, na linguaxe, no pensamento e no comportamento, como sucede na enfermidade de Alzheimer. | Afecta ás areas que están por debaixo do córtex cerebral e causa principalmente cambios nas emocións e no movemento. Por exemplo, na demencia asociada á enfermidade de Párkinson. |

Elaboración propia a partir de *Terapia Ocupacional en alzhéimer e outras demencias* (2016)

# Capítulo 3

## Recursos Sociais

### 3.1. INTRODUCCIÓN

Neste capítulo do manual, preténdese dar resposta ás necesidades de miles de persoas con algunha demencia e á súa familia e cuidadores principais, informando dos diferentes recursos sociais dispoñibles (e que na actualidade son para moita xente aínda descoñecidos) co fin de poder mellorar a calidade de vida de todo o núcleo familiar.

Debido a que a enfermidade de Alzheimer causa, na maioría dos casos, un grao maior ou menor de dependencia, moitos destes recursos están incluídos no Decreto 149/2013, do 5 de setembro, polo que se define a carteira de servizos sociais para a promoción da autonomía persoal e a atención ás persoas en situación de dependencia e se determina o sistema de participación das persoas usuarias no financiamento do seu custo e na Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da Autonomía Persoal e Atención ás persoas en situación de dependencia.

Esta última lei ten por obxecto regular as condicións básicas que garantan a igualdade no exercicio do dereito subxectivo da cidadanía á promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia, nos termos establecidos nas leis, mediante a creación dun Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia, coa colaboración e participación de todas as administracións públicas e a garantía pola Administración Xeral do Estado dun contido mínimo común de dereitos para toda a cidadanía en calquera parte do territorio do Estado español.

O Sistema para a Autonomía e Atención á Dependencia responderá a unha acción coordinada e cooperativa da Administración Xeral do Estado e as comunidades autónomas, que contempla medidas en todas as áreas que afectan ás persoas en situación de dependencia, coa participación, se é o caso, das entidades locais.

Do mesmo xeito, a carteira de servizos sociais constitúe o instrumento mediante o que se relacionan as modalidades e prestacións que integran o contido dos servizos previstos no catálogo regulado pola lei anterior.

Dentro da carteira de servizos sociais, pódense distinguir as seguintes categorías:

1. *Carteira de servizos comúns*: dirixidos a persoas cuxo diagnóstico non requira a asignación de servizos que, sendo da mesma natureza, se encontren incluídos en calquera das carteiras específicas.

- Servizos de prevención das situacións de dependencia e promoción da autonomía persoal.
- Servizo de axuda no fogar, para a atención a persoas dependentes, que inclúe unha especialidade no servizo dirixido a persoas con discapacidade auditiva.
- Servizo de teleasistencia e xeolocalización.
- Servizos de atención diúrna, con modalidade básica e terapéutica
- Servizos de atención residencial, con modalidade básica e terapéutica.
- Servizos de atención nocturna.

Os servizos que forman parte desta carteira poderán prestarse a persoas dependentes con idade igual ou superior a 16 anos, exceptuando os servizos de prevención das situacións de dependencia e promoción da autonomía persoal, así como o servizo de axuda no fogar, que se prestarán sempre que sexa preciso, sen limitacións de idade.

2. *Carteira de servizos específicos*: dirixidos a persoas dependentes que, tendo idade igual ou superior a 16 anos, teñan diagnosticada algunha das seguintes limitacións: alzhéimer, discapacidade física, parálise cerebral, dano cerebral, discapacidade intelectual, trastorno do espectro autista ou enfermidade mental.

Dentro da carteira de servizos específicos para persoas dependentes con alzhéimer podemos distinguir:

- Servizo de prevención das situacións de dependencia e promoción da autonomía persoal
- Servizo de axuda no fogar
- Servizo de atención diúrna, con modalidade básica e terapéutica
- Servizo de atención nocturna
- Servizo de atención residencial, con modalidade básica e terapéutica

3. *Carteira do servizo de asistente persoal*: dirixidos a facilitar o apoio persoal, inclusión social e/ou educativa, así como a promoción e participación das persoas que, sendo de idade igual ou superior a 16 anos, se encontran en situación de gran dependencia ou dependencia severa, co obxecto de permitir o seu desenvolvemento nas actividades da vida diaria, laborais e/ou educativas e propiciar a participación da persoa usuaria na vida social e económica.

Para transmitir a información da forma máis sinxela posible, estes recursos sociais están divididos en tres apartados:

- **Servizos**
- **Programas**
- **Prestacións**

## 3.2. SERVICIOS

### A. SERVICIOS DE PREVENCIÓN DA DEPENDENCIA E PROMOCIÓN DA AUTONOMÍA PERSOAL

#### Servizos de prevención das situacións de dependencia

Teñen como obxecto manter a autonomía e adiar o posible agravamento das persoas en situación de dependencia. Están tamén orientados a afrontar circunstancias adversas e críticas, situacións de especial risco que poden agravar a situación de dependencia dunha persoa.

#### Servizos de promoción da autonomía persoal

Teñen por finalidade desenvolver e manter a capacidade persoal de controlar, afrontar e tomar decisións acerca de como vivir de acordo coas normas e preferencias propias e facilitar a execución das actividades básicas da vida diaria, de xeito que todas as persoas poidan levar unha vida o máis autónoma posible.

- **Servizo de habilitación e terapia ocupacional**

Concepto

Conxunto de intervencións dirixidas, en función das necesidades de cada persoa, a previr ou reducir unha limitación na actividade ou alteración da función física, intelectual, sensorial ou mental, así como manter ou mellorar as habilidades xa adquiridas, coa finalidade de conseguir o maior grao posible de autonomía persoal, adaptación ao seu contorno, mellora na calidade de vida e integración na vida comunitaria.

Persoas beneficiarias

Persoas con dificultades para realizar actividades da vida diaria.

- **Servizo de estimulación cognitiva**

Concepto

Tratamento terapéutico que, por medio das técnicas adecuadas, ten por finalidade manter, mellorar o funcionamento dalgunha ou dalgunhas capacidades cognitivas superiores (razoamento, memoria, atención, concentración, linguaxe e similares) das capacidades funcionais, a conduta e/ou a afectividade.

Persoas beneficiarias

Persoas con deterioro cognitivo, sobrevido ou dexenerativo, dano cerebral ou alteración das funcións mentais superiores debidas ao envellecemento, trastorno mental, discapacidade intelectual ou por etioloxía non filiada.

- **Servizo de promoción, mantemento e recuperación da autonomía funcional**

Concepto

Conxunto de intervencións orientadas a manter ou mellorar a capacidade para realizar as AVD, evitar a aparición de limitacións na actividade, deficiencias ou déficits secundarios e potenciar o desenvolvemento persoal e a integración social, todo isto co fin de alcanzar o maior nivel de autonomía e calidade de vida.

Persoas beneficiarias

Persoas con alteracións ou perda funcional de tipo físico (limitacións psicomotoras, trastornos motores, perda de dominancia lateral, trastornos da praxes ou déficits sensoriais, entre outras) intelectual ou mental.

- **Servizo de habilitación psicosocial para persoas con enfermidade mental ou discapacidade intelectual**

Concepto

Conxunto de actuacións encamiñadas a prestar apoios, transitorios ou permanentes, a persoas con discapacidade intelectual ou con enfermidade mental, a fin de mellorar as súas posibilidades de manterse no contorno familiar e social nas condicións máis normalizadas e independentes que sexa posible.

### Persoas beneficiarias

Persoas con trastorno mental grave, discapacidade intelectual e similares.

- **Servizo de apoios persoais e coidados en equipamentos especiais.**

Os diferentes servizos de promoción da autonomía persoal poderanse prestar en equipamentos especiais como servizos de apoios ás persoas e coidados.

## **B. SERVIZO DE AXUDA NO FOGAR**

### **Concepto**

Servizo cuxo obxectivo é prestar unha serie de atencións a persoas maiores ou persoas con discapacidade, no seu domicilio, nos casos en que estas teñan limitada a súa capacidade de autonomía persoal ou en casos de desestruturación familiar.

Terán prioridade de acceso as persoas que teñan o dereito recoñecido dentro do Sistema de autonomía e atención á dependencia.

### **Requisitos**

- Ser persoa maior con déficit de autonomía ou persoa con discapacidade.
- Carecer de apoio persoal no seu entorno máis inmediato.
- Residir no municipio prestador do servizo.

### **Solicitude**

Deberá presentarse nos servizos sociais comunitarios do municipio de residencia, directamente ou conforme ao establecido no artigo 38 da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común.

## **C. SERVIZO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

O servizo de atención residencial ofrece unha atención integral, continuada e personalizada ás persoas en situación de dependencia, tendo en conta a natureza da situación de dependencia, o seu grao e a intensidade de coidados que precisa a persoa.

Terá carácter permanente cando o centro de atención residencial sexa a residencia habitual da persoa. Considerarase temporal cando se atendan estadias temporais de convalecencia ou durante vacacións, fins de semana, enfermidades ou períodos de descanso das persoas coidadoras non profesionais.

O servizo de estadias temporais poderase prestar nos centros residenciais debidamente acreditados para o efecto e non terá unha duración superior a 45 días ao ano no suposto de períodos de descanso das persoas coidadoras.

A persoa en situación de dependencia gozará, nestes casos, dos mesmos dereitos e obrigas que as persoas residentes con carácter permanente durante o tempo que permaneza neste servizo.

## **D. SERVIZO DE ATENCIÓN DIURNA E DE ATENCIÓN DE NOITE PARA PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

### **Servizo de atención diúrna para persoas maiores**

É aquel que lles ofrece unha atención integral durante o período diúrno ás persoas en situación de dependencia co obxecto de mellorar ou manter o nivel de autonomía persoal, así como apoiar as súas familias ou persoas cuidadoras.

### **Servizo de atención de noite**

Ten por finalidade das resposta ás necesidades da persoa en situación de dependencia que precise atención durante a noite.

## **E. SERVIZO GALEGO DE APOIO Á MOBILIDADE PERSOAL PARA PERSOAS CON DISCAPACIDADE E/OU DEPENDENCIA**

### **Concepto**

Servizo público, de carácter social de axuda ao desprazamento programado e non urxente das persoas que reúnan os requisitos de acceso ao citado servizo.

### **Requisitos**

- Ter recoñecida a imposibilidade de utilización de transporte público colectivo, motivada pola súa situación de dependencia ou discapacidade.
- Ter recoñecida a situación de dependencia en calquera dos seus graos conforme á normativa que sexa de aplicación ou ter recoñecido, conforme á normativa aplicable, un grao de discapacidade igual ou superior ao 75%. Excepcionalmente poderán obter a condición de persoa usuaria aquelas persoas que teñan un grao de discapacidade igual ou superior ao 33% e inferior ao 75%, sempre que se acredite a concorrencia de circunstancias que aconsellen o uso de transporte adaptado e así conste no informe social unificado.

A prestación do Servizo Galego de Apoio á Mobilidade Persoal para persoas con discapacidade e/ou en situación de dependencia procurará cubrir as necesidades de desprazamento das persoas que teñan recoñecida a condición de usuarias do servizo no ámbito da Comunidade Autónoma de Galicia, de acordo coa seguinte orde de prioridades:

- Acudir a consultas médicas do sistema público e concertado ou das mutualidades do persoal funcionario público sempre que exista unha confirmación de cita previa para acudir á consulta.
- Traslados aos centros asistenciais do sistema galego de servizos sociais que, prestando servizo de aloxamento, non dispoñan de servizo de transporte, e prioritariamente aos que contén con financiamento público.
- Acudir a programas ou actividades que se presten prioritariamente en centros do sistema galego de servizos sociais que contén con financiamento público, e que non dispoñan de servizo de transporte.
- Asistir a actividades de carácter educativo e formativo que favorezan á integración laboral e á promoción da autonomía persoal.
- Asistir a actividades relacionadas co coidado persoal, tanto no ámbito terapéutico como

rehabilitador

Sempre que estean cubertas as prioridades anteriores e exista dispoñibilidade de medios, poderanse prestar servizos para as seguintes actividades, e pola seguinte orde de prioridade:

- Realizar xestións de carácter legal e/ou administrativo.
- Asistir a actividades de carácter cultural, deportivas e/ou sociais.

### **Solicitude**

Presentarase en calquera momento do ano, no rexistro da Delegación Provincial do departamento competente en materia de benestar social da provincia de residencia ou ben por calquera outro dos medios previstos no artigo 38.4 da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común.

## **F. INCAPACITACIÓN XUDICIAL**

As leis en España distinguen entre capacidade xurídica e capacidade de obrar, necesarios para entender o significado da incapacitación.

- **Capacidade xurídica:** parte de que toda persoa, polo feito de selo, está suxeita a dereitos e obrigacións ao longo de toda a súa vida. A capacidade xurídica é, polo tanto:

- Universal (xa que a temos polo feito de nacer).
- Incondicional (xa que non debemos cumprir ningún requisito).
- Inmutable (xa que dura toda a nosa vida).

Unha persoa con alzhéimer, aínda que o estado avanzado da enfermidade non lle permita ser consciente da súa persoa, da súa familia ou do seu patrimonio, segue sendo propietaria do seu patrimonio e debe, polo tanto, seguir facendo fronte ás obrigacións que iso leva: pago de impostos, recibos..

- **Capacidade de obrar:** posibilidade de realizar actos xurídicos con validez no tráfico xurídico, polo que ten, xa que logo, non só validez senón eficacia. A capacidade de obrar é polo tanto:

- Variable (xa que admite a posibilidade de obrar de forma plena, limitada ou ser incapaz de obrar).
- Específica (xa que é individual de cada persoa e afectará ás circunstancias especiais e particulares de cada un).
- Condicionada (porque só se da se concorren determinados presupostos de intelixencia, madurez e experiencia).

A decisión de declarar a unha persoa incapaz de obrar necesitará polo tanto, ou ben unha sentenza que o dispoña expresamente, ou ben unha previsión legal (como ocorre nos casos dos menores de idade). No noso caso, terá que ser un xuíz o que determine estes feitos xa que as persoas con alzhéimer ou outras demencias neurodexenerativas verán minguada a súa capacidade de obrar.

A incapacitación será, polo tanto, unha limitación parcial ou absoluta da capacidade de obrar que ten que ser declarada xudicialmente mediante sentenza. Para iso, o Código Civil no seu artigo 200 indica que debe haber presenza de “enfermidades ou deficiencias persistentes de carácter físico ou psíquico que impidan á persoa gobernarse por si mesma”. Este proceso de-



bemos entendelo nun sentido positivo e protector da persoa, xa que a súa finalidade é conseguir que teña a debida asistencia e a maior protección xurídica posible.

### **Requisitos de incapacitación dunha persoa con alzhéimer**

- Enfermidade o deficiencia de carácter físico ou psíquico.
- Persistencia da patoloxía (unha enfermidade temporal non é motivo de declaración de incapacidade, debe haber un carácter progresivo como é o alzhéimer ou outros tipos de demencias).
- Privación ou restrición do autogoberno, esta é a premisa máis básica e fundamental.

### **Solicitud**

Só certas persoas poden iniciar un procedemento de incapacitación dunha persoa con demencia: o propio afectado, o seu cónxuxe ou parella de feito, familiares directos como nais, fillos ou irmáns. Se a persoa maior non ten familiares directos que poidan iniciar o proceso (ou estes non que- ren facerse cargo) será o Ministerio Fiscal o que promova o proceso.

### **Figuras de garda da persoa declarada incapaz**

- **Tutela:** figura xurídica encargada da garda e custodia de menores e persoas declaradas xudicialmente incapacitadas, tendo a obrigaón de velar en todo momento polo benestar e o interese do tutelado. Poderán desempeñala persoas físicas e persoas xurídicas (estas de maneira subsidiaria) e estarán suxeitas ao control xudicial.
- **Garda de feito:** implica os coidados que recibe doutra persoa e permítelle desenvolverse na vida diaria e social. Non é preciso que ningún título o constitúa, aínda que si se establece un control xudicial e a posibilidade de impugnar os seus actos só no suposto de que se consideren prexudiciais para a persoa ao seu cargo.
- **A curatela:** establécese mediante resolución xudicial ou por lei para completar a capacidade da persoa en situación de incapacidade parcial. Estarán sometidos a cúrtela: emancipados, impedidos, os que obtiveran o beneficio de maior de idade, os declarados pródigos, entre outros, extingúndose por maioría de idade, adopción do menor, falecemento e por resolución xudicial.
- **O defensor xudicial:** o ordenamento xurídico non permite que un menor ou unha persoa incapaz se encontre desamparado na representación e defensa dos seus intereses persoais e patrimoniais. Deste modo, se ninguén exerce nin a patria potestade nin a tutela nin a curatela, ou ben existe unha oposición de intereses, procédese ao nomeamento, por parte do xuíz, dun defensor xudicial que represente e ampare os intereses deste. O cargo de defensor xudicial é temporal e provisional (remata cando conclúa o cometido para o que foi designado, ou cando se nomee titor ou curador).

## **G. SERVIZO DE TELEASISTENCIA DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA PARA PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

### **Concepto**

Servizo de atención as 24 horas do día, durante os 365 días do ano, no que o usuario/a só ten que pulsar un botón ante calquera situación de emerxencia para entrar en contacto verbal, “mans libres”, cunha central de atención, desde a que se atende a súa chamada.

## **Requisitos**

- Ser persoa maior, persoa con discapacidade, enferma crónica ou en proceso postoperatorio.
- Vivir soa ou permanecer soa gran parte do día ou convivir con outras persoas en situación similar de incapacidade funcional.
- Ter cubertas as necesidades básicas de alimentación, aseo e vivenda.
- Non padecer enfermidade ou incapacidade que imposibilite ou dificulte gravemente a utilización do servizo.
- Non ser xorda ou xordomuda absoluta.
- Dispoñer de liña telefónica no domicilio.

## **Solicitud**

Presentarase nas oficinas do rexistro do concello de residencia do solicitante.

## **H. TELEXERONTOLOXÍA**

### **Concepto**

É un novo recurso de apoio xerontolóxico de teleasistencia avanzada de última xeración dirixido ás persoas maiores e/ou persoas con perda de capacidade funcional e/ou cognitiva, desenvolvido a partir dos grandes avances das tecnoloxías da información e as comunicacións.

### **Obxectivos**

Telexerontoloxía inclúe entre os seus obxectivos a prevención e a detección precoz da dependencia e a teleasistencia multiespecialidade, polo que se pode considerar tanto un sistema de apoio social como sanitario.

### **Funcionamento**

A atención xerontolóxica baséase na valoración da persoa para poder intervir de maneira individualizada. O dispositivo permite realizar a valoración do estado cognitivo, da tensión arterial, do pulso e do nivel de saturación de osíxeno en sangue, ademais de facilitar a interacción mediante videoconferencia con profesionais específicos.

O sistema funciona a través dunha pantalla táctil que situada no domicilio facilita a interacción da persoa usuaria e que, conectado a internet, envía todos os resultados da súa actividade ao Centro de Control, onde o persoal especialista valorará e decidirá acerca da situación e necesidades da persoa usuaria.

Ademais da pantalla táctil, o sistema conta cunha terminal de servizos xestionada por control remoto desde o centro de control e unha pulseira de alarma que ao premerse pon en marcha unha videoconferencia co dito centro, priorizando a chamada e amosando ao mesmo tempo o historial da persoa usuaria na pantalla para que desde o centro de control se tome a decisión axeitada.

## I. YO TE CUIDO

### Concepto

A Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de A Coruña (AFACO), en colaboración coa empresa Lapisoft, lanzaron a aplicación gratuíta YoTeCuido para dispositivos móbiles destinada tanto a cuidadores e familiares de persoas con alzhéimer como a persoas que sofren esta enfermidade nunha fase inicial.

### Obxectivo

O obxectivo da aplicación é ofrecer respostas sinxelas aos problemas aos que deben facer fronte a diario cuidadores e familiares de persoas con alzhéimer ou outro tipo de demencia.

### Funcionamento

A App conta con contidos útiles, en formato pregunta - resposta, sobre a enfermidade de Alzheimer; permite coñecer cal é a sintomatoloxía da enfermidade, cómo actuar e qué cuidados prestar en función da fase da enfermidade. Así mesmo, recolle respostas a dúbidas máis frecuentes sobre alimentación, cuidados básicos, comunicación, saúde, enfermaría, vivenda, exercicio físico, recursos sociais, recursos legais e preséntanse diferentes rutinas diarias en forma de estirada das articulacións e actividades que se levan a cabo. A aplicación tamén inclúe outros recursos como enderezos e teléfonos de contacto das diferentes asociacións de persoas con alzhéimer de España, glosario de termos relacionados coas demencias e libros e películas que teñen por temática a enfermidade. Un buscador permite axilizar as consultas e optimizar a utilización da aplicación.

## J. SISTEMA DE ATENCIÓN AO MAIOR A TRAVÉS DA TV (SAM-TM)

### Concepto

É unha sistema desenvolvido pola Universidade de Vigo que pretende ofrecer un novo enfoque da asistencia no fogar, buscando non só garantir a seguridade da persoa maior, senón favorecer o seu benestar mediante un conxunto de servizos e de aplicacións de entretemento.

### Obxectivo

Manter un nivel elevado na calidade de vida das persoas maiores durante o maior tempo posible.

### Funcionamento

SAM-TV unicamente require dunha conexión a Internet e un televisor. Instálase un pequeno dispositivo conectado ao televisor e a persoa usuaria controla desde un mando adaptado os servizos interactivos ofrecidos a través da TV.

## K. APP DE DEPENDENCIA DO IMSERSO

### Concepto

A App de Dependencia é unha ferramenta do IMSERSO para dispositivos móbiles pensada para as persoas maiores, para as persoas con algunha discapacidade e, fundamentalmente, para as

persoas en situación de dependencia, e dirixida, principalmente, ao colectivo de cuidadores e cuidadoras na contorna familiar de persoas en situación de dependencia.

A aplicación inclúe testemuños, máis de 60 vídeos con consellos técnicos que teñen como destinatarias as persoas cuidadoras non profesionais, información sobre servizos e prestacións e sobre o proceso de solicitude e tramitación destes ante os correspondentes órganos xestores.

## **L. SERVIZO DE XEOLOCALIZACIÓN PARA PERSOAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA**

### **Concepto**

O sistema de xeolocalización consiste na utilización de dispositivos que tras a emisión de alarmas permiten a localización dunha persoa fóra do seu domicilio. Trátase dun pequeno equipo que integra un terminal e un módulo de localización xeográfica vía satélite, conectado cun centro de control durante as 24 horas e dende o que é posible recuperar a posición exacta dunha persoa en calquera momento.

Require delimitar previamente a zona pola que se despraza habitualmente a persoa portadora do dispositivo e permite verificar que se está movendo dentro dese perímetro establecido así como que se active unha alarma para localizalo cando sae da zona segura ou se atopa en situación de perigo.

Para que a persoa usuaria poda ser localizada ten que levar consigo o dispositivo e telo operativo en todo momento.

### **Obxectivo**

Contribuír ao mantemento da autonomía e á integración social das persoas usuarias, permitindo que poidan seguir vivindo no seu domicilio e saír soas polo seu contorno.

Facilitarlle a atención ás persoas que se ocupan do seu coidado dándolles seguridade.

### **Persoas destinatarias**

Persoas que vivan no seu domicilio e presenten deterioro cognitivo como consecuencia da enfermidade de Alzheimer ou doutro tipo de demencias e que sexan susceptibles de sufrir perda de memoria, episodios de desorientación espacial temporal, caídas etc.

### **Solicitudes**

O acceso a este servizo solicítase no mesmo impreso que o do recoñecemento de dependencia, indicando que este é o recurso que lle interesa á persoa solicitante.

## **M. SOLUCIÓN S TECNOLÓXICAS ÁS PERSOAS CON NECESIDADES ESPECIAIS: VIVELIBRE E SAFETYGPS**

### **Concepto**

Esta aplicación é unha plataforma que ofrece solucións tecnolóxicas ás persoas con necesidades especiais, para que poidan mellorar a súa calidade de vida e da súa familia.

## **Obxectivo**

Asociación Telefónica para Asistencia a Persoas con Discapacidade (ATAM) en colaboración coa Confederación Galega de Persoas con Discapacidade (COGAMI) presentaron esta aplicación que vai permitir tanto ás persoas maiores dependentes, como enfermas crónicas e persoas con discapacidade unha vida máis autónoma.

## **Funcionamento**

Como opera sobre un Smartphone, o equipo de profesionais de apoio pode actuar de forma proactiva ante calquera incidencia detectada polo sistema, xa que é un servizo que conecta ás 3 partes implicadas: persoa usuaria, familiares e equipo de profesionais de apoio de ViveLibre.

Ademais, esta plataforma conta cos servizos máis modernos de xeolocalización e reforza a adherencia ao tratamento a través dos mecanismos como os recordatorios para a toma de medicamentos, citas médicas, etc. No caso de que exista algunha incidencia, salta unha alerta de inmediato a familiares e equipo de atención.

## **N. WEB "SER CUIDADOR"**

### **Concepto**

SerCuidador, en [www.sercuidador.es](http://www.sercuidador.es), é un espazo web destinado principalmente ás persoas cuidadoras como instrumento de apoio, tanto a elas como á súa familia.

Basea a súa liña de contidos en catro enfoques:

- Apoio e asesoramento para as persoas cuidadoras.
- Prevención da dependencia grazas á promoción de hábitos saudables.
- Sensibilización social acerca da discapacidade e a dependencia.
- Interactuación e participación das persoas cuidadoras

### **Obxectivo**

O portal nace con vocación de ser un espazo que facilite a información necesaria que permita ás persoas cuidadoras coñecer a maneira de resolver as dificultades que se lles expoñan á hora de atender aos seus familiares dependentes.

## **O. CRE ALZHEIMER**

### **Concepto**

O Centro de Referencia Estatal de Atención a Persoas con Enfermidade de Alzheimer e outras Demencias de Salamanca, configúrase como un centro sociosanitario especializado e avanzado en investigación, análise, coñecemento, avaliación e formación sobre o alzhéimer e outras demencias e en atención e intervención coas persoas afectadas e coas súas familias.

### **Obxectivos do centro**

- Promover e impulsar en todo o territorio do Estado o avance na procura de respostas e solucións globais na atención sociosanitaria e a mellora da calidade de vida das persoas con en-

fermidade de Alzheimer e outras demencias e das súas familias cuidadoras.

- Prestar ás persoas con enfermidade de Alzheimer e outras demencias e ás súas familias ou cuidadoras principais unha atención especializada.
- Facilitar información e asistencia técnica ás administracións públicas, institucións, entidades públicas e privadas e a cantas persoas estean interesadas sobre a atención sociosanitaria das persoas con enfermidade de Alzheimer e outras demencias e promover o intercambio de coñecementos.

### **Requisitos**

- Ser beneficiario/a do sistema da Seguridade Social, ou ter dereito ás prestacións de servizos sociais en virtude de lei ou convenio internacional.
- Persoas con demencia, entendendo esta como múltiples déficit cognitivos, que produzan alteracións significativas nas actividades da súa vida diaria, tendo cabida calquera etiología: alzhéimer, vasculares e outras, tanto de inicio precoz como tardío. Exclúense as persoas con retraso mental, entendido este como déficit cognitivo de aparición previa aos 18 anos, sexa cal for a causa e a poboación con alteracións cerebrais focais causadas por traumatismo, enfermidades dexenerativas ou calquera outra etiología.
- Contar co diagnóstico do servizo sanitario de procedencia.

A admisión de usuarios/as, que reúnan as condicións anteriores, efectuarase segundo criterios técnicos facultativos, considerando:

- A necesidade de apoio convivencial.
- Grao de apoio específico que proporciona a unidade residencial ou o centro de día ou de noite.
- A fase da enfermidade, leve, moderada ou severa, en relación ao servizo de atención que haxa que prestar.

## **3.3. PROGRAMAS**

### **A. ESTADÍAS TEMPORAIS EN SERVIZO RESIDENCIAL OU DE SUPERVISIÓN E APOIO PUNTUAL**

#### **Concepto**

Enténdese por estadía temporal a utilización por tempo limitado dun servizo residencial ou dun servizo de supervisión e apoio puntual prestado desde os equipamentos especiais.

Durante este uso, as persoas beneficiarias terán os mesmos dereitos e obrigas que as persoas usuarias que ocupan praza de forma permanente.

#### **Requisitos**

- Ser persoa maior e/ou con discapacidade, e estar nunha situación de dependencia, estea ou

non recoñecida formalmente.

- Residir na Comunidade Autónoma de Galicia.
- Non requirir tratamento hospitalario.
- Non padecer trastornos mentais ou condutuais graves, e non compensados, que poidan alterar a normal convivencia.
- Non estar sancionado coa revogación da adxudicación da praza pública de xeito definitivo, conforme á Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia.

### **Duración**

As estadias temporais terán unha duración máxima de dous meses ao ano, que se poden fraccionar en períodos semanais ou quincenais.

## **B. PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR**

### **Concepto**

Pretende contribuír a manter ás persoas en situación de dependencia ou discapacidade no seu domicilio e ofertarlle a quen o coida habitualmente a posibilidade duns días para o seu descanso, manter a súa vida social, familiar e de ocio ou para liquidar situacións de emerxencia que se lle presenten, mentres que a persoa á que coidan é atendida adecuadamente nun centro residencial.

### **Requisitos**

Poderán participar neste programa, as persoas maiores de 16 anos con recoñecemento de discapacidade ou de dependencia (grao II ou III) e aquelas outras que, non podendo acreditar os requisitos anteriores, requiran da atención dunha persoa coidadora, na vista do informe médico e social que achegan e que, ademais, cumbran as seguintes condicións:

- Ter residencia efectiva na Comunidade Autónoma de Galicia.
- Non estar afectado/a por enfermidade en estado agudo nin se atope en fase terminal.
- Non padecer enfermidade infecto-contaxiosa activa, trastornos mentais ou condutuais graves e non compensados que poidan alterar a convivencia.
- Efectuar a oportuna solicitude e o pagamento do prezo estipulado nas condicións que se lle indiquen.

### **Solicitude**

A solicitude presentarse cun mes de antelación á data para a que se solicita a quenda, agás situacións de emerxencia sobrevidas (enfermidade, accidente do/a coidador/a ou similares) e debidamente xustificadas. O lugar de presentación será nas Xefaturas Territoriais da Consellería de Política Social.

## **C. PORTAL DE PRODUTOS DE APOIO. AXUDAS TÉCNICAS**

### **Concepto**

Trátase dun servizo co que a Consellería de Política Social pretende promover redes de coope-

ración entre as persoas usuarias que precisan de produtos de apoio, mediante a creación dunha ferramenta que preste servizos de orientación e asesoramento.

Este servizo en liña recompila baixo a fórmula da utilización compartida do sistema, unha serie de equipamentos e servizos, dispoñibles para as persoas usuarias demandantes de produtos de apoio.

### **Obxectivos**

- Promover redes de cooperación entre as persoas usuarias que precisan de produtos de apoio mediante unha proposta de intercambio e colaboración.
- Cubrir as necesidades de información sobre produtos de apoio dispoñibles nun catálogo clasificado por categorías descritivas e ofrecido por empresas que traballan no ámbito da axuda e da mellora da vida das persoas con discapacidade.
- Ofrecer a posibilidade de consultar novidades, liñas de investigación e documentación relacionada coa accesibilidade.

### **Persoas destinatarias**

Rexistro para acceder ao servizo de mensaxaría interna de cara a establecer contacto con aquela persoa cedente que teña o produto que interese, xestionándose deste xeito un servizo de axuda de comunicación que pode levar a un préstamo entre as persoas usuarias. A negociación do intercambio será totalmente privada e segura.

Deben seleccionar este perfil todos/as aqueles/as cidadáns/ás que precisen de asesoramento en temáticas relacionadas coa discapacidade ou que desexen buscar ou ceder produtos de apoio que poidan mellorar a súa calidade de vida ou a doutros. Baixo este perfil unha persoa usuaria poderá:

- Poñerse en contacto cos servizos de asesoramento do portal.
- Publicar anuncios de produtos de apoio que xa non precise usar.
- Solicitar información a outros usuarios sobre produtos que estean a ceder.
- Entrar en contacto con empresas fabricantes, deseñadores ou distribuidores de produtos de apoio.

### **Solicitude**

Na plataforma da páxina web: <http://produtosapoio.xunta.es/gl/accesibilidade>

## **D. PROGRAMA DE APOIO CONTINUO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA 902400116**

Desenvólvese en colaboración coa Consellería de Sanidade, a través do teléfono 902 400 116, e ten como obxectivo prestar:

- Información e solucións ás situacións sanitarias non urxentes.
- Información sobre coidados asistenciais.
- Información sobre as características das probas médicas.
- Información sobre prevención e hábitos saudables.
- Información sobre centros e servizos sanitarios.
- Apoio psicolóxico.



## E. PROGRAMA DE VOLUNTARIADO PARA PERSOAS CON ALZHEÍMER

### Concepto

Este programa de voluntariado, destinado a acompañar as persoas con alzhéimer, pónese en marcha pola Consellería de Traballo e Benestar, a través da Dirección Xeral de Xuventude e Voluntariado e a Secretaría Xeral de Política Social, no marco da celebración no 2012 do Ano galego do alzhéimer.

### Obxectivo

Ten como obxectivo mellorar a calidade de vida das persoas que padecen esta enfermidade, así como a das súas familias e persoas cuidadoras.

Permite fomentar na cidadanía un maior coñecemento e solidariedade de cara ás persoas con alzhéimer. Pola súa banda, as persoas enfermas poderán gozar da compañía doutras persoas, o que lles permitirá mellorar o seu estado de ánimo, ao tempo que lles proporciona unha axuda de gran valor ás súas persoas cuidadoras.

### Actividades

As persoas voluntarias realizarán fundamentalmente funcións de acompañamento en distintos centros. Estarán dirixidos por un/unha profesional e contribuirán a que os usuarios e as usuarias participen nas diversas actividades que se organicen nestas instalacións, a apoialos/as na súa mobilidade, a axudalos/as a realizar as actividades da súa vida cotiá e a ocupar o seu tempo libre.

Poderán realizar tamén as súas tarefas con persoas enfermas que viven nos seus propios domicilios, proporcionándolles acompañamento e apoiando aos seus cuidadores e cuidadoras habituais, sempre e cando estes estean interesados en recibir este servizo.

## F. PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR EN BALNEARIOS "CUIDARELAX" 2016

### Concepto

Conxuga o apoio a cuidadores coa asistencia a unhas xornadas de fin de semana nun balneario, onde se xuntan os tratamentos termais, o lecer e a psicoeducación. Esténdese a intervención ás parellas ou fillos/as dos/as cuidadores/as principais de persoas maiores, ao contemplar aspectos desde a transversalidade de xénero para favorecer procesos de igualdade e corresponsabilidade conciliadora no coidado familiar.

### Obxectivos

- Ofrecer ás familias que teñan persoas maiores en situación de dependencia espazos de encontro con outras familias que estean na súa mesma situación.
- Ofrecer formación e axuda para afrontar os cuidados da persoa maior dependente dunha forma equilibrada, intentando suavizar o impacto no ámbito familiar e psicolóxico ao que con frecuencia se enfrontan as familias neste tipo de situacións.
- Fomentar o desenvolvemento de condutas de autocoidado persoal entre as persoas cuidadoras.
- Facilitar a conciliación da vida persoal, social e laboral das familias cuidadoras co coidado da persoa maior.

## **Requisitos**

Calquera familia que teña ao seu cargo unha persoa maior en situación de dependencia poderá acceder ao programa.

## **G. PROGRAMA DE LOCALIZACIÓN E CONTROL VOLUNTARIO DE PERSOAS EN SITUACIÓN DE ESPECIAL VULNERABILIDADE**

### **Concepto**

Sistema de xeolocalización consistente na utilización de dispositivos que trala emisión de alarmas permiten a localización dunha persoa fóra do seu domicilio.

### **Requisitos**

Persoas que vivan no seu domicilio e presenten deterioro cognitivo como consecuencia da enfermidade de Alzheimer ou outro tipo de demencia e que sexan susceptibles de sufrir perda de memoria, episodios de desorientación espacial temporal, caídas...

### **Solicitude**

O acceso a este servizo solicítase no mesmo impreso ca o do recoñecemento da dependencia, indicando que este é o recurso que lle interesa á persoa solicitante. Esta solicitude deberase remitir:

- Aos servizos sociais comunitarios do domicilio da persoa solicitante.
- Ás xefaturas territoriais da Consellería de Política Social.
- Nos lugares dispostos no artigo 38.4 da Lei 30/92, de 26 de novembro.

## **H. PROGRAMA "XANTAR NA CASA"**

### **Concepto**

O programa "Xantar na Casa" é un servizo de comida a domicilio que pretende facilitar e garantir unha alimentación equilibrada e de calidade adaptada ás necesidades de persoas maiores e/ou dependentes, con déficits de autonomía persoal, para cubrir as súas necesidades básicas, relacionadas coa compra e elaboración de menús.

### **Requisitos**

- Persoas maiores de 60 anos que teñan limitada a súa capacidade de autonomía persoal e sen rede de apoio que puidera suplir tal situación.
- Persoas dependentes que carezan de apoio familiar e que requiren de axuda para a preparación de alimentos.
- Persoas menores de 60 anos e maiores de 18 en situación de exclusión social, tecnicamente avaliada polos servizos sociais do Concello de referencia e sempre que se estea intervindo desde outro programa para resolver a súa situación de exclusión.

## **Solicitud**

Poderán solicitar este servizo todas as persoas que, cumprindo os requisitos, estean empadroadas e sexan residentes nos concellos nos que está implantado ou se vaia implantar o servizo Xantar na casa. A valoración das posibles persoas beneficiarias será realizada polo Concello a través dos seus Servizos Sociais.

## **I. PROGRAMA DE BENESTAR EN BALNEARIOS**

### **Concepto**

O obxecto deste programa é a oferta de prazas para as estadias e o tratamento termal dentro do programa de Benestar en balnearios. Para tal efecto enténdese por establecementos balnearios aqueles que dispoñen de augas mineromedicinais declaradas de utilidade pública.

### **Requisitos**

- Ser maior de 60 anos ou maior de 55 e, neste caso, reunir a condición de pensionista do sistema da Seguridade Social polos conceptos de xubilación, invalidez, viuvez ou outras pensións.
- Estar empadroado/a e residir nalgún Concello da Comunidade Autónoma de Galicia.
- Valerse por si mesmo/a para as actividades da vida diaria e estar en condicións de participar no programa, agás no caso de fillos ou fillas que acudan en calidade de acompañantes.
- Non padecer enfermidade infecto-contaxiosa, en fase activa, nin trastornos mentais ou condutuais non compensados que poidan alterar a normal convivencia durante o transcurso da quenda.
- Carecer de contraindicación médica para a recepción dos tratamentos termais.

A persoa solicitante poderá ir acompañada do seu ou da súa cónxuxe ou, se fose o caso, da parella de feito ou persoa con que teña unha unión estable e de convivencia con análoga relación á conxugal, sempre que cumpra os requisitos citados anteriormente, excepto o primeiro.

Tamén poderán participar, como acompañantes, os fillos ou fillas das persoas solicitantes que teñan un grao de discapacidade igual ou superior ao 33%, sempre e cando o poidan facer sen necesidade de apoio de terceira persoa e se poidan desprazar con autonomía.

### **Solicitud**

As solicitudes deberán presentarse preferiblemente por vía electrónica a través do formulario normalizado dispoñible na sede electrónica da Xunta de Galicia.

Opcionalmente, tamén se poderán presentar as solicitudes en soporte papel en calquera dos lugares e rexistros establecidos no artigo 38.4 da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común, utilizando o formulario normalizado dispoñible na sede electrónica da Xunta de Galicia.

O prazo para a presentación das solicitudes será de 20 días naturais contados a partir do día seguinte ao da publicación da orde no Diario Oficial de Galicia.

## J. PROGRAMA DE TURISMO DO IMSERSO

### Concepto

A Administración do Estado, a través do IMSERSO, dentro da súa política de envellecemento activo, promove un Programa de Turismo destinado a persoas maiores cos obxectivos de facilitar a incorporación ás correntes turísticas, ao tempo que paliar as consecuencias que en materia de emprego produto do fenómeno da estacionalidade no sector turístico do país.

### Requisitos

- Ser residente en España.
- Ser pensionista de xubilación do Sistema Público español de Pensións.
- Pensionistas por outros conceptos ou perceptor de prestacións ou subsidios de desemprego, en todos os casos con 60 anos cumpridos.
- Ser titular ou beneficiario/a do sistema da Seguridade Social, con 65 anos cumpridos.

### Solicitude

Recoméndase, si é posible, realizar a solicitude on line, xa que o proceso é moito máis rápido e permitirlle estar acreditado case de maneira inmediata, xa que non precisa de ningún outro proceso adicional. Esta solicitude servirá para obter a súa acreditación que lle permitirá acceder ás prazas do Programa e incluílo na Base de Datos de Acreditados onde quedará inscrito de maneira permanente ata que se comunique o contrario. Unha vez procesadas todas as solicitudes recibidas no prazo sinalado, o IMSERSO acreditará a tantas persoas usuarias como prazas dispoñibles existan e se procederá a aplicar a valoración correspondente, relativa á idade, ingresos e viaxes realizadas con anterioridade.

## K. PROGRAMA DE TERMALISMO DO IMSERSO

### Concepto

A través do Programa de Termalismo do IMSERSO, o Estado español proporciona ás persoas pensionistas, que por prescripción facultativa o precisen, os tratamentos que se prestan nos balnearios e que reúnan determinados requisitos no acceso a prezos reducidos a estes establecementos.

O programa está organizado e financiado polo Ministerio de Sanidade, Servizos Sociais e Igualdade a través do Instituto de Maiores e Servizos Sociais, quen anualmente concerta con establecementos termais a reserva de prazas en balnearios para a estancia e tratamento das persoas usuarias do programa.

### Requisitos

- Ser cidadán/á español/a ou nacional doutro país.
- Ser pensionista de xubilación ou incapacidade permanente do Sistema de Seguridade Social español.
- Ser pensionista de viuvez con 55 ou máis anos de idade do Seguridade Social español.
- Ser pensionista por outros conceptos ou perceptor de prestacións ou subsidios de desemprego, con sesenta ou máis anos de idade do Sistema de Seguridade Social español.

- Ser asegurado/a ou beneficiario/a do Sistema da Seguridade Social español, con sesenta e cinco ou máis anos de idade..

As persoas usuarias de praza deben reunir os seguintes requisitos:

- Non padecer alteracións do comportamento que poidan alterar a normal convivencia nos establecementos, nin padecer enfermidade transmisible con risco de contaxio.
- Poder valerse por si mesma para realizar as actividades básicas da vida diaria.
- Precisar os tratamentos termais solicitados e carecer de contraindicación médica para recibilos.
- Alcanzar, de conformidade coa baremación establecida, a puntuación que lle permita acceder a un dos balnearios e quendas solicitados.

Igualmente, poderán participar nos programas as persoas de nacionalidade española que residan no estranxeiro, sempre que perciban unha pensión do Sistema de Seguridade Social español e conten coa idade esixida, ou sexan aseguradas ou beneficiarias do Sistema da Seguridade Social, con idade igual ou superior a sesenta e cinco anos.

Tamén poderán ser persoas adxudicatarias das prazas, como acompañante, o cónxuxe ou, de ser o caso, a parella de feito ou persoa coa que se constitúe unha unión estable e de convivencia con análoga relación de afectividade á conxugal, sen necesidade de que estes reúnan algún dos requisitos esixidos no punto primeiro e, en todo caso, cumprindo os requisitos previstos no punto segundo.

Así mesmo, poderán ser persoas adxudicatarias de praza, os/as fillos/as con discapacidade, en grado igual ou superior ao 45 por cento, sempre que a quenda a gocen cos seus/súas proxenitores/as e se aloxen na mesma habitación.

### **Solicitud**

Anualmente, publícase no BOE unha resolución da Dirección Xeral do IMSERSO pola que se convoca a concesión de prazas para pensionistas que queiran participar no Programa de Termalismo do IMSERSO. Na dita resolución fíxase o número de prazas do programa, a duración das quendas, o prezo que as persoas beneficiarias teñen que pagar e o lugar, prazo e forma de presentación das solicitudes.

## **3.4. PRESTACIÓNS**

### **A. PRESTACIÓNS POR DEPENDENCIA**

#### **Concepto**

As prestacións de atención á dependencia terán a natureza de servizos e de prestacións económicas e irán destinadas, por unha parte, á promoción da autonomía persoal e, por outra, a atender as necesidades das persoas con dificultades para a realización das actividades básicas da vida diaria.

#### **Requisitos**

- Atoparse en situación de dependencia nalgún dos graos establecidos.
- Residir no territorio español e telo feito durante cinco anos dos cales dous deberán ser inmediatamente anteriores á data de presentación da solicitude.

- Ter residencia na Comunidade Autónoma de Galicia na data de presentación da solicitude.

### **Solicitude**

As solicitudes dirixiranse á Xefatura Territorial da Consellería competente en materia de servizos sociais da provincia de residencia da persoa solicitante.

## **B. TARXETA DE ESTACIONAMENTO PARA PERSOAS CON DISCAPACIDADE**

### **Concepto**

Tarxeta expedida polo concello para que as persoas residentes empadroadas na localidade podan estacionar nas prazas de aparcamento identificadas con reserva para persoas con problemas de mobilidade física.

### **Requisitos**

- Estar empadroado/a na localidade.
- Contar coa cualificación de persoa con discapacidade.
- Contar co ditame proposta emitido polo equipo de valoración

### **Solicitude**

No rexistro xeral do concello competente.

## **C. TARXETA ACREDITATIVA DO GRAO DE DISCAPACIDADE**

### **Concepto**

É un documento persoal e intransferible que acredita o recoñecemento do grao de discapacidade recoñecido á persoa titular e serve de documento substitutivo, para todos os efectos, da resolución pola que se recoñece o devandito grao, e que ten validez en todo o territorio do Estado. A tarxeta poderá ser utilizada pola persoa que teña a representación ou gardadora de feito da persoa con discapacidade co obxecto de facilitar a acreditación do recoñecemento do grao de discapacidade da persoa titular para o acceso ás vantaxes e beneficios vinculados a esa condición.

### **Requisitos**

Poderán ser titulares da tarxeta acreditativa de grao de discapacidade, as persoas que teñan recoñecido un grao de discapacidade igual ou superior ao trinta e tres por cento, cuxo expediente conste en poder da Administración xeral da Comunidade Autónoma de Galicia.

### **Solicitude**

- Expedirse de oficio para aquelas persoas cuxa resolución de recoñecemento ou de revisión do grao de discapacidade teña lugar posteriormente á entrada en vigor da presente orde.
- A tarxeta acreditativa da discapacidade expedirse por petición expresa das persoas interesadas ou por quen teña a súa representación, nos seguintes supostos:
- As que teñan recoñecido un grao de discapacidade igual ou superior ao trinta e tres por

cento á data de entrada en vigor desta orde.

- Nos casos de perda ou subtracción.

A solicitude da tarxeta deberá presentarse segundo o modelo normalizado, preferiblemente por vía electrónica, a través do formulario electrónico normalizado dispoñible na sede electrónica da Xunta de Galicia. Opcionalmente tamén se poderán presentar as solicitudes en soporte papel no rexistro do concello a que correspondan os servizos sociais comunitarios do domicilio da persoa solicitante.

## D. TARXETA SANITARIA "AA"

### Concepto

O obxectivo desta tarxeta é favorecer a accesibilidade a determinados servizos sanitarios dos/as pacientes diagnosticados/as daquelas patoloxías que o Servizo Galgo de Saúde sinala, así como as súas persoas cuidadoras. Trátase de minimizar as esperas nas consultas dos centros de saúde, consultas externas, servizos de urxencia e hospitalización, e permitir ás súas persoas acompañantes ou cuidadoras o acompañamento permanente durante a estancia sanitaria. Para conseguilo proporcionarase a estes pacientes unha tarxeta sanitaria ou documento de prestación da asistencia sanitaria cun dispositivo específico "AA" (distintivo de acompañamento e accesibilidade) e un procedemento específico que é necesario comunicar aos centros sanitarios e ás unidades xestoras con responsabilidade neste proceso de atención.

### Listado de patoloxías

- Trastornos xeneralizados do desenvolvemento de espectro autista
- Alzheimer
- Parálise cerebral

### Solicitude

As/os pacientes, representantes legais ou persoas gardadoras de feito do/a paciente diagnosticado/a das patoloxías nas que deba favorecerse a accesibilidade e o acompañamento poderán obter a solicitude para a nova tarxeta sanitaria ou documento de prestación da asistencia sanitaria nos centros de saúde. Unha vez cuberta e asinada, entregarana xunto coa tarxeta sanitaria ou documento de prestación da asistencia sanitaria do paciente que veñan empregando.

## E. FAMILIAS DE ESPECIAL CONSIDERACIÓN

### Concepto

A Lei 3/2011, do 30 de xuño, de apoio á familia e á convivencia de Galicia ten por obxecto recoñecer a familia como estrutura básica da sociedade e ámbito natural de desenvolvemento da persoa, regulando a obriga que os poderes públicos da Comunidade Autónoma de Galicia teñen de apoiar e protexer as familias e os seus membros, e, en especial, os nenos e as nenas e os e as adolescentes. Dentro dos grupos de familias de especial consideración (ademais de familias numerosas, familias monoparentais...) inclúense:

### ***As familias con persoas maiores ao cargo***

Enténdese por familia con persoas maiores ao cargo aquela na que conviva algún ou algunha ascendente maior de 65 anos que non teña rendas anuais superiores á cantidade que se fixe na lexislación reguladora do imposto sobre a renda das persoas físicas para aplicar o mínimo por ascendente.

### ***As familias con persoas con discapacidade ao cargo***

Enténdese por familia con persoas con discapacidade ao cargo aquela na que conviva algún ou algunha ascendente ou descendente que acredite un grao de discapacidade igual ou superior ao 33%, que non teña rendas anuais superiores á cantidade que se fixe na lexislación do imposto sobre a renda das persoas físicas para aplicar o mínimo por ascendente e descendente con discapacidade.

### ***As familias con persoas dependentes ao cargo***

Teñen a consideración de familias con persoas dependentes ao cargo aquelas nas que convivan persoas que teñan recoñecida a situación de dependencia.

## **F. DEDUCIÓNS NO IRPF PARA PERSOAS CON DISCAPACIDADE**

### **Concepto**

O Decreto legislativo 1/2011, do 28 de xullo, ten por obxecto establecer nun único texto as normas ditadas pola Comunidade Autónoma de Galicia no exercicio das competencias que ten atribuídas no marco establecido polas leis que regulan a cesión de tributos do Estado ás comunidades autónomas de réxime común.

### **Deducións na cota autonómica**

- Os importes da dedución por familia numerosa duplícanse cando algún dos cónxuxes ou descendentes aos que sexa aplicable o mínimo familiar teña un grao de discapacidade igual ou superior ao 65 %, fixándose en 500 € ou 800 € segundo a categoría da familia numerosa. Cando se trate de familias numerosas con persoas con discapacidade que non acaden o dito grao, a dedución será de 250 € se é de categoría xeral e 400 € se é especial.
- As/os contribuíntes de idade igual ou superior a sesenta e cinco anos afectados por un grao de discapacidade igual ou superior ao 65 % e que precisen axuda de terceiras persoas poderán deducir da cota íntegra autonómica o 10% das cantidades satisfeitas aos terceiros, cun límite máximo de 600 euros, se se cumpren os requisitos.
- 600 € ou 720 € no caso de parto múltiple por cada filla ou fillo nacido ou adoptado sempre que a base imponible, menos os mínimos, sexa igual ou superior a 22.000,01 €. Se fose menor ou igual a 22.000 €, a contía da dedución será de 720 € para o primeiro fillo, 2.400 € segundo e 4.800 terceiro e seguintes, cando estes teñan un grao de discapacidade recoñecido igual ou superior ao 33%, con requisitos.

O grao de discapacidade deberá de acreditarse mediante certificado ou resolución expedida polo órgano competente. Considerase acreditado un grao igual ou superior ao 33% no caso das persoas pensionistas da Seguridade Social que teñan recoñecida unha pensión de incapacidade permanente total, absoluta ou grande invalidez e no caso das persoas pensionistas de clases pasivas que



que teñan recoñecida unha pensión de xubilación ou retiro por incapacidade permanente para o servizo ou inutilidade.

Considerarase acreditado un grao de discapacidade igual ou superior ao 65% cando se trate de persoas cuxa incapacidade sexa declarada xudicialmente, aínda que non alcance o devandito grao, así como nos casos de dependencia severa e gran dependencia, sempre que estas últimas situacións sexan recoñecidas polo órgano competente.

## **G. LIBRANZAS CORRESPONDENTES AO CATÁLOGO DO SISTEMA DE ATENCIÓN Á DEPENDENCIAS (SAAD)**

### **Libranza vinculada ao servizo**

Ten por finalidade facilitar, por medio dunha achega económica, a adquisición dun servizo privado, cando non sexa posible ser prestado mediante a oferta pública da rede de servizos sociais de atención á dependencia.

### **Libranza de asistencia persoal**

Ten por obxecto a promoción da autonomía das persoas en situación de dependencia severa e gran dependencia, no primeiro suposto, como complemento adicional da Comunidade Autónoma.

### **Libranza de cuidados no ámbito familiar**

Ten por finalidade que a persoa en situación de dependencia reciba no seu medio familiar os cuidados non profesionais que precise e así se determine no correspondente programa individual de atención.



## Capítulo 4

### As Asociacións de familiares de persoas con alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas (AFAS)

O alzhéimer polas súas características sociosanitarias ademais de afectar directamente á persoa que o sofre, afecta tamén á súa familia, e especialmente ao/á cuidador/a principal. A persoa que padece a enfermidade de Alzhéimer, normalmente, prefire o coidado na súa contorna, coa familia directa pero esta opción produce uns desaxustes importantes na persoa cuidadora como renunciar a unha parte importante da vida persoal, profesional e social así como moito desgaste físico e psicolóxico.

#### 4.1. AS ASOCIACIÓNS DE FAMILIARES DE PERSOAS CON ALZHÉIMER E OUTRAS DEMENCIAS EN ESPAÑA

A finais dos anos oitenta; ante a escasa axuda das administracións públicas, o descoñecemento xeneralizado sobre a enfermidade de Alzheimer e a inexistencia (naquel momento) de recursos ou servizos; nacen, a iniciativa propia, as primeiras asociacións de familiares de persoas con alzhéimer. Estas agrupacións aglutinan as aspiracións e reivindicacións de todos os familiares e supoñen o único recurso para dar resposta ás súas necesidades a problemas cotiás cos que se atopaban logo do diagnóstico desta doenza.

Pouco a pouco e progresivamente, foron necendo asociacións en toda España e mesmo unha confederación de ámbito estatal, CEFA (a primeiros dos anos noventa). Froito do nacemento destas asociacións comezaron a xurdir os primeiros servizos, como as Unidades Terapéuticas de estimulación cognitiva, que servían para o tratamento non farmacolóxico de persoas con alzhéimer e outras demencias, e ao mesmo tempo a posibilidade para a persoa cuidadora de obter un tempo diario de respiro sobre as súas funcións de cuidador/a principal, para poder atender outras obrigas sociais, familiares ou mesmo laborais, as charlas de sensibilización da poboación en xeral, os cursos de formación para familiares e/ou cuidadores/as entre outros.

#### 4.2. AS ASOCIACIÓNS DE FAMILIARES DE PERSOAS CON ALZHÉIMER EN GALICIA

En referencia a Galicia, é no ano 1994, cando se fundan as primeiras asociacións de familiares de persoas con demencias en Santiago de Compostela e en Vigo (AGADEA e AFAGA). Posteriormente, nos anos 1995 e 1997 créanse tres asociacións máis, AFAOR, AFACO e AFAL-Ferrolterra, para un ano máis tarde, en 1998, xurdir a Federación Alzhéimer Galicia.

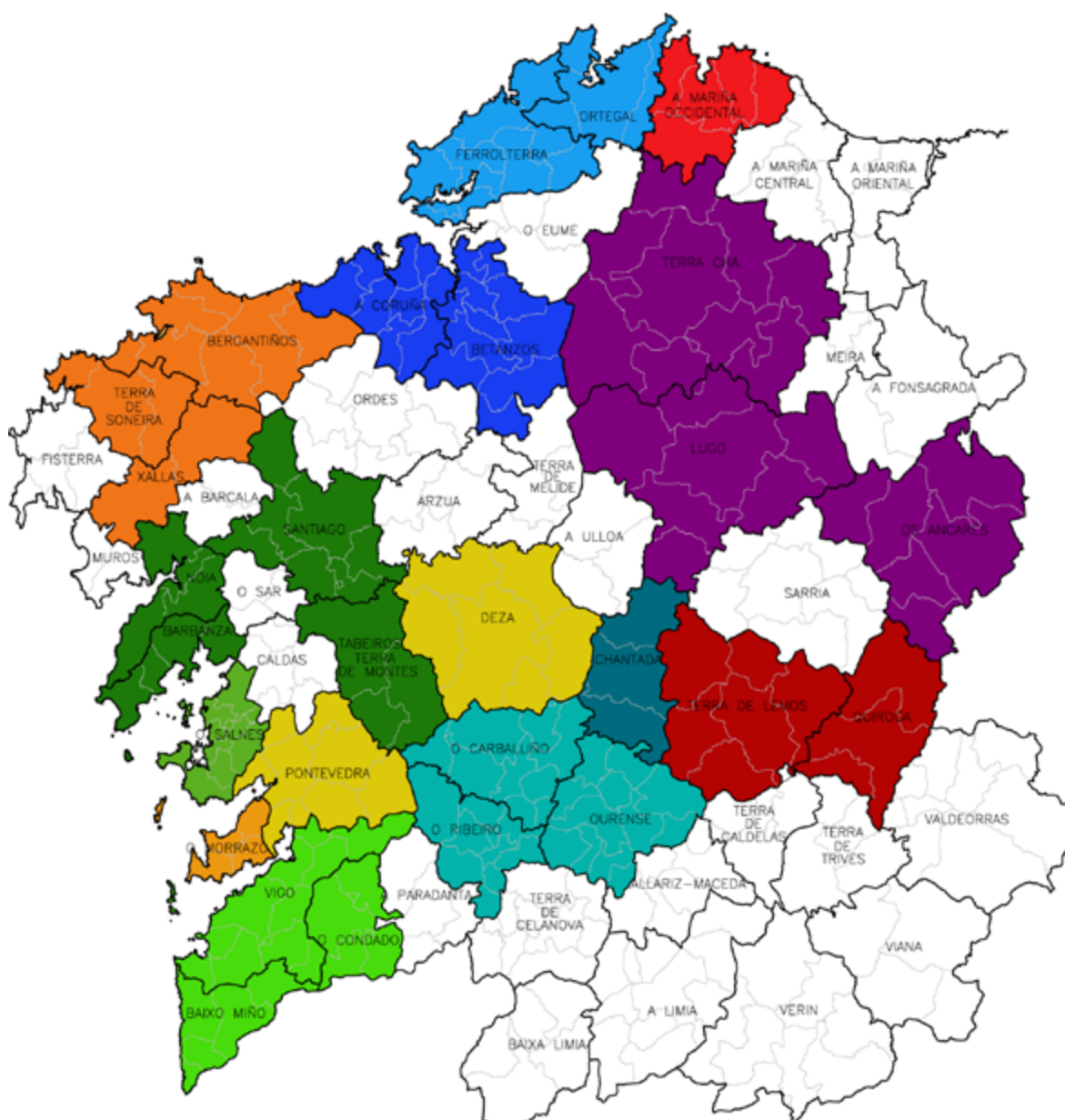
A Federación é unha entidade sen ánimo de lucro que naceu da unión destas cinco asociacións para comporse, xa no ano 2016, dun total de 13 asociacións distribuídas por todo o territorio Galego.

Táboa 10. Asociacións de familiares de persoas con alzhéimer segundo a provincia

| PROVINCIA  | ASOCIACIÓNS  |
|------------|--|
| A CORUÑA   | 1. AGADEA<br>2. AFACO<br>3. AFAL FERROLTERRA<br>4. AFABER  |
| LUGO       | 5. AFAMON<br>6. AFALU<br>7. AFA CHANTADA<br>8. AFA VIVEIRO |
| OURENSE    | 9. AFAOR   |
| PONTEVEDRA | 10. AFAGA<br>11. AFAMO<br>12. AFAPO<br>13. AFASAL          |

Elaboración propia a partir da web [www.fagal.org](http://www.fagal.org)

Figura 3. Mapa das zonas de traballo das AFAs galegas



## A. MISIÓN, VISIÓN, VALORES E OBXECTIVOS DA FEDERACIÓN ALZHEIMER GALICIA

### Misión

A misión da Federación Alzheimer Galicia é mellorar a calidade de vida das persoas que sofren alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas e de quen as coidan. Para iso, a Federación Alzheimer Galicia traballa en fortalecer as asociacións de familiares de enfermos de alzhéimer e outras demencias (AFAS) galegas e colaborar en xerar cambios na sociedade a favor destas persoas e de quen as coidan.

### Visión

A Federación Alzheimer Galicia quere ser unha organización referente, forte, unida e aberta a todas as necesidades das persoas con alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas e de quen as coidan para dar unha resposta integral e próxima. Tamén quere impulsar a creación de recursos e o desenvolvemento da investigación social e clínica.

### Valores

- **Solidariedade:** dende a Federación Alzheimer Galicia axúdaselle tanto á persoa usuaria como aos seus cuidadores familiares a través de cursos de formación, información e sensibilización así como mediante o acompañamento e o voluntariado nas diferentes asociacións.
- **Compromiso social:** debido aos datos sociodemográficos de Galicia, actualmente a sociedade identifícase co problema familiar e comprométese. Desde a Federación facemos que se comprenda a enfermidade e buscamos a implicación de toda a sociedade na loita contra esta.
- **Dignidade das persoas:** a Federación Alzheimer Galicia busca a dignidade das persoas con demencia e a súa familia, integrándoos na sociedade e evitando ser estigmatizados.
- **Honestidade e excelencia:** dende a Federación Alzheimer Galicia realízase un traballo eficiente e recoñecido por outras entidades, polo que é transparente ante todos os grupos de interese e ante a sociedade.
- **Traballo en rede:** do diferente persoal profesional que pertence á Federación na creación e homologación de modelos de xestión e manuais de estilo así como na consecución de accións e valores conxuntos e aliñados coas asociacións e outras entidades de acción social.

### Obxectivos

- Representar e ser portavoz do conxunto de asociacións de familiares de enfermos de alzhéimer de Galicia nas cuestións que sexan competencia federada.
- Promover o desenvolvemento e cumprimento dos fins das asociacións integradas en FAGAL.
- Defender os dereitos e o cumprimento dos deberes das distintas asociacións federadas, sen prexuízo da lexitimación que corresponde a cada unha delas.
- Prestar a todas as asociacións federadas asesoramento e axuda nos temas vinculados aos fins da Federación.
- Promover actuacións destinadas a mellorar a situación das familias e unha mellor atención ás persoas con alzhéimer.
- Reclamar das autoridades e organismos públicos a creación dunha infraestrutura de apoio (psicolóxico, axuda a domicilio...) ás familias e unha atención continuada, integral e interdisci-

plinar para coas persoas con alzheimer e outras demencias.

- Reclamar a creación de centros específicos para a atención das persoas con demencia.
- Promover a realización por parte da Administración Pública dun censo de persoas con alzhéimer existentes en Galicia.
- Desenvolver actividades de sensibilización social respecto á problemática que esta enfermidade provoca.
- Colaborar con outras organizacións semellantes, provinciais, autonómicas, estatais ou doutro país, que participen total o parcialmente dos fins desta Federación, naquelas cuestións que sexan de interese mutuo.

## B. AS ASOCIACIÓNS QUE COMPOÑEN A FEDERACIÓN ALZHÉIMER GALICIA

Como xa se informou anteriormente, a Federación Alzhéimer Galicia está, actualmente, composta por un total de trece asociacións :

### A CORUÑA

#### 1. AGADEA (Asociación Galega de Axuda aos Enfermos con Demencias tipo Alzhéimer de Santiago)



|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Año de constitución</b>  | 25-03-1994  |
| <b>Sede da asociación</b>   | Rúa Salgueiriños de abaixo núm.15. 15706. Santiago De Compostela              |
| <b>Ámbito de actuación</b>  | Santiago de Compostela (zona do Ensanche e Salgueiriños), Ribeira e A Estrada |
| <b>Teléfono de contacto</b> | 981 59 57 38  |

#### 2. AFACO (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer A Coruña)



|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Año de constitución</b>  | 07-12-1995   |
| <b>Sede da asociación</b>   | Centro Cívico San Diego, Parque de San Diego, s/n 15006. A Coruña  |
| <b>Ámbito de actuación</b>  | A Coruña, Abegondo, Arteixo, Bergondo, Betanzos, Cambre, Culleredo, Miño, Oleiros, Ordes, Oza dos Ríos, Paderne e Sada |
| <b>Teléfono de contacto</b> | 981 20 58 58   |

### 3. AFAL-Ferrolterra (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Ferrol)



|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Año de constitución</b>  | 22-09-1997  |
| <b>Sede da asociación</b>   | R/ Río Castro 43-45 Baixo.<br>15404. Ferrol   |
| <b>Ámbito de actuación</b>  | Narón, Neda, Fene, Valdoviño, Cedeira, San Sadurniño,<br>As Somozas, Mugardos, Ares, Moeche |
| <b>Teléfono de contacto</b> | 981 37 06 92  |

### 4. AFABER (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Bergantiños)



|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Año de constitución</b>  | 06-11-2001   |
| <b>Sede da asociación</b>   | R/ Camelias, 2 - Baixo<br>15100. Carballo  |
| <b>Ámbito de actuación</b>  | Carballo, Coristanco, Laxe, Laracha, Malpica, Ponteceso<br>e Cabana de Bergantiños |
| <b>Teléfono de contacto</b> | 981 75 85 45 - 625 980 691   |

## LUGO

### 5. AFAMON (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Monforte)



|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Año de constitución</b>  | 02-07-2001   |
| <b>Sede da asociación</b>   | R/ Emilia Casas Bahamonde, Edificio Multiusos, Local 9<br>27400. Monforte de Lemos |
| <b>Ámbito de actuación</b>  | Monforte de Lemos e Quiroga  |
| <b>Teléfono de contacto</b> | 982 41 09 29   |

**6. AFALU (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Lugo)**



|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Ano de constitución</b>  | 19-09-2002   |
| <b>Sede da asociación</b>   | Avenida Infanta Elena Núm. 11.<br>Casa Clara Campoamor Local Núm. 8<br>27004. Lugo   |
| <b>Ámbito de actuación</b>  | Castroverde, Begonte, Foz, Friol, Castro de Rei, O Vice-<br>do, Guntín, Cospeito, Xove, O Corgo, Guitiriz, Burela,<br>Outeiro de Rei, Muras, Ribadeo, Portomarín, A Pastori-<br>za, Mondoñedo, Vilalba, Baralla, Xermade, As Nogais,<br>Meira e Becerreá |
| <b>Teléfono de contacto</b> | 982 210 381 - 607 843 384  |

**7. AFACHANTADA (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Chantada)**



|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <b>Ano de constitución</b>  | 25-01-2005                                    |
| <b>Sede da asociación</b>   | Rúa do Parque, núm.9 Baixo<br>27500. Chantada |
| <b>Ámbito de actuación</b>  | Chantada, Taboada e Carballedo                |
| <b>Teléfono de contacto</b> | 982 462330                                    |

**8. AFA VIVEIRO (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e Outras Demencias de Viveiro)**



|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Ano de constitución</b>  | 31-01-2005   |
| <b>Sede da asociación</b>   | Avda. Cervantes s/n Claustros de San Francisco, Planta<br>Baixa<br>27869. Viveiro (Lugo) |
| <b>Ámbito de actuación</b>  | Viveiro  |
| <b>Teléfono de contacto</b> | 616606986  |



## OURENSE

### 9. AFAOR (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Ourense)



|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Año de constitución</b>  | 24-04-1995   |
| <b>Sede da asociación</b>   | R/ Nosa Señora da Saínza, 19 - Baixo<br>32005. Ourense   |
| <b>Ámbito de actuación</b>  | Amoeiro, Arnoia, Barbadás, Avión, Coles, Beade, Esgos, Carballada de Avia, Nogueira de Ramuín, Castrelo de Miño, Ourense, Cenlle, Pereiro de Aguiar, Cortegada, A Peroxa, Leiro, San Cibrao das Viñas, Melón, Taboadela, Ribadavia, Toén e Vilamarín |
| <b>Teléfono de contacto</b> | 988 21 92 92   |

## PONTEVEDRA

### 10. AFAGA (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Galicia)



|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Año de constitución</b>  | 04-05-1995   |
| <b>Sede da asociación</b>   | Avda. Martínez Garrido, núm. 21. Interior<br>36202. Vigo   |
| <b>Ámbito de actuación</b>  | Baiona, O Rosal, Fornelos de Montes, Tomiño, Gondomar, Tui, Mos, Nigrán, Pazos de Borbén, O Porriño, Redondela, Salceda de Caselas, Soutomaior, Vigo, A Guarda e Oia |
| <b>Teléfono de contacto</b> | 986 22 97 97   |

### 11. AFAMO (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Morrazo)



|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Año de constitución</b>  | 14-09-2000                               |
| <b>Sede da asociación</b>   | R/ María Martín, 3 Baixo<br>36950. Moaña |
| <b>Ámbito de actuación</b>  | Cangas, Moaña, Bueu e Vilaboa            |
| <b>Teléfono de contacto</b> | 986 31 37 61                             |

## 12. AFAPO (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Pontevedra)



|                      |  |
|----------------------|--|
| Ano de constitución  | 19-02-2004   |
| Sede da asociación   | R/ Curtidoira, núm. 3, Baixo.<br>36003. Pontevedra |
| Ámbito de actuación  | Pontevedra, Poio, Marín, Silleda e Lalín           |
| Teléfono de contacto | 986 84 21 41                                       |

## 13. AFASAL (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias do Salnés)



|                      |   |
|----------------------|---|
| Ano de constitución  | 09-04-2008  |
| Sede da asociación   | Camiño Real, 20. Trabanca Badiña<br>36613. Vilagarcía de Arousa |
| Ámbito de actuación  | Vilagarcía de Arousa, Illa de Arousa, Cambados e Ribadumia      |
| Teléfono de contacto | 986 185 255   |

Débase destacar como motivo principal da importancia das asociacións de familiares de persoas con alzhéimer o apoio ás familias e á propia persoa enferma. Todas as asociacións son de carácter privado sen ánimo de lucro e desenvolven as súas actividades no ámbito da acción a favor dos intereses colectivos das persoas afectadas por alzhéimer e as súas familias. Dentro destas asociacións préstase apoio ás familias de diversos xeitos:

- **Información e orientación:** Infórmase ás familias sobre as dúbidas que teñan sobre a enfermidade, sobre o proceso que teñen que seguir para o acceso ás prestacións do sistema como de calquera dúbida que teñan ao longo do proceso así como do funcionamento da asociación.
- **Atención social:** atención individualizada coas familias, analizando a problemática particular de cada unha (xa que non hai dúas persoas iguais nin dúas familias iguais). Inténtase adaptar os servizos dispoñibles á realidade de cada familia. As asociacións intégranse eficazmente no circuíto de atención aos é ás pacientes favorecendo a colaboración cos Servizos Sociais e o Sistema Sanitario permitindo un seguimento máis en profundidade da persoa enferma e da familia.
- **Formación:** no seno das asociación e das fundacións xestiónanse diversos cursos e xornadas de formación dirixidos ás persoas enfermas, a quen as coida ou persoas achegadas. Tamén se forma aos traballadores e traballadoras sobre a problemática específica do alzhéimer.

Por outro lado están as actividades dirixidas ás persoas usuarias que poden realizarse en Unidades Terapéuticas, Centros de día, Unidades de respiro familiar, etc, que se realizan por equipos multidisciplinares formados por psicólogos/as, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicomotricistas, animadores/as socioculturais, educadores/as, logopedas, traballadores/as sociais, auxiliares de enfermería e demais profesionais especializados.

Estas actividades que se realizan coas persoas usuarias van encamiñadas á recuperación funcional, cognitiva e social que se ve afectada polo alzhéimer a través de obradoiros de memoria, orientación no tempo e espazo, cálculo, psicomotricidade, actividades instrumentais da vida diaria e ximnasia.

Por último e non por iso menos importante, as asociacións buscan o apoio, colaboración e implicación das administracións públicas, tanto no ámbito local como autonómico e estatal e loitan pola visibilización e non estigmatización das persoas con alzhéimer e as súas familias. Non só perseguen unha atención ás persoas con alzhéimer senón unha mellora da súa calidade de vida así como a das súas familias mediante actividades reivindicativas, captación de fondos e actividades de sensibilización.

As asociacións son un potente elemento de presión ante as administracións, promovendo a investigación, concienciando sobre o impacto da enfermidade, promocionando medidas de saúde e prevención e promocionando a colaboración coas distintas entidades. En consecuencia, constitúense hoxe en día, e despois dun longo e dificultoso camiño, como un referente no ámbito dos servizos sociais especializados.



## Capítulo 5

### Os centros de día de alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas

As características da enfermidade de Alzheimer e as súas manifestacións (síntomas) nas persoas que a padecen convértena nunha “enfermidade compartida” polo contorno social de convivencia directa ou indirecta do/a enfermo/a. A familia ten sido, tradicionalmente, o marco no que as persoas con alzhéimer reciben a atención que precisan, desenvolvendo un papel de primeira orde como prestadora de servizos e coidados no ámbito de atención socioasistencial ás situacións de dependencia. Se ben a atención familiar directa, como axente de acción no ámbito da dependencia, posúe uns efectos moi positivos (posibilita a permanencia da persoa en situación de dependencia no seu contorno propio, evita o fenómeno da institucionalización, etc.) esta participación activa no desenvolvemento da enfermidade ocasiona no ámbito familiar (especialmente no/a coidador/a principal) unha acusada predisposición ao padecemento doutro tipo de trastornos (alteracións físicas, psicolóxicas e/ou sociais), comunmente denominados “efectos colaterais” do rol de coidador/a.

É por iso que a familia, en tanto que vén asumindo o rol de coidador/a principal das persoas que padecen alzhéimer, precisa dunha especial comprensión, apoio e solidariedade no difícil transo de afrontar a responsabilidade das tarefas de atención e coidado. E neste concreto ámbito, os centros de día de atención especializada para persoas con alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas constitúen un recurso social idóneo para dar cobertura asistencial a este dobre estado de necesidades (dependente e familiares/persoas coidadoras).

En efecto, os centros de atención diúrna especializada na atención das persoas con alzhéimer ou outra demencia constitúense:

1. En primeiro lugar, en espazos sociais, na medida en que dirixen a súa atención á familia coidadora, procurando a satisfacción das súas necesidades en materia de información, formación, acompañamento, tratamento psicolóxico e afectivo, respiro, etc.
2. En segundo lugar, en espazos sanitarios, na medida en que unha parte importante dos seus protocolos de atención dispoñen de servizos específicos vinculados ao mantemento da calidade de vida das persoas que padecen alzhéimer, complementarios aos propios servizos do Sistema Público de Saúde.

(Modelo de Centro de Día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer – CEFA)

#### 5.1. AS ASOCIACIÓNS DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHÉIMER NA XESTIÓN DOS CENTROS DE DÍA DE ALZHÉIMER

As entidades de iniciativa social constitúen hoxe en día un medio fundamental de coparticipación e colaboración da propia cidadanía nas actividades do sector público. É por iso que as propias administracións públicas dedican unha gran parte dos seus esforzos financeiros a estimular a iniciativa privada non lucrativa na realización de actividades de interese xeral, tendo en conta o seu potencial papel de provedor alternativo e complementario de servizos de carácter público.

No específico ámbito da atención social especializada ás persoas que padecen alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas, existe na actualidade un amplo tecido asociativo que aglutina as persoas que padecen os efectos desta enfermidade (persoas afectadas e familiares), que son as aso-

ciacións de familiares de enfermos de alzhéimer e outras demencias, que constitúen, na actualidade, un importante segmento do denominado Terceiro Sector. Estas Asociacións contan cunha contrastada experiencia na prestación desta tipoloxía de servizos socioasistenciais de carácter especializado. Asemade, constitúense no propio ámbito no que as súas persoas asociadas desenvolven o seu marco habitual de vida, dando cumprimento a un dos principios reitores da atención á dependencia consagrados na propia Lei 39/2006, do 14 de decembro: “a permanencia das persoas en situación de dependencia, sempre que sexa posible, na entorna na que desenvolven a súa vida”. Tal e como se desprende da normativa vixente, o proxecto asistencial dos centros de día de atención especializada ás persoas afectadas de alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas oriéntase a favorecer, durante o máximo tempo posible, a permanencia da persoa afectada no seu contorno propio.

Cómpre resaltar que unha parte importante das asociacións de familiares de enfermos de alzhéimer, en tanto que titulares de centros de atención diúrna, constitúen unha importante rede de recursos de atención social. Ademais constitúen unha parte significativa de centros concertados coas administracións públicas. En consecuencia, as asociacións de familiares de enfermos de alzhéimer convértense na principal plataforma de impulso do crecemento e consolidación da Rede de Centros de Atención Diúrna de carácter especializado como elemento clave do Catálogo do Sistema de Atención á Dependencia. E apoiadas nos seus obxectivos e na súa experiencia, constitúen a estrutura idónea para a Xestión dos equipamentos integrantes da Rede Galega de Centros de Día de Atención Social para persoas con alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas.

Así se reflicte na normativa autonómica da Rede Galega de Centros de Día de Atención Social para persoas con alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas (Decreto 19/2008, do 7 de febreiro e Orde do 25 de xuño de 2008), en tanto que “a colaboración das Asociacións de Familiares de persoas que padecen alzhéimer debe ser incentivada polas institucións públicas, arbitrando os mecanismos necesarios para que, de conformidade coas previsións públicas, resulten especialmente consideradas no proceso de Xestión dos centros integrantes desta Rede”

## 5.2. DEFINICIÓN

O Centro de Día para persoas con alzhéimer e outras Demencias Neurodexenerativas concíbese, nos termos establecidos no Decreto 19/2008, do 7 de febreiro, como un “equipamento de servizos sociais dirixido a proporcionar unha atención social especializada ás persoas que padecen alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas”.

Trátase, polo tanto, de equipamentos cun proxecto asistencial integral e multidisciplinar (psico-socio-terapéuticos) que prestan atención, por unha banda, ás persoas afectadas por estas doenzas, atendendo ás súas necesidades básicas, para promover a súa autonomía persoal así como unha maior permanencia adecuada no se medio cotiá e, por outra banda, á súa familia, facilitándolles entre outros aspectos, apoio durante o día.

## 5.3. OBXECTIVOS XERAIS

A intervención social coas persoas diagnosticadas de alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas ten por finalidade (Orde do 25 de xuño de 2008, pola que se regulan os requisitos específicos que deben cumprir os centros de día e as unidades de atención social para persoas que padecen alzhéimer e outras demencias):

- Previr e retardar a evolución das patoloxías promocionando a autonomía das persoas usuarias.

- Manter e incrementar a calidade de vida das persoas usuarias e a súa familia.
- Prestar unha atención especializada á familia das persoas usuarias.
- Evitar unha institucionalización temperá das persoas usuarias.
- Permitir que as persoas usuarias permanezan no contorno da comunidade o maior tempo posible.

## 5.4. OBXECTIVOS ESPECÍFICOS

### En relación á persoa usuaria

- Promover que a persoa con demencia manteña o maior tempo posible a súa autonomía persoal.
- Promover a actividade mental para manter e/ou mellorar o rendemento cognitivo e funcional da persoa usuaria.
- Realizar actividades cognitivas recomendadas e adaptadas a cada unha das fases da evolución da enfermidade.
- Animar e guiar a persoa enferma para que se interese por facer determinadas actividades que mobilicen as súas capacidades cognitivas e funcionais.
- Motivar a persoa afectada pola enfermidade de Alzheimer ou por calquera outro tipo de demencia para que intente obter o máximo das súas capacidades e vocacións.
- Fomentar as relacións sociais dentro e fóra do Centro de Día.

### En relación coa familia

- Prestarlles o apoio psicolóxico e/ou de calquera outro tipo que poida ser útil ou necesario ás familias que teñen ao seu cargo a unha persoa afectada por algún tipo de demencia neurodexenerativa.
- Asesorar e/ou tramitar recursos sociais que sexan de utilidade.
- Formar aos familiares/coidadores en cuestión específicas relativas a calquera ámbito da enfermidade, así como no adestramento de habilidades para favorecer o proceso de aceptación.

## 5.5. PRINCIPIOS DA INTERVENCIÓN

Segundo os artigos 2 e 3 da Orde do 25 de xuño de 2008, pola que se regulan o requisitos específicos que deben cumprir os Centros de Día de atención social para persoas con alzhéimer e outras demencias, os principios reitores dos programas de intervención deben ser os seguintes:

- Principio de autonomía da persoa usuaria na elección do recurso.
- Atención Integral do programa de intervención, por canto ás contribucións dos diferentes profesionais deben interactuar sobre as diferentes dimensións da persoa usuaria e o seu contorno.
- Personalización da atención: os programas de intervención no Centro de Día deberán axeiarse ás necesidades individuais das persoas usuarias e da súa familia.
- Interdisciplinariedade: o equipo de profesionais debe de realizar a súa tarefa individual

baixo a mesma filosofía, obxectivos, metodoloxía e actuacións común.

- Principio de participación: potenciación das capacidades da propia persoa, tratando de manter o maior nivel de independencia dentro das posibilidades de cada usuario de forma individualizada.
- Garantía da continuidade nos cuidados, na procura de mecanismos de coordinación e complementariedade dos recursos e prestacións existentes.
- Respecto á dignidade e á individualidade das persoas afectadas garantindo a súa atención integral e respectando o dereito á diferenza. Ausencia de discriminación por motivos sociais ou persoais no trato coas persoas.

## 5.6. NORMATIVA DE XESTIÓN DOS CENTROS DE DÍA ESPECIALIZADOS

A normativa de aplicación dos Centros de Día de Atención Social para persoas con alzhéimer e outra demencia neurodexenerativas, Decreto 19/2008, do 7 de febreiro, artigos 6, 7 e 8, sinalan que se deben configurar como un servizo de natureza altamente especializada, dende o deseño arquitectónico, o mobiliario do centro ata a cualificación e ratios das e dos profesionais encargados da atención directa ás persoas usuarias e da intervención terapéutica. Especificase, no marco das previsións en materia de recursos humanos da intervención dun equipo de profesionais multidisciplinar, que deberán contar cunha formación complementaria especializada cun mínimo de 60 horas, na atención das persoas que padecen alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas (artigo 7, Orde do 25 de xuño de 2008).

En tanto que servizo público da rede Galega de Centros de Día de Atención Social para persoas con alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas, as entidades, centros e programas que estes desenvolvan quedarán suxeitos ás previsións que en materia de control e inspección se establecen na norma anteriormente mencionada no artigo 4 en materia de autorización e inspección. (Orde do 25 de xuño de 2008).

Deste xeito, corresponderá, en todo caso á Administración autonómica a fixación das directrices para a organización do servizo (circuíto de entrada e saída das persoas usuarias, a través do Sistema de Atención á Dependencia), ordenar as modificacións na realización do servizo que o interese público aconselle, fiscalizar a xestión do servizo, inspeccionando as tarefas que se estean a desenvolver para comprobar se estas son acordes coas indicacións dadas, solicitar a información que resulte necesaria para tales efectos, cursar as ordes oportunas para manter e restablecer a debida calidade na realización do servizo. Corresponderá igualmente á Administración autonómica as funcións de seguimento e avaliación.

## 5.7. ASIGNACIÓN DO SERVIZO DE CENTRO DE DÍA NA MODALIDADE DE XESTIÓN PÚBLICA OU CONCERTADA

### A. TITULARES DO DEREITO DE INGRESO: SEGUNDO A NORMATIVA VIXENTE

Orde do 16 de abril pola que se regulan as condicións dos ingresos e traslados en servizos prestados en centros propios ou concertados, no ámbito de atención á dependencia e da promoción da autonomía persoal, estipula que poderán acceder ao servizo de Centro de Día Especializado as persoas que, de conformidade co Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, se lles recoñece a súa condición de persoas en situación de dependencia e se lles resolverse no seu Programa Individual de Aten-



ción Social para persoas con alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas.

## B. ASIGNACIÓN DE PRAZA

Cando se produce unha baixa no centro, e como consecuencia queda unha vacante, o/a traballador/a social deberá comunicala, no prazo máximo de dous días, á unidade administrativa responsable da Xestión de ingresos.

## C. RESOLUCIÓN DE ASIGNACIÓN DE PRAZA

A asignación de prazas levarase a cabo a través do programa de asignación de recursos (PAR), conforme os criterios sinalados nos artigos 44 e 45 do Decreto 15/2010, do 4 de febreiro. A resolución de praza será notificada á persoa usuaria pola unidade administrativa responsable da Xestión de ingresos. De forma simultánea á notificación á persoa interesada, o citado departamento, en función das prazas dispoñibles, enviará ao Centro de Día un listado de persoas adxudicatarias, que se lle facilitará á traballadora social para que inicie os trámites pertinentes. Asemade, porase en contacto co Equipo de Valoración e Dependencia (EVO) corresponde á cada Delegación Provincial para informar das altas propostas e que estes faciliten ao centro os expedientes de cada persoa usuaria coa seguinte información: solicitude de dependencia, resolución de grao, valoración do terapeuta ocupacional EVO, informe social (**Anexo I**), informe médico, resolución da aprobación do PIA, a capacidade económica da persoa en situación de dependencia e a participación no custo de servizo (normativa vixente para valoración dos ingresos en función do Decreto 149/2013, do 5 de setembro).

Recibida a comunicación da asignación de praza no centro, o/a traballador/a social rexistrará a persoa usuaria da seguinte forma:

- Apertura dun expediente en soporte físico no que se incluírá toda a documentación xerada en formato papel (documentación de identificación da persoa usuaria e persoa cuidadora principal, datos bancarios, informe social, expediente da persoa usuaria recibido polo Equipo de Valoración e Dependencia (EVO), etc.).
- Apertura dunha ficha da persoa usuaria (en soporte papel ou soporte informático), na que constará a data de alta no centro e os correspondentes datos persoais da persoa usuaria, o Programa de Atención Individualizada (PAI) (**Anexo II**) elaborado polo equipo interdisciplinar do centro, test e escalas utilizadas no proceso de valoración e calquera outro dato de interese da vida prestacional da persoa usuaria.

En función do listado recibido, o/a traballador/a social, no prazo máximo de dous días, remite a comunicación de adxudicación a cada persoa usuaria por correo postal certificado e con xustificante de recepción a cada persoa adxudicataria. Nesta ocasión informáselle sobre a concesión do servizo, facilítanselle datos de contacto co centro e ofrecenselle varias alternativas para elixir: acudir ao centro, renunciar á praza concedida de maneira temporal por ingreso hospitalario, renunciar expresamente á praza ou falecemento da persoa usuaria. Neste impreso, a familia receptora deberá seleccionar a alternativa que máis lle interese e remitila debidamente cuberta ao centro.

Unha vez que se recibe o xustificante de recepción, a familia dispón dun prazo máximo de 10 días naturais para poñerse en contacto co centro. En función da alternativa seleccionada por parte de cada persoa usuaria, presentaranse distintas situacións:

- **Non se recibe resposta no prazo estipulado**, pola cal se entende que a persoa usuaria e re-

nuncia ao recurso.

- **Renuncia expresa ao recurso:** formalizada a renuncia, archivarase a solicitude e porase fin ao expediente de conformidade co disposto no artigo 42 da Lei 30/1992, do 26 de novembro, de réxime xurídico das administracións públicas e do procedemento administrativo común.
- **Aprazamento do ingreso:** cando por causas de forza maior ou por razón de ingreso hospitalario non se produza o ingreso dentro do prazo regulado dos 10 días, a persoa interesada, antes da finalización deste prazo, poderá solicitar o aprazamento do ingreso. De ser o caso, a praza será cuberta por outra persoa. Desaparecida a causa que xustifica o aprazamento, incorporarase na primeira vacante que se produza no servizo (artigo 12, Orde do 16 de abril do 2014).
- **Falecemento da persoa solicitante:** nestes casos, o/a traballador/a social do centro remite á unidade administrativa responsable da Xestión de ingresos a copia do xustificante de recepción de correos, así como a copia da notificación enviada ás familias.
- **Aceptación do recurso:** a familia contacta co/coa traballador/a social do centro a fin de concretar unha reunión persoal para proceder a valoración inicial da persoa usuaria e familia.

Unha vez rematado este proceso, o/a traballador/a social do centro remite á unidade administrativa de Xestión de ingresos a “Depuración da listaxe de adxudicación” coas respostas recibidas por parte de cada unha das persoas adxudicatarias propostas.

## 5.8. VALORACIÓN DA PERSOA USUARIA

Tras a aceptación da praza por parte da persoa usuaria/familia no centro de día, iníciase o proceso de valoración.

### A. VALORACIÓN INICIAL

1. O/a traballador/a social do centro acorda unha reunión presencial á que asistirán a persoa usuaria e familiar de referencia. Nesta reunión aclararanse todas aquelas dúbidas que a familia e a persoa usuaria manifesten. Ademais, facilitaráselles información relativa ao centro: obxectivos, servizos que se prestan, horarios, perfís de profesionais, actividades levadas a cabo polos/as usuarios/as do centro e achega económica correspondente.
2. O/a traballador/a social solicitará á familia que antes de formalizar o ingreso facilite ao centro a documentación necesaria da persoa usuaria e familia (DNI, tarxeta sanitaria, informe médico actualizado, resolución de incapacidade...).
3. Tamén lle facilitará á familia información acerca daqueles aveños que deben proporcionar ao centro no momento do ingreso: muda de roupa, medicación, axudas técnicas.
4. A Dirección/Coordinación/ traballador social do centro acordará coa familia unha reunión para poder acompañalos nunha visita guiada polo centro para que poidan coñecer as instalacións.
5. Comunícaselles á familia/persoa usuaria as cuestións relativas ao inicio da prestación do servizo:
  - Unha vez notificada a concesión de praza á persoa usuaria, deberá procederse á sinatura entre a persoa usuaria/representante legal e o centro do acordo/contrato de prestación de

servizos, documento contractual no que deberá constar necesariamente a obriga do/a usuario/a de aboar ao centro o importe que lle corresponda en forma e prazos en que deberán efectuarse os correspondentes pagamentos. No caso de que a persoa usuaria solicite algún servizo complementario do centro, tamén se procederá á sinatura da contratación dos ditos servizos.

- Entregarase á familia/persoa usuaria a copia do “réxime interior do centro” debidamente asinado e rexistrado polo órgano competente da Administración pública.

A Dirección/Coordinación do centro, acordará coa familia/persoa usuaria unha reunión presencial para proceder á valoración da persoa usuaria por parte dos e das profesionais que forman o equipo terapéutico do centro. Previamente, facilitaráselle ao equipo de valoración, o informe social e/ou ficha sociosanitaria para que poidan consultar os datos recompilados polo/a traballador/a social e, se fose preciso, os datos facilitados polo EVO, Equipo de Valoración de Dependencia.

O día acordado, as familias e persoas usuarias chegan ao centro para levar a cabo a valoración terapéutica:

## **B. VALORACIÓN SOCIAL**

O/a traballador/a social procederá á recollida de datos de carácter sociosanitario e aplicará test/escalas (“escala Gijón..”) para a recollida de datos sociais, valorando a existencia ou non de risco sociofamiliar, recollendo información sobre o contorno familiar da persoa usuaria e da súa rede social de apoio.

## **C. VALORACIÓN SANITARIA**

Valoración dos informes médicos da persoa usuaria, facilitados polos familiares e polo Equipo de Valoración e Dependencia (EVO) da delegación provincial correspondente.

## **D. VALORACIÓN COGNITIVA/CONDUTUAL**

Valoración da persoa usuaria co fin de poder valorar o seu estado cognitivo, aplicando distintas probas cognoscitivas como son:

- Mini exame cognoscitivo (M.E.C): permite coñecer o grao de deterioro cognoscitivo que manifesta o/a usuario/a en distintas áreas como son: orientación, fixación, concentración, cálculo, memoria, linguaxe e construción.
- Test do reloxo.
- Escala de deterioro global de Reisberg (GDS).
- Se fose o caso, escalas de elaboración propia do centro.

## **E. VALORACIÓN FUNCIONAL**

Reunión coa familia/usuario co obxectivo de recompilar información sobre as seguintes áreas:

- Actividades básicas da vida diaria (ABVD) e actividades instrumentais da vida diaria (AVD).

Recóllese información relativa ao grao de dependencia que presenta a persoa usuaria.

- Área sensorial: contéplase a información relativa á visión e á audición que presenta a persoa usuaria.
- Área motriz: recollese información relativa á motricidade fina, motricidade grossa, lateralidade, praxia xestual, praxia construtiva e coordinación xeral que presenta a persoa usuaria.
- Área emocional e do comportamento.

Para a valoración funcional da persoa usuaria, o/a terapeuta ocupacional utilizará ferramentas como o Índice de Barthel, o Índice de Lawton e, se é o caso, batería de probas de elaboración propia do centro.

## F. VALORACIÓN FISIOTERAPIA

Valoración física do/a usuario/a, na que se ten en conta as seguintes áreas:

- Cardioloxía e respiratorio:
  - Cardioloxía: valora os focos de auscultación cardíacos e períodos de sístole-diástole que darán información sobre o estado cardíaco da persoa usuaria.
  - Respiratorio: valora a dinámica e patrón do/a usuario/a.
- Dor: coa dita valoración poderase coñecer a percepción da dor que ten a persoa usuaria e realizar seguimento e evolución deste.
- Goniometría (rixidez): determina a rixidez que presenta unha persoa usuaria nalgunha articulación que impida o desenvolvemento funcional normal desta.
- Exercicio terapéutico cognitivo: determina a capacidade da persoa usuaria para realizar exercicios terapéuticos cognitivos.
- Risco de caídas: para determinar o risco de caídas da persoa usuaria.
- Propiocepción: coa propiocepción valórase a capacidade do corpo de detectar o movemento e posición das articulacións.
- Análise da marcha: exploración dinámica en plano frontal e saxital da marcha da persoa usuaria.

Unha vez recollida a información da valoración, o equipo interdisciplinar realiza o ditame final, se a persoa usuaria é **APTA** ou **NON APTA** acerca da conveniencia ou non do seu ingreso no Centro de Día.

En ocasións, as persoas usuarias poden mostrar alteracións de conduta severas que desaconsellen o seu ingreso no centro. Nestes casos, a Dirección/Coordinación do centro traslada á familia o ditame final e as alternativas expostas polo equipo interdisciplinar de valoración (reaxuste de medicación que contribúa á súa estabilización funcional e cognitiva, orientación cara a outros recursos máis idóneos ao seu perfil...).

### 5.9. PRIMEIRO DÍA DE INGRESO DA PERSOA USUARIA NO CENTRO

No primeiro día de ingreso da persoa usuaria ao Centro de Día, o equipo interdisciplinar realizará coa persoa usuaria e coa súa familia as seguintes actividades:

- Explicarase e lembrará á persoa usuaria as características do servizo que vai a percibir (días, horas, actividades..).
- Resolverá as primeiras dúbidas que poidan xurdir con relación coa dinámica do servizo.
- O/a traballadora/a social rexistrará o/a usuario/a no “libro de rexistro de persoas usuarias (formato papel ou dixital)”, que deberá constar do número de expediente, nome e apelidos, data de ingreso do/a usuario/a no Centro de Día (alta), data de baixa, motivo da baixa e observacións.
- O equipo profesional do centro iniciará o proceso de deseño do Plan individual de atención (PIA) en función dos obxectivos que se pretenden alcanzar co/a usuario/a e das actividades que vai realizar.

## 5.10. PERÍODO DE ADAPTACIÓN DA PERSOA USUARIA

O período de adaptación ten por finalidade comprobar se as persoas usuarias reúnen as condicións físicas e psíquicas indispensables para permanecer no servizo, a súa adaptación ás características e funcionamento propio deste servizo, así como a existencia dos hábitos de convivencia mínimos necesarios para garantir unha correcta atención e o propio benestar do resto das persoas usuarias. A duración máxima do período de adaptación é de trinta días naturais contados desde o ingreso (salvo interrupción nos supostos de permisos autorizados ou por ingreso hospitalario). Pode ser o caso que durante este período de trinta días, o equipo interdisciplinar do centro detecte síntomas de conduta ou psicolóxicos propios das patoloxías de demencias neurodexenerativas, que non son debidos á súa nova rutina nin ao novo espazo.

Nestes casos, desde o Centro de Día, contactarase coas familias co fin de derivar ao persoal médico que lle corresponde e orientar á instauración de novas pautas farmacolóxicas que poidan contribuír a unha mellora dos síntomas presentados pola persoa usuaria. Farase un seguimento diario e individualizado a fin de poder verificar a eficacia ou non das medidas adoptadas. Se non fose suficiente para paliar estes síntomas nos trinta días establecidos, o devandito prazo poderá ampliarse de forma excepcional, por unha soa vez, e coa mesma duración, pola unidade administrativa responsable de Xestión dos ingresos e traslados.

Durante este período o centro adoptará as medidas necesarias para facilitar o proceso de adaptación. A dita prórroga de adaptación terá que ser solicitada pola Dirección do centro (segundo o artigo 13, Orde do 16 de abril de 2014).

Ao finalizar este período, e no suposto de que o centro considere que a persoa usuaria non é apta para o tipo de praza asignada, deberá remitir, antes de rematar o período de adaptación, un informe razoado ao órgano superior competente en materia de dependencia, quen, de ser o caso, determinará a asignación do recurso máis axeitado (artigo 14, punto 4 da Orde do 16 de abril de 2014). Se a familia está de acordo coa baixa definitiva no centro por “non adaptación” a este, procederase a asinar por parte da dita familia o documento de “Cese de servizos” ou baixa (sinalado no punto 14).

Unha vez superado o período de adaptación sen incidencias, producirase, de forma automática, o ingreso definitivo da persoa usuaria no centro (artigo 15, Orde do 16 de abril de 2014).

## 5.11. PRESTACIÓN DO SERVIZO DE CENTRO DE DÍA

Por norma xeral, o horario do centro de día será de 08:00 horas da mañá ata as 20:00 horas da tarde, de luns a venres. A intensidade horaria, duración e servizos concedidos a cada usuario/a do

do centro de día virá establecido no Programa individual de atención (PIA) aprobado en resolución polo órgano de valoración da administración competente en materia de Dependencia.

Diferénciase nos seguintes termos:

- Xornada completa: 160 horas/mes.
- Media xornada: 80 horas/mes.

O servizo de transporte, é dicir, o traslado das persoas usuarias desde o seu domicilio ao centro e do centro ao seu domicilio, realizarase no horario de apertura do centro. O cálculo do seu custo realízase de forma independente ao custo da prestación do servizo no Centro de Día por ser un servizo que a persoa usuaria/familia pode aceptar ou renunciar a el.

Segundo o artigo 7 do Decreto 19/2008, do 7 de febreiro, o Centro de Día especializado debe prestar, con carácter xeral, un servizo de atención integral ás persoas usuarias nas súas necesidades básicas, sociais, terapéuticas e psicolóxicas, adecuando o plan de coidados en función do grao de evolución da demencia, garantindo a aplicación de medidas terapéuticas que sexan eficaces en cada usuario/a en concreto. Ademais, entre outros servizos xerais, especificábase prestar apoio ás familias mediante atención social e psicolóxica, asesoramento sobre estimulación cognitiva, sobre a adaptación do contorno e axudas técnicas co fin de mellorar os coidados que se prestan ás persoas usuarias, diminuír a carga de traballo e mellorar a calidade de vida das familias coidadoras. Tamén se inclúen a importancia da súa participación activa e a súa formación.

O centro de día especializado debe desenvolver unha serie de servizos mínimos, adecuados e específicos para unha axeitada atención das persoas usuarias que padecen alzhéimer ou algún tipo de demencia neurodexenerativa.

Nunha primeira descrición, estes servizos pódense clasificar en:

#### a. Servizos básicos

- **Servizos básicos de atención sanitaria:** coidado persoal, aseo e hixiene, asistencia nas actividades básicas da vida diaria, control e mantemento da saúde, prevención de caídas, xestión da medicación, entre outros.
- **Servizo de manutención:** comprenderá o almorzo e, de forma opcional, o xantar e merenda/cea.
- **Servizos básicos de estimulación terapéutica:**
  - Servizos básicos terapéuticos de intervención cos usuarios e usuarias no ámbito social, cognitivo/da conduta, funcional e fisioterapia.
  - Servizos básicos terapéuticos de intervención coas familias coidadoras, prestando programas coma o servizo de información, orientación e asesoramento, grupos formativos, grupos de axuda mutua, servizo de apoio psicolóxico individual e/ou familiar, e o servizo de goce do tempo de lecer.
- **Servizo básico de transporte adaptado.**

#### b. Servizos complementarios

Poden ser susceptibles de tarificación independente e poden ser o servizo de podoloxía, pe-

rruquería, servizo de axuda no fogar, préstamo de axudas técnicas, asesoramento xurídico ás familias, etc.

**c. Servizos de Prevención da dependencia e de promoción da autonomía persoal, regulados no Decreto 149/2013, do 5 de setembro. Este apartado será desenvolvido no capítulo seguinte e inclúe:**

- Servizo de prevención da dependencia específico de alzhéimer e outras demencias.
- Servizo específico de estimulación terapéutica para persoas con alzhéimer e outras demencias.

## **5.12. O PLAN XERAL DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICO DO CENTRO DE DÍA**

Os servizos anteriormente mencionados levaranse a cabo no Centro de Día a través da implementación de programas de intervención que se expoñen a continuación:

### **a. Programas de intervención dirixidos ao propio/a usuario/a**

- Programa de ingreso e acollida.
- Deseño e elaboración do Plan de atención individualizada (PAI).
- Programa de intervención terapéutica: non hai unha persoa afectada por alzhéimer ou outra demencia neurodexenerativa que sexa igual a outra. Polo tanto, ao desenvolver a intervención terapéutica, débense expoñer cales son as áreas que máis se deben estimular a cada un dos usuarios e usuarias e a qué nivel. A exposición dunha intervención terapéutica non farmacolóxica nas demencias é posible grazas a plasticidade do noso cerebro, circunstancia que permite que este se adapte a novas situacións e restableza función que parecían perdidas.

As terapias que se levan a cabo nun centro de día poden ser, entre outras:

#### ***Terapias cognitivas:***

- Orientación á realidade
- Estimulación cognitiva
- Método Montessori
- Reminiscencia
- Técnicas de comunicación e terapia de validación

#### ***Terapias funcionais e motrices:***

- Estimulación das AVDs
- Psicomotricidade
- Fisioterapia
- Mobilizacións pasivas e activas
- Prevención de caídas e mellora do equilibrio

### **Terapias socializadoras:**

- Laborterapia
- Musicoterapia
- Ludoterapia
- Arterapia

**Figura 4. Terapias socializadoras (Centro de Día da Rede Pública de Alzhéimer de Moaña - AFAMO)**



### **Programa de control e mantemento da saúde:**

- Programa de alimentación e nutrición
- Programa de aseo e hixiene
- Programa de control de esfínteres
- Programa de prevención de caídas
- Programa de control da saúde
- Programa de xestión da medicación

### **b. Programas de intervención, de apoio e atención dirixidos ás familias/coidadores dos usuarios do Centro de Día**

- Servizo de información, orientación e asesoramento.
- Grupos formativos para familias.
- Grupos de axuda mutua e autoaxuda.
- Servizo de mediación.
- Terapias de relaxación.



- Terapias individuais e de parella.
- Servizo de goce do tempo de lecer.

**Figura 5. Curso de nutrición para persoas con alzhéimer (AFAGA)**



### **5.13. DISEÑO E ELABORACIÓN DO PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA (PAI) DO/A USUARIO/A DO CENTRO DE DÍA**

Segundo a normativa vixente en protocolo de inspección de servizos sociais sobre Centros de Maiores, discapacidade e dependencia da Comunidade Autónoma de Galicia, cada persoa usuaria debe contar cun Plan de atención individualizada (PAI). O PAI deberá estar elaborado polo equipo interdisciplinar do centro e no plan deben constar:

- Valoración integral da persoa usuaria.
- Detección de necesidades e potencialidades.
- Exposición de obxectivos concretos que se pretenden conseguir coa persoa usuaria.
- Os programas e actividades que se van a realizar para acadar os obxectivos.
- Avaliación periódica do cumprimento dos obxectivos definidos que se levará a cabo por norma xeral de forma anual.

Na elaboración do PAI, terase sempre como referencia o principio de “participación” da persoa usuaria, así como o principio do “complemento mínimo imprescindible”, cuxo fin é que a persoa usuaria realice o maior número de actividades posibles dentro das súas capacidades.

É importante cumprir a premisa de que na fixación dos obxectivos deberá participar a persoa

usuaria, e nos casos de persoas usuarias con modificación da capacidade ou con gran deterioro cognitivo ter en conta a persoa de referencia ou quen a represente legalmente.

#### a. O PAI debe comprender como mínimo as seguintes áreas.

- *Área social*: que abarca o mantemento e promoción das relacións sociofamiliares da persoa usuaria no ámbito do centro e comunitario.
- *Área psicolóxica e funcional*: comprende a promoción, prevención e mantemento das capacidades cognitivas, da conduta e funcionais da persoa usuaria. Nesta área realízase unha valoración da capacidade cognitiva, funcional e física, das situacións de depresión, ansiedade, da facilidade de relación con outras persoas e de participación das actividades.
- *Área sanitaria*: que abarca a promoción e prevención.

#### b. Os obxectivos da elaboración do PAI son:

- Coñecer a través da valoración integral realizada polo equipo interdisciplinar, as capacidades e necesidades psíquicas, funcionais, físicas e sociais das persoas usuarias do centro.
- Ofrecer os cuidados e a atención personalizada que as persoas usuarios precisan para desenvolverse na vida cotiá coa finalidade de conseguir un axeitado nivel de satisfacción e benestar e, polo tanto, de calidade de vida.
- Avaliar o seguimento das persoas usuarias e a súa participación nas actividades diarias do Centro de Día.

#### c. Metodoloxía da elaboración do PAI

- Valoración inicial por parte das e dos profesionais do equipo interdisciplinar.
- Reunión do equipo técnico para o consenso do plan individualizado de atención de cada usuario e dos programas e actividades dos que se pode beneficiar.
- Posta por escrito e presentación á familia.
- Desenvolvemento dos programas e actividades incluídos no plan.
- Seguimento diario.
- Valoración anual.
- Reunións do equipo interdisciplinar e revisión dos plans individualizados coa finalidade de realizar modificacións, cando sexan precisas.
- Comunicación ás familias.

### 5.14. PROCESO DE BAIXA DO/A USUARIO/A NO CENTRO DE DÍA

O inicio da solicitude de baixa definitiva dunha persoa usuaria no Centro de Día pódese iniciar a instancia da persoa usuaria/familia, por iniciativa propia do centro ou por falecemento.

O proceso de baixa no Centro de Día pode producirse por distintas causas, en xeral son as seguintes:

- Non lograr a adaptación ao centro da persoa usuaria durante o período de proba.
- Renuncia por petición propia do usuario/familia.
- Deterioro importante na evolución da doenza ou do estado xeral de saúde, que impide a continuidade da persoa usuaria no centro de día.
- Non dar continuidade ás pautas terapéuticas que se establezan no centro de forma reiterada e sen xustificación expresa ningunha.
- Por padecer enfermidade infectocontaxiosa ou doenza mental que altere a convivencia normal do centro.
- Por circunstancias que recomentan o cambio do PIA de Dependencia para outro recurso (SAF, residencia definitiva...)
- Por incumprimento do regulamento do réxime interior e sanción disciplinaria.
- Por traslado de domicilio e imposibilidade de continuar a asistencia no centro.
- Por falecemento.

#### **a. Recepción da solicitude de baixa**

A Dirección/Coordinación do centro:

- Recibirá a información acerca dos motivos de saída do centro e encargarse de informar da baixa ao resto do persoal que intervén coa persoa usuaria.
- Informará da baixa ao resto de persoal que intervén coa persoa usuaria.
- Facilitará, sempre e cando sexa posible, que a persoa usuaria reciba unha despedida afectuosa do persoal e compañeiros/as do centro.

#### **b. Tramitación da solicitude de baixa**

O/a traballador/a social do centro:

- Facilitará e orientará á familia dos trámites que hai que seguir para proceder á baixa. En reunión coa familia, concretarase a causa que motiva a solicitude de baixa e procederase á sinatura do documento de “cese de servizos” ou baixa.
- Prestará apoio emocional á familia, se procede.
- Realizará contacto de seguimento coa familia, nos casos que se considere oportuno.
- Comunicará ao órgano administrativo de Xestión de Ingresos, no prazo máximo do dous días, a “comunicación da baixa definitiva da persoa usuaria” co motivo e a data de solicitude da baixa, proposta tanto pola entidade do centro ou de forma voluntaria por parte da familia, e a comunicación de praza vacante como consecuencia da dita baixa.
- Procederá ao rexistro da data de baixa, motivo e observacións, se procede, da persoa usuaria no “libro de rexistro de usuarios” do Centro de Día.



## Capítulo 6

### Programas e servizos dos centros especializados en alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas

#### 6.1. SERVIZO ESPECÍFICO DE ESTIMULACIÓN TERAPÉUTICA PARA PERSOAS CON ALZHÉIMER E OUTRAS DEMENCIAS

Manter unha vida social e intelectual activa, retrasa a aparición dos síntomas da enfermidade de Alzheimer e outras demencias en persoas con deterioro cognitivo leve, ademais de retardar a evolución da enfermidade en persoas xa diagnosticadas, sobre todo nas fases iniciais.

O servizo específico de estimulación terapéutica engloba un amplo abanico de actividades realizadas fundamentalmente en grupo. Cada actividade, ademais de incidir sobre uns obxectivos específicos, ten o valor engadido para o/a usuario/a de desenvolverse en compañía doutras persoas, o cal favorece o contacto e a relación cos demais. Á súa vez, foméntase que cada participante manteña un rol activo. Ademais, a participación da persoa con demencia en cada unha das actividades ofrece un tempo de respiro ao/á cuidador/a mentres se leva a cabo a actividade.

Cada unha das actividades desenvolvidas non pretenden ser simples ocupacións, senón que cada unha delas incide sobre determinada/s capacidade/s (adestramento da memoria, orientación á realidade, reminiscencias, etc.) e ten unha significación persoal para a persoa con demencia.

Previamente ao acceso a cada actividade ou intervención, realízase unha análise e avaliación inicial cognitiva e funcional de cada persoa usuaria, co fin de coñecer o seu grado de deterioro e así poder participar na actividade axeitada ao seu caso.

#### A. PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA E PSICOMOTRIZ (*Anexo III*)

Este programa ten como finalidade proporcionar tratamento non farmacolóxico para demorar os síntomas da enfermidade e manter as capacidades funcionais durante o maior tempo posible, mellorando desta maneira a autonomía e autoestima do/a usuario/a. Ademais, dignifícase a vida da persoa con demencia, auméntase a sensación de seguridade e atrasase a perda da funcionalidade, dando calidade de vida á persoa afectada e ao seu contorno familiar. Á súa vez facilita unhas horas de respiro para os/as familiares cuidadores/as.

«A estimulación cognitiva en persoas con enfermidade de Alzhéimer agrupa un conxunto de intervencións que actuando a través da percepción sensorial e das funcións intelectivas, tratan de atenuar o impacto persoal e social desta enfermidade. En sentido amplo, a estimulación cognitiva engloba as actuacións dirixidas a manter ou mellorar as capacidades cognitivas propiamente ditas, as capacidades funcionais, a conduta e a afectividade» (*J. Olazarán, R Muñiz. 2004*)

As actividades de estimulación cognitiva céntranse en diversas áreas como: a orientación á realidade, a linguaxe, a memoria, as praxias e o recoñecemento perceptivo.

Pola súa banda, a psicomotricidade é a capacidade ou facultade que permite, facilita e potencia o desenvolvemento perceptivo físico, psíquico e social da persoa a través do movemento. É a relación mutua entre a función motriz e a capacidade psíquica que engloba o compoñente socioafectivo (relacións que establece a persoa, comportamentos e sentimentos) e o compoñente cognitivo (capacidades e aptitudes do individuo).

Deste xeito, o movemento actúa como o medio a través do cal o individuo ponse en relación co que lle rodea. O contexto máis propicio para a aprendizaxe é o da acción, experimentación, xogo e intercambio social coas outras persoas.

Previamente á participación nas distintas actividades deste programa, realízase unha valoración inicial cognitiva, funcional, psicolóxica e social de cada persoa usuaria co fin de coñecer o seu nivel de deterioro. O obxectivo é traballar con grupos o máis homoxéneos posible e tratar de manter as capacidades que conservan potenciando a autonomía da persoa.

### **Obradoiro de estimulación cognitiva**

A finalidade destes obradoiros é manter, mellorar, estimular e adestrar as distintas capacidades e funcións cognitivas, mediante exercicios de memoria, percepción, habilidade, atención, razoamento, concentración, abstracción, linguaxe, cálculo, procesos de orientación, funcións executivas, etc., dirixidas a mellorar o funcionamento cognitivo.

As intervencións poden facerse de maneira individual ou grupal. No caso de intervencións grupais en función da valoración inicial de cada usuario/a establécense grupos de traballo nos niveis: leve, leve-moderado e moderado. Tamén realízanse obradoiros dirixidos a persoas con demencia con nivel leve con afasia.

Trabállase sobre as capacidades residuais da persoa (as que aínda conserva e non as que xa perdeu), para evitar a frustración do/a usuario/a.

Nestes obradoiros aplícanse varios tipos de terapias de estimulación, entre outras:

- **Terapia de actividade cognitiva:** co obxectivo de exercitar as capacidades cognitivas como son a memoria, orientación, atención, linguaxe, percepción ou cálculo.
- **Terapia de orientación á realidade:** co obxectivo de aumentar a súa seguridade e capacidade de orientación. Trata de favorecer a orientación temporal, espacial e persoal achegando información como a data, día da semana, momento do día, estación do ano, roupa axeitada a cada estación, etc. Na realización das actividades pódense empregar xornais, fotos, reloxos...
- **Terapia de reminiscencia:** co obxectivo de facilitar o recordo de acontecementos vividos no pasado e especialmente dirixida a persoas con demencia que teñen moi afectada a memoria recente. Para a realización das actividades podemos apoiarnos no emprego de diversos obxectos, fotografías, películas, cancións, etc. Potenciarase que os e as participantes narren historias, vexan fotos, contén cousas do pasado, que falen de todo o que recorden e incluso que o escriban.
- **Terapia de validación:** co obxectivo de adquirir habilidades sociais para poder relacionarse de maneira sa. Pretende respectar a súa realidade a través de técnicas como a escoita activa e o parafraseo.

## **Obradoiros de Estimulación Cognitiva a través das novas tecnoloxías**

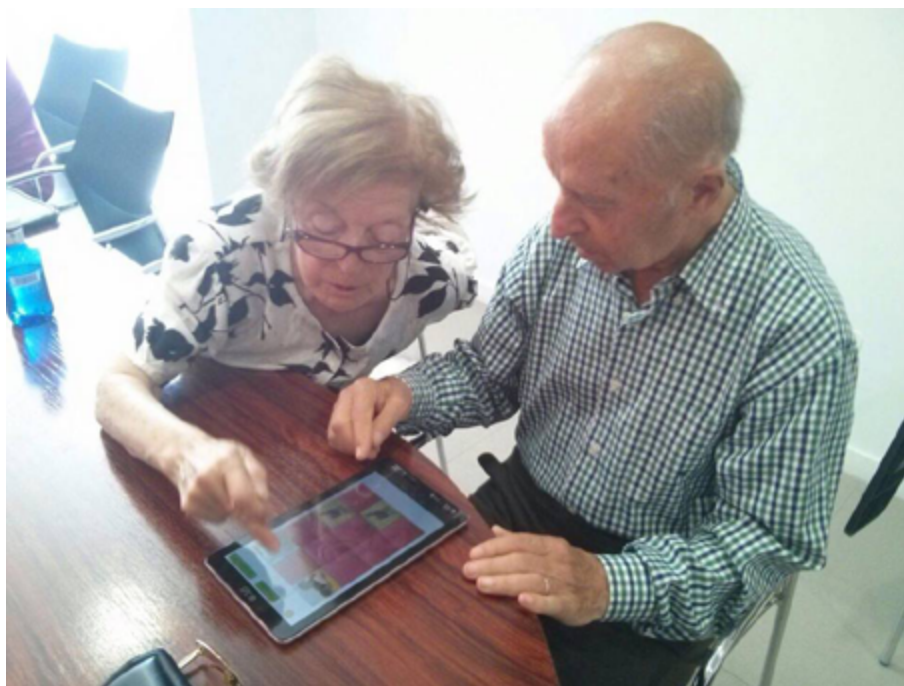
Obradoiros orientados á estimulación cognitiva e funcional empregando as novas tecnoloxías. As ferramentas empregadas son equipos (ordenadores, pantallas táctiles...) e programas informáticos orientados á estimulación de persoas con alzhéimer ou outras demencias.

Están dirixidos a persoas con deterioro cognitivo leve e moderado e a atención distribúese en niveis segundo o deterioro cognitivo e funcional. Empréganse varios tipos de software: Smartbrain, Grador...

O principal obxectivo das actividades é traballar as capacidades cognitivas, funcionais e sociais.

Como en todos os programas, previamente á incorporación do/a usuario/a realízase unha valoración de diferentes aspectos como son o cognitivo, a linguaxe ou a motivación, desenvolvéndose deste xeito clases personalizadas adaptadas a cada usuario/a.

**Figura 6. Obradoiro de novas tecnoloxías (AGADEA)**



## **Obradoiro de estimulación psicomotriz**

O seu obxectivo é manter as funcións que aínda conserva a persoa o maior tempo posible e contrarrestar o déficit de actividade física, favorecendo a relación dun consigo mesmo, con obxectos e con outras persoas, ademais de favorecer a relaxación. Trata aspectos da estimulación da memoria recente e remota, o recoñecemento do propio corpo, a lateralidade, a coordinación motriz, etc.

A psicomotricidade integra as interaccións cognitivas, emocionais, simbólicas e sensoriomotrices na capacidade de ser e de expresarse nun contexto psicosocial. A través do movemento búscase potenciar o control e recoñecemento do propio corpo, do espazo e o fomento da dimensión relacional da persoa.

Nos obradoiros trabállanse, entre outros: a optimización da independencia funcional, favorecer o desenvolvemento motor do/a participante, o coñecemento e conciencia do corpo tanto en mo-

vemento como en estático, o dominio do equilibrio, o control da respiración...

A actividade pode rematarse cuns exercicios de relaxación, onde se traballa a respiración e a tensión-relaxación.

### **Estimulación psicomotriz e exercicio físico no medio acuático**

Actividade desenvolvida en piscina climatizada onde ademais de aproveitar os beneficios para a saúde que proporciona a auga, trabállanse aspectos relacionados coas actividades da vida diaria, como vestirse/espírse, ducharse/asearse, etc. Ademais de favorecer o mantemento das relacións sociais, a actividade ten como obxectivo a mellora das capacidades físicas e a autonomía da persoa usuaria.

### **Estimulación das actividades básicas da vida diaria**

Pretende manter a autonomía da persoa con demencia o maior tempo posible exercitando e traballando tanto as actividades cotiás básicas da vida diaria relacionadas coa alimentación, hixiene persoal, vestido..., como as actividades de tipo instrumental (manexo dos medios de transporte, tarefas domésticas ou manexo de medicación).

Ademais oriéntase, tanto a persoa con demencia como a persoa que a coida, sobre medidas de seguridade nas distintas estancias do domicilio (baño, cociña, dormitorio, zonas de paso...).

**Figura 7. Obradoiro de cociña (AFAMO)**





## **Musicoterapia**

Unha maneira de revivir recordos é a través da música e das cancións. A música é unha importante ferramenta terapéutica que, entre outras cousas, permite ás persoas con demencia acceder as súas emocións e recordos. As cancións que a persoa escoitou ao longo da súa vida contén un significado profundamente persoal, polo que poden ser vehículo de expresión de pensamentos e emocións.

Numerosos estudos demostran que esta terapia produce melloras na comunicación, socialización e nas capacidades cognitivas, perceptivas ou físico-motrices da persoa con alzhéimer e outras demencias.

As actividades realizadas, ademais de favorecer a comunicación, xeran sentimentos positivos, alegría e incluso poden incitar o baile (co cal trabállanse, ademais, outras capacidades).

Adoitan empregarse cancións significativas que teñan un valor especial para quen participa do obradoiro. Bailar, cantar, escoitar cancións que formaron parte das súas vidas fai recordar situación e experiencias vividas, ademais de facer aflorar a afectividade vinculada ás ditas cancións. Unido a iso, o ritmo activará a súa atención e a coordinación motora.

O material empregado son instrumentos musicais sinxelos que non requiran ningún tipo de coñecemento musical previo (pandeireta, maracas, triángulo, etc.) e un reprodutor de música.

**Figura 8. Obradoiro de música tradicional (AFAMO)**



## **Laborterapia/ergoterapia**

A laborterapia ou ergoterapia é un método terapéutico de terapia ocupacional que pretende, por medio da actividade e a ocupación, manter, reeducar e rehabilitar os aspectos físicos cognitivos e sociais do individuo.

O seu obxectivo é incrementar a motivación e favorecer a concentración, desenvolvendo as habilidades das persoas participantes, aumentando a súa independencia e xerando satisfacción ao sentirse útiles. Trabállase a motricidade fina e as actividades manuais, realizándose debuxo, cestería, colaxe... En moitas ocasións tómase como referencia a época do ano: elaboración de murais sobre as estacións do ano, decoración de Nadal, Entroido, etc.

As tarefas que se realizan axéitanse ás capacidades, rendemento e gustos da persoa participante para, deste xeito, non xerar sentimentos de frustración.

Dentro deste tipo de actividades tamén se inclúe a arteterapia, xa que a arte tamén é un bo vehículo de expresión que permite desenvolver a imaxinación e, no caso de persoas con demencia, constitúe un medio de expresión e comunicación de sentimentos que quizais xa non poidan expresar verbalmente. Ademais, potencia a autoestima, xa que os/as participantes, cando ven expostas as súas obras, ven recoñecido o seu esforzo e creatividade.

**Figura 9. Obradoiro de arteterapia (AFAGA)**



## **Ludoterapia**

Emprega o xogo como medio terapéutico que facilita a comunicación entre as persoas usuarias, fomentando a súa participación e motivación con xogos tradicionais, de expresión corporal, destreza, etc.

## **Actividades e terapias asistidas con animais**

Este tipo de actividades aproveita o potencial terapéutico dos animais e os beneficios que un animal de compañía achega ás persoas con demencia. Normalmente, empréganse cans e incluso as persoa participantes poden colaborar nos seus coidados e pasear con eles no exterior.

Trabállanse os planos físico, social, emocional e cognitivo. Os seus obxectivos son: activar as emocións positivas, fomentar a autoestima, mellorar a motivación e atención, aumentar a participación e a socialización, ampliar a estimulación sensorial, exercitar a psicomotricidade, mellorar a precisión e coordinación de membros, diminuír a ansiedade, fomentar as relacións interpersonais e mellorar a calidade de vida.

Os beneficios son tanto físicos (acariciando ao animal redúcese o estrés e baixa a tensión arterial) como psicolóxicos (mellora do estado de ánimo e medio de contacto coa realidade).

Colaboran externamente na realización da actividade protectoras de animais, adestrador/a canino, particulares que son donos de cans, etc.

**Figura 10. Terapia asistida con animais (AFAGA)**



## **Outras actividades**

En cada asociación, ademais dos servizos e actividades mencionadas, desenvólvense puntual ou periodicamente outras accións dirixidas a mellorar a calidade de vida das persoas con demencia e das persoas que as coidan. Algúns exemplos son: obradoiros de cociña (compra de ingredientes e elaboración de pratos sinxelos con supervisión profesional continua), obradoiros de informática (co obxectivo de que as persoas aqueixadas dalgún tipo de demencia perdan o medo ás novas tecnoloxías, aprendan a usar un ordenador e a navegar por internet)...

## B. PROGRAMA INTERXERACIONAL

En colaboración con diferentes centros educativos, realízanse actividades que serven como estimulación á persoa afectada por alzhéimer ou outra demencia e potencian a adquisición de valores como o respecto e a tolerancia por parte dos/as nenos/as: compartir experiencias, realizar manualidades, xogos, cantar, bailar...

As relacións interpersoais que as persoas con alzhéimer manteñen con membros doutras xeracións son importantes para a súa saúde e benestar psicolóxico, físico e social, ademais de motivar e estimular as súas capacidades, propiciar o acercamento as persoas afectadas aos cambios culturais e sociais grazas ao contacto cos/coas menores, aumentar a súa autoestima ou diminuír sentimentos de soidade e illamento.

Entre as actividades destacan as artísticas, o envío de cartas e debuxos, os contacontos, os encontros vía Skype, excursións, asistencia a eventos culturais, etc.

Algúns exemplos deste tipo de programas son: "Proxecto interxeracional E ti que lembras?", "A clase cos avós", "Programa teño algo que contarche", "Cóntoche un conto, avó", etc.

Figura 11. Obradoiro interxeracional (AFAGA)



## C. PROGRAMA DE ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL

A animación sociocultural busca promover a relación entre as persoas, ocupar o tempo con actividades lúdicas, formativas, artísticas... e potenciar a relación entre quen participa.

As actividades organizadas dentro deste programa teñen como finalidade actuar en diferentes ámbitos do desenvolvemento da calidade de vida da persoa con demencia, co fin de promover a súa participación, interacción social, evitar o illamento e crear espazos para a comunicación interpersoal.

A intervención no ocio aumenta as oportunidades para poñer en práctica diversas habilidades. Deste xeito, o ocio debe servir tanto para previr como para ser un elemento rehabilitador e terapéutico que axude a aumentar a autonomía e competencia da persoa con demencia nas áreas funcional, cognitiva, psicoafectiva e social.

En cada asociación organízanse diferentes tipos de actividades en grupo, puntuais ou periódicas, como excursións, realización de rutas, visitas culturais, etc. En todas elas trabállanse aspectos relacionados coas habilidades cognitivas, a participación activa ou a reminiscencia, provocando que as persoas con demencia entren en contacto con elementos do seu pasado que lles estimulen os records e as primeiras vivencias.

Para o desprazamento das persoas usuarias emprégase transporte adaptado.

**Figura 12. Visita ás camelias en Domaio (AFAMO)**



## **6.2. SERVIZOS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIARES DE PERSOAS CON ALZHEÍMER E OUTRAS DEMENCIAS**

A familia constitúe unha parte moi importante no proceso dos coidados e, polo tanto, tamén ela precisa de coidados. A enfermidade produce un importante impacto na familia e alteracións no sistema familiar, polo que non se debe excluíla xa que é o núcleo onde vive a persoa con demencia e ademais constitúe o seu maior apoio afectivo.

A demencia xera un forte impacto sobre a familia da persoa afectada. A pesar diso, a maioría das veces, unicamente recibe tratamentos e terapias a persoa que sofre a enfermidade, quedando a súa contorna á marxe dunha atención especializada necesaria.

É por iso que a familia tamén constitúe unha parte fundamental do traballo das asociacións e enténdese que ten unhas necesidades específicas diferentes ás da persoa con demencia.

## A. PROGRAMA DE INFORMACIÓN, VALORACIÓN, SEGUIMIENTO E ORIENTACIÓN

Unha adecuada abordaxe levarase a cabo desde un modelo integral que contemple non só ao/á enfermo/a, senón tamén á súa familia. O alzhéimer e outras demencias non só afecta á persoa que a padece, senón que leva cambios importantes na vida do seu contorno familiar.

O programa de información, valoración, seguimento e orientación ofrece ás familias orientación e asesoramento personalizado sobre coidados, servizos e recursos, favorecendo que poidan dispoñer de información suficiente e axeitada á súa situación, a cal permita dar resposta ás necesidades que xorden no proceso da enfermidade.

Na maioría das ocasións, os familiares das persoas que acaban de ser diagnosticadas de alzhéimer ou outra demencia acceden as asociacións solicitando información e orientación sobre todos os aspectos da enfermidade. As demandas presentadas polas familias abarcan desde cuestións xerais, como poden ser pautas de comportamento ante a nova situación, aspectos médicos, coñecemento das respostas máis axeitadas ás reaccións das persoas afectadas, coidados básicos, etc., ata a solicitude de servizos concretos como servizo de axuda no fogar, terapias de estimulación... As asociacións, ademais de ofrecer esta información, asesoran sobre a maneira de acceder a recursos similares en institucións públicas e privadas.

A acollida ás familias ou programa de acollida constitúe a primeira vía de entrada ás asociacións eson a primeira atención que reciben as e os familiares unha vez expresada a demanda de información. Este primeiro contacto coa asociación realízase a través dunha entrevista con persoal técnico, normalmente cun/cunha traballador/a social, que analiza o caso concreto (**Anexo IV**). A devandita análise céntrase en coñecer a situación e grao de deterioro causado pola enfermidade, coñecer o tipo de coidados recibidos pola persoa dentro e fóra do contorno familiar, saber os recursos públicos e privados de que dispón...

Con base en toda a información recompilada nesta primeira entrevista, o/a técnico/a informará e asesorará, entre outros, sobre:

- Diversos aspectos da demencia: evolución da enfermidade e posibles dificultades ás que van ter que facer fronte, dereitos que lles asisten, produtos de apoio...
- Pautas e organización dos coidados: medidas de seguridade na vivenda, como afrontar situacións conflitivas...
- Información e orientación sobre os programas, servizos e actividades de que dispón a asociación, tanto dirixidos á persoa con demencia como ás persoas coidadoras.
- Información sobre outros recursos públicos e privados específicos e orientación sobre a idoneidade de cada un deles segundo as características de cada caso. Tamén dáse apoio efectivo á familia nos trámites que hai que realizar para conseguilos.
- Varias asociacións tamén dispoñen dun servizo de asesoramento xurídico, onde un/unha avogado/a asesora sobre cuestións de carácter legal como incapacitación, tutela, etc.
- Préstamo e asesoramento en axudas técnicas.

No asesoramento infórmase á familia coidadora sobre as diferentes axudas para cada actividade valorando as necesidades de cada persoa, xa que estas axudas deben adaptarse a cada tipo de deterioro, dificultades e necesidades. O obxectivo é facilitar a realización das actividades da vida diaria cando as capacidades se van perdendo pero sen diminuír antes de tempo as aptitudes da persoa con alzhéimer. Preténdese ademais facilitar ou mellorar o día a día cos seu familiar coidador/a.

As axudas técnicas ou produtos de apoio son aparellos, dispositivos ou utensilios deseñados para suplir ou complementar limitacións funcionais, psicolóxicas e intelectuais. Deste xeito, son instrumentos que facilitan á persoa con demencia a realización das súas actividades da vida diaria. Estas axudas aumentan a súa calidade de vida ao dotalas dunha maior independencia, autonomía e intimidade, proporcionándolles así un sentimento de utilidade. Ademais, aproveitan ao máximo as capacidades aínda conservadas na persoa, evitan situacións perigosas e liberan a carga, tanto física como emocional, da persoa cuidadora.

Este programa tamén promove o coidado diario das persoas con alzhéimer nas fases máis avanzadas da demencia, mediante o préstamo fundamentalmente de camas articuladas e guindastres eléctricos.

Dentro dos produtos de apoio distínguense varios tipos:

- **Axudas na alimentación:** cubertos anatómicos, vasos con asas, pratos antiesvarantes e inclinados...
- **Axudas para o baño/aseo:** cadeira xeriátrica de ducha/baño, barras de apoio, alza para WC, cepillos de dentes con mangos especiais...
- **Axudas para vestirse/espírse:** utensilios para abotoar, calzadores adaptados...
- **Axudas para a deambulación:** bastóns, andadores, cadeiras de rodas...
- **Axudas para localizar a persoa enferma no caso de que se desoriente:** pulseira identificadora, localizador GPS...
- **Axudas dirixidas aos/ás usuarios/as que deben permanecer na cama:** camas articuladas, guindastres, colchóns e coxíns que preveñen o deterioro da pel, sabas de suxeición, varandas para evitar caídas, diferentes tipos de alarmas, etc.
- **Outras axudas:** sistema de suxeición de cintura, estoxos para pastillas...

O asesoramento tamén inclúe información sobre a adecuación do fogar, adaptación do contorno e medidas de seguridade na vivenda de persoas con alzhéimer e outras demencias. Asesorase sobre as adaptacións do contorno que melloren a autonomía da persoa afectada e a comodidade do/a familiar á hora de ofrecer os coidados (adaptacións no dormitorio, baño, zonas de tránsito, etc.).

## B. PROGRAMAS DE ATENCIÓN PSICOLÓXICA

O programa de atención psicolóxica engloba varios servizos, os cales son desenvolvidos por un/unha psicólogo/a ou psiquiatra e por outro persoal como traballador/a social, educador/a social...

### Grupos de axuda mutua

Os grupos de axuda mutua ou grupos de apoio terapéutico empregan terapias psicolóxicas de intervención grupal que atenden a necesidade social do individuo de relacionarse co seu contorno e a necesidade persoal de ser comprendido a través da expresión e o respecto aos seus sentimentos compartidos por un grupo de iguais. Buscan mellorar o estado emocional permitindo que a tensión emocional, a angustia e os diferentes estados de ánimo que sofre o/a cuidador/a sexan atendidos e compartidos con outras persoas que se atopan na mesma situación.

Os grupos de axuda mutua posibilitan que as persoas cuidadoras poidan compartir experiencias e vivencias mediante a creación dun espazo terapéutico que posibilita o intercambio e desenvol-

vemento persoal así como o axeitado rol de cuidador/a, favorecendo que a síndrome do/a cuidador/a, que adoita estar presente nestes familiares, se minimize ou poida previrse.

Nestas sesións grupais trátanse temas relacionados tanto coa atención psicolóxica ao/á cuidador/a como outros aspectos relacionados coa aprendizaxe ou o coñecemento de temas interesantes para as persoas cuidadoras, como o autocoidado, o cuidado da persoa afectada, etc.

Entre outros, os seus obxectivos son: información á familia sobre os síntomas da enfermidade, adquisición de estratexias de afrontamento segundo o momento da enfermidade e expresión de emocións e resolución dos problemas que poidan formular os cuidados continuos.

### **Programa de atención psicolóxica**

A miúdo as familias necesitan unha guía que lles proporcione apoio e lles confirme que están manexando a demencia con normalidade. O programa de atención psicolóxica ás familias perfírase como unha achega fundamental que tratará a abordaxe do impacto da demencia e promoverá a adaptación a esa nova realidade. Esta atención poderá ser de tipo individual ou dirixida á unidade de convivencia.

Trátase de prestar atención psicolóxica a través de accións de acompañamento personalizado e continuado do/a familiar que realiza a tarefa de cuidador/a principal durante o proceso de evolución da enfermidade. O que se pretende é facilitar a resolución de situacións de crise e a prevención de dificultades futuras, optimizando así os cuidados e atencións que o/a familiar presta á persoa con demencia no seu contorno habitual.

A intervención psicolóxica busca colaborar co familiar na diminución das múltiples alteracións que sofre no seu estado de ánimo debidas aos continuos cuidados que realiza (ansiedade, depresión, angustia, soidade...).

A atención psicolóxica ás familias abarca desde o soporte emocional ao/á familiar tras o diagnóstico ata o acompañamento ao longo do transcurso da enfermidade e tamén no proceso de dó. Deste xeito, preténdese favorecer a aceptación da enfermidade por parte do/a familiar cuidador/a, potenciar o seu afrontamento positivo e tratar de que a familia poida manexar as emocións negativas e a sobrecarga do cuidado, fomentar o autocoidado e reducir o estrés, orientar sobre pautas para o manexo da persoa enferma e axudar a levar un estilo de vida máis saudable.

A atención psicolóxica tamén pode ter un papel de mediación nos casos de conflictividade familiar e emocional onde os criterios de cuidado e atención ao/á enfermo/a son dispares e as pautas de actuacións discrepantes.

O programa desenvólvese nas instalacións das asociacións, aínda que tamén se realizan terapias de apoio psicolóxico no domicilio.

### **C. PROGRAMA DE ANIMACIÓN E PROMOCIÓN DA SAÚDE**

O ocio fomenta unha boa saúde e benestar xeral, así como o desenvolvemento persoal e social e aumento da calidade de vida. O programa de animación e promoción da saúde dirixido a familiares pretende fomentar o autocoidado dos/as cuidadores/as familiares de persoas con demencia.

No programa desenvólvese actividades que favorezan a súa melloría psicolóxica e física, fomentando canles de interrelación e apoio mutuo e promovendo que a persoa cuidadora se dedique



máis tempo a si mesma e dispoña de vida social.

As actividades organizadas dentro deste programa ofrecen oportunidades de respiro, interacción social e relaxación, proporcionan un tempo de desconexión da súa rutina habitual de cuidados e prevén ou minimizan o illamento social dos/as cuidadores/as.

En cada asociación organízanse diferentes tipos de actividades puntuais ou periódicas, desde termalismo, masaxe terapéutico ou relaxación, ata excursións, asistencia a actividades de lecer e culturais, realización de rutas, visitas culturais, etc. Todas elas axudan aos/ás familiares de persoas con alzhéimer e outras demencias a descansar, a "desconectar", a divertirse... Algúns exemplos de obradoiros son:

- **Musicoterapia dirixida a cuidadores/as:** oriéntanse a restar protagonismo ao peso que a enfermidade ten na vida cotiá do/a cuidador/a. Sérvese da música para restablecer, manter e mellorar a saúde física, psíquica e emocional e para proporcionar as ferramentas necesarias que faciliten a adaptación ao contorno.
- **Obradoiros de teatro dirixidos a cuidadores/as:** a denominada síndrome do/a cuidador/a repercute na saúde física, emocional e mental. Estes obradoiros permiten compartir alegrías, tristezas e axudan a deixar atrás a carga que supón atender unha persoa con demencia.
- **Actividades ao aire libre dirixidas a cuidadores/as:** realización de viaxes, excursións, rutas, visitas culturais, etc.
- **Outras actividades:** ximnasia de mantemento, ioga, relaxación...

Figura 13. Excursión para familiares e cuidadores ás Illas Cíes (AFAGA)



### 6.3. SERVIZO DE AXUDA NO FOGAR

É un programa individualizado de carácter preventivo, asistencial e/ou rehabilitador que consiste en ofrecer unha axuda persoal e/ou determinados servizos no domicilio das persoas usuarias cuxa independencia funcional se atopa limitada ou que atravesan unha situación de crise persoal ou familiar.

O contido debe comprender, ademais do coidado e atención persoais, a prestación doutros servizos considerados clave de cara a favorecer un aceptable grao de independencia no funcionamento da vida diaria. Tamén poden incluírse prestacións complementarias tales como fisioterapia ou podoloxía.

### **Características propias deste servizo**

- É un programa individualizado polo que é preciso planificalo de acordo ás peculiaridades e circunstancias concretas de cada persoa.
- Ten un carácter preventivo e rehabilitador. Por un lado, inténtase prever situacións carenciais que incrementen o risco de perda de independencia: crear hábitos de vida saudables, prever caídas ou accidentes... Por outra parte, preténdese recuperar capacidades funcionais perdidas mediante o adestramento de habilidades para actividades da vida diaria.
- Neste programa combínanse tanto servizos como técnicas de intervención profesionais. É necesario que cada intervención que se realice sexa programada, supervisada e avaliada periodicamente por profesionais ademais de estar realizada por persoal coa formación requirida.
- Os servizos préstanse fundamentalmente no fogar da persoa usuaria pois un dos obxectivos do programa é facilitar que viva no seu domicilio o maior tempo posible e evitar a institucionalización.

### **Obxectivos**

- Mellorar a calidade de vida das persoas usuarias.
- Posibilitar a permanencia das persoas no seu contorno de convivencia habitual.
- Favorecer e potenciar a autonomía persoal no propio domicilio.
- Manter, mellorar e recuperar as redes de relación familiar e social.
- Prever situacións de dependencia ou exclusión social.
- Retardar ou evitar a institucionalización.
- Reforzar a solidariedade e potenciar o voluntariado.

A prestación e desenvolvemento dun servizo de axuda a domicilio de calidade debe ter en conta un conxunto de dimensións á hora de planificar e deseñar os aspectos organizativos básicos como a intensidade da prestación e outros como as técnicas de valoración que se vaia utilizar, a formación do persoal, seguimento do servizo, etc.

O servizo estará coordinado por persoal técnico cunha cualificación mínima de diplomatura universitaria na área de servizos sociais. No caso de que o número de persoas usuarias sexa menor de 50, o persoal técnico mínimo esixible será de 0,02 profesionais en cómputo de xornada completa por persoa usuaria.

Nos demais casos, aplicarase a seguinte táboa:

**Táboa 11. Persoal do Servizo de Axuda no Fogar segundo o número de persoas usuarias**

| Nº DE PERSOAS USUARIAS | PERSOAL TÉCNICO MÍNIMO  |
|------------------------|---|
| 50 a 99                | 1 técnico/a titulado/a xornada completa   |
| 100 a 199              | 2 técnicos/as titulados/as a xornada completa   |
| 200 a 399              | 3 técnicos/as titulados/as a xornada completa   |
| Incrementos sucesivos  | Por cada grupo de 200 persoas usuarias corresponderá un incremento de 1 técnico/a titulado/a a xornada completa |

Elaboración propia a partir da orde do 22 de Xaneiro de 2009 polo que se regula o Servizo de Axuda no Fogar

A persoa coordinadora (que adoita ser un profesional coa titulación de traballo social) indicará as pautas de actuación inicial: tarefas que haxa que desenvolver no domicilio, tempo de dedicación a estas, etc. Tamén este profesional é o responsable da supervisión de cada caso que será realizada sempre que as circunstancias a fagan necesaria e, como mínimo, cunha periodicidade de dous meses que quedará reflectida no correspondente expediente individual. Mediante esta supervisión revisárase e axustárase, se fose o caso, o contido das prestacións expresado no proxecto de intervención (**Anexo V**) e no acordo de servizo (**Anexo VI**).

O persoal que presta atención directa nos domicilios das persoas usuarias estará formado por auxiliares de axuda no fogar que, no caso de atender persoas afectadas por déficit de autonomía, deberá estar en posesión do título de formación profesional de grao medio de atención sociosanitaria ou equivalente, regulado no Real decreto 496/2003, do 2 de maio, ou en posesión do certificado de profesionalidade de atención sociosanitaria a persoas no domicilio ou equivalente, regulado no Real decreto 1379/2008, do 1 de agosto, polo que se establecen os certificados de profesionalidade da familia profesional de servizos socioculturais e á comunidade.

A súa función consiste en cumprir coa realización das súas tarefas e manter informada a persoa coordinadora do desenvolvemento do seu traballo. Ademais, especialmente nos casos de graves dependencias, deben establecer contacto co persoal sanitario de quen recibirán as indicacións oportunas para desempeñar mellor o seu traballo.

Asinarase un acordo de servizo entre a persoa usuaria e a entidade titular, no cal se recollerá o contido particular das atencións que se prestarán, a programación temporal da prestación, a intensidade horaria e os compromisos de ambas as partes, incluíndo o prezo que corresponda.

A entidade contará e expoñerá publicamente o regulamento de funcionamento do programa (**Anexo VII**), no cal se incluírá como mínimo a seguinte información:

- Identificación da entidade titular, sede oficial e oficina base do programa.
- Ámbito de actuación.
- Dereitos e deberes da persoa usuaria e da entidade.
- Descrición dos servizos que se prestan.
- Procedemento para causar alta, baixa, modificación ou suspensión do servizo.
- Protocolo para inicio da prestación efectiva e establecemento do vínculo entre a/o auxiliar de axuda no fogar e a persoa usuaria do servizo.
- Modelo do acordo de servizo entre persoa usuaria e entidade.
- Horarios de atención ao público na oficina base do programa.
- Límites horarios para a prestación do servizo.

- Réxime de visitas aos domicilios do/a técnico/a que coordine ou supervise o programa.
- Protocolo de actuación no caso de urxencias e de incidencias.
- Protocolos de substitución da persoa auxiliar de axuda no fogar e de cesación do servizo.
- Protocolo de actuación no caso de queixa no libro de reclamacións.
- Cadro de persoal anexo.
- Cadro de prezos anexo.
- A entidade prestadora abrirá un expediente por cada persoa usuaria ou por cada unidade de convivencia á que se presta o servizo, no cal constará, cando menos:
  - Un informe social asinado por un traballador ou traballadora social da entidade titular do servizo.
  - Un proxecto de intervención asinado polo/a técnico/a responsable que designe a entidade titular do servizo.
  - Un acordo de servizo asinado entre a entidade titular do servizo e a persoa usuaria.

En todo caso o tratamento da información contida nos expedientes realizarase de acordo coa normativa vixente en materia de protección de datos de carácter persoal.

Segundo a carteira de servizos para persoas dependentes, prevención da dependencia e promoción da autonomía persoal, o servizo de axuda a domicilio inclúe os seguintes servizos, algúns de carácter básico e outros optativo ou suplementario:

**Atencións de carácter persoal na realización das actividades básicas da vida diaria no propio domicilio**

Comprende:

- Asistencia para levantarse e deitarse.
- Tarefas de coidado e hixiene persoal así como para vestirse.
- Control do réxime alimentario e, se é o caso, para alimentarse.
- Supervisión, cando proceda, das rutinas de administración de medicamentos prescritas por facultativos.
- Apoio para cambios posturais, mobilizacións, orientación espazo-temporal.
- Apoio a persoas afectadas por problemas de incontinencia.
- Outras tarefas para favorecer a atención integral da persoa usuaria.

**Atencións das necesidades de carácter doméstico e da vivenda**

Comprende:

- Limpeza e mantemento da hixiene e salubridade da vivenda.
- Compra de alimentos e outros produtos de uso común.
- Preparación dos alimentos.
- Lavado e coidado das prendas de vestir, así como do enxoval doméstico.
- Apoio á unidade familiar.
- Coidados e mantemento básico da vivenda.

### **Estimulación cognitiva e funcional**

A estimulación cognitiva e funcional englobanse dentro do concepto de terapias non farmacolóxicas que son as intervencións que, a través de axentes primarios non químicos, pretenden mellorar a calidade de vida das persoas sas ou enfermas.

A estimulación cognitiva é o conxunto de técnicas e estratexias que pretenden optimizar a eficacia do funcionamento das distintas capacidades e funcións cognitivas (percepción, atención, razoamento, abstracción, memoria, linguaxe, procesos de orientación e praxias) mediante unha serie de situacións e actividades concretas.

A estimulación funcional ten como obxectivo lograr o máximo nivel de independencia en actividades da vida diaria e nas funcións motrices. Para iso fanse actividades que inclúen a manipulación fina e destrezas manuais, adestramento nas actividades da vida diaria, etc.

**Acompañamento persoal na realización doutras actividades complementarias, tales como apoio en trámites urxentes de carácter administrativo, xudicial ou similares, así como o seguimento de intervencións realizadas polo persoal sanitario.**

### **Préstamo de axudas técnicas.**

A partir da Clasificación Internacional do Funcionamento, da Discapacidade e da Saúde (CIF), aprobada pola Organización Mundial da Saúde no ano 2001, a discapacidade explícase como resultado da interacción dun individuo (cunha condición de saúde) e o seu contorno ou contexto, incorporando os aspectos sociais e contextuais como factores fundamentais relacionados coa saúde.

Polo tanto, o desempeño de calquera actividade descríbese no contorno real da persoa. Os factores ambientais actuarán de forma positiva se a súa presenza supón un facilitador para superar a deficiencia, as limitacións na actividade ou as restricións na participación; e será negativo cando supoña unha barreira ou obstáculo que entorpeza ou agrave calquera dos compoñentes anteriores.

Entre os factores ambientais facilitadores da participación atópanse as axudas técnicas.

Segundo o CEAPAT, Centro Estatal de Autonomía Persoal e Axudas Técnicas, a axuda técnica pódese definir como calquera produto, instrumento, equipo ou sistema técnico usado por unha persoa con discapacidade, fabricado especialmente ou dispoñible no mercado, para previr, compensar, mitigar ou neutralizar a deficiencia, discapacidade ou minusvalía.

Así pois, as axudas técnicas son elementos que asisten nas diferentes actividades da vida diaria para:

- Facilitar a participación da persoa usuaria.
- Protexer, apoiar, adestrar, medir ou substituír funcións/estruturas corporais e actividades.
- Previr deficiencias, limitacións na actividade ou restricións na participación.

O servizo de préstamo de axudas técnicas debe incluír a valoración e avaliación da axuda técnica, selección da que se precise dentro do catálogo dispoñible e adestramento da persoa usuaria no uso desta.

As axudas técnicas abarcan un amplo espectro que vai desde guindastres para facilitar mobilizacións ou transferencias, cadeiras de rodas ou camas articuladas.

## **Asesoramento para as adaptacións funcionais do fogar**

A vivenda é un elemento fundamental na vida de calquera persoa. Goza de grande importancia por ser o espazo onde a persoa crea o seu propio ambiente e desenvolve as súas relacións interpersoais máis próximas. Unha vivenda accesible garante unha maior autonomía e seguridade para a persoa dependente e unha axuda fundamental para quen a cuida.

A adaptación funcional do fogar consiste na adquisición, instalación e/ou adaptación de dispositivos necesarios que, pola discapacidade da persoa solicitante, sirvan para mellorar de modo claro as posibilidades de desenvolverse de forma autónoma no fogar, incluídas aquelas que sirvan para eliminar barreiras de comunicación.

Este servizo de asesoramento comprende tanto as intervencións de adaptación e mellora do fogar como a incorporación de tecnoloxías para facilitar as actividades da vida diaria como a supresión de barreiras no edificio en que se sitúa a vivenda.

Inclúe: adaptación do baño, instalación de ascensor, elevadores, cadeiras e plataformas elevadoras, eliminación de barreiras arquitectónicas en portais...

### **Servizo de podoloxía**

Os problemas circulatorios, o desgaste osteoarticular e os propios déficits psicomotores que acompañan ao envellecemento tradúcense en alteracións estruturais que poden causar anomalías nos pés das persoas maiores.

Estas deformidades poden producir lesións e dificultar a deambulación. Así que, antes de que xeren complicacións maiores, faise necesario coidar os pés mediante a aplicación de curas non cirúrxicas así como atencións e intervencións de podoloxía básicas como eliminación das durezas e dos calos e coidado das unllas, que cos anos aumentan o seu grosor e provocan molestias ao camiñar.

### **Servizo de fisioterapia**

As alteracións estruturais no cerebro xunto coas alteracións por outras enfermidades e os cambios que se producen co envellecemento provocan importantes efectos no funcionamento físico que reducen gradualmente as capacidades da persoa. Estes problemas teñen como consecuencia:

- Alteración da mobilidade
- Diminución das capacidades físicas
- Modificación dos patróns motores
- Alteración da postura
- Inestabilidade e caídas
- Úlceras por presión

Desde o punto de vista da fisioterapia, debe actuarse sobre os síntomas físicos co fin de conservar a máxima autonomía da persoa afectada. O deterioro físico adoita ir acompañado das afeccións articulares e musculares propias da idade, como artrite, artrose, rixidez articular, contracturas musculares, etc.

Ademais, vese moi afectada co tempo a capacidade de coordinación, especialmente durante a marcha, na que observamos que a persoa afectada vai perdendo de forma gradual a capacidade de manter o equilibrio.

No traballo con estas persoas deberemos procurar que conserven unha vida o máis independente posible. Para iso, intervírase nos seguintes aspectos:

- Mantemento das capacidades, coordinación psicomotriz e perceptivomotriz e equilibrio
- Adestramento de transferencias e traslados básicos
- Prevención da incontinencia
- Prevención de deformidades
- Prevención de úlceras por presión
- Trastorno da deglutición
- Potenciación da mobilidade e deambulación e reeducación da marcha
- Fisioterapia respiratoria
- Control postural
- Tratamento da dor
- Estiradas activas e asistidas

A intervención de fisioterapia na enfermidade de alzhéimer varía en función de diversos factores, polo que é fundamental a fase na que se atopa a persoa afectada.

Así, nas persoas afectadas en fase leve, aínda non se manifestan graves problemas ou dificultades motrices e o obxectivo principal será manter as súas facultades intentando adiar, na medida do posible, os efectos da enfermidade. Porén, na etapa final, o propósito da fisioterapia é previr as complicacións que xorden coa inmovilización. A nivel músculo-esquelético, o tratamento de fisioterapia ten como obxectivo previr a perda da forza e o ton muscular, a dexeneración articular e as deformidades das extremidades producidas polas posturas non adecuadas.

Tamén é fundamental a colaboración do/a fisioterapeuta cos cuidadores e cuidadoras profesionais e familiares sobre pautas de cambios posturais na cama ou asesoramento sobre outros aspectos funcionais como mobilizacións e transferencias.

## **6.4. SERVIZO DE FORMACIÓN E SENSIBILIZACIÓN EN ALZHÉIMER E OUTRAS DEMENCIAS**

### **A. PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA FAMILIARES DE PERSOAS CON ALZHÉIMER E OUTRAS DEMENCIAS**

Unha das principais demandas das familias das persoas afectadas cando se diagnostica a enfermidade é unha maior información sobre esta posto que se atopan ante unha situación descoñecida para elas. Moitas veces, os coñecementos que teñen da enfermidade resultan escasos para afrontarse ao coidado do día a día. Así, nun primeiro momento, faise necesario resolver dúbidas e proporcionar pautas relacionadas co afrontamento da enfermidade, a comunicación ou o coidado da persoa cuidadora. Ademais, a medida que a enfermidade avanza, a necesidade de formación tamén vai mudando e faise necesario adquirir novos coñecementos, por exemplo, relacionados con mobilizacións e transferencias ou aseo na cama.

O obxectivo principal do programa é dotar aos cuidadores e cuidadoras de coñecementos, estratexias e habilidades que lles axuden durante o proceso de coidado.

Coidar a unha persoa afectada é un labor complicado que inevitablemente terá sobre o familiar cuidador unhas repercusións físicas e psicolóxicas.

A persoa cuidadora que estea formada, que sabe actuar en cada momento da mellor maneira posible, estará máis capacitada para manexar con éxito as situacións complicadas que xurdan, evitará moitos problemas que se poidan presentar por descoñecemento e sufrirán unha menor sobrecarga.

Figura 14. Curso "Xuntos nos Coidados" celebrado en O Carballiño (AFAOR)



## B. PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA PROFESIONAIS

As e os profesionais que traballan con persoas afectadas contan cunha titulación da rama socio-sanitaria: psicoloxía, educación social, traballo social, enfermaría, fisioterapia, terapia ocupacional, auxiliar de enfermaría ou o correspondente certificado de profesionalidade... pero ademais precisan de formación especializada no campo das demencias. Esta formación é importante realizala de xeito inicial, cando se comeza a traballar neste sector, mais tamén é importante que sexa unha formación continua que permita actualizar e aumentar os coñecementos, tanto teóricos como prácticos, de todos os axentes implicados na mellora da calidade de vida das persoas afectadas de alzhéimer ou outras demencias.

Estas accións formativas basearanse en criterios de calidade e impartiranse por expertos na materia. Poden desenvolverse de forma presencial ou na modalidade de teleformación.

## C. PROGRAMAS DE SENSIBILIZACIÓN

Concienciar a sociedade sobre a problemática do alzhéimer é un dos fins das asociacións que ten como obxectivo acadar unha maior sensibilización e implicación na axuda ás persoas afectadas e ás súas familias.

Para erradicar os estigmas existentes sobre a enfermidade é necesario dotar a sociedade da información adecuada que permita axudar a afrontar a súa problemática e reducir a posible discriminación.

Dentro deste programa teñen lugar diferentes actividades que se planifican ao longo de todo



o ano como distribución de información escrita, organización de conferencias e charlas de expertos na materia ou participación en eventos sociais onde a asociación ten visibilidade.

As actividades de sensibilización deben abarcar todos os sectores da sociedade. Así, tamén se realizan actividades específicas en colaboración cos centros educativos como poden ser os obradoiros interxeracionais dirixidas á infancia e á mocidade que achegan a realidade da enfermidade dunha forma que a poidan entender.

Sen dúbida, a data máis significativa para as asociacións de familiares é o 21 de setembro, evento instituído pola Organización Mundial da Saúde (OMS) para celebrar o Día Mundial do Alzheimer. Este día, as diversas asociacións organizan actos abertos a toda a sociedade para conmemorar o evento: instálanse mesas informativas nas rúas, organízanse charlas, prográmanse obradoiros especiais coas persoas afectadas... En definitiva, faise visible a realidade que rodea á enfermidade e o traballo das asociacións.

**Figura 15. Andaina Solidaria celebrada en Santiago polo Día Mundial do Alzheimer 2016 (FAGAL)**



#### **D. PROGRAMA DE PRÁCTICAS E TITORÍAS**

As prácticas formativas teñen como obxectivo enriquecer e complementar a formación académica de quen estuda mediante a adquisición dunha serie de competencias profesionais sen que exista unha relación laboral coa entidade.

As prácticas estarán tuteladas e supervisadas por persoal técnico do ámbito de especialización da actividade da práctica que será o encargado do seguimento, orientación e avaliación do alumnado durante o período de prácticas.

Con estas prácticas preténdese conseguir, a través dun período de integración nun ámbito profesional, que o alumnado adquira as capacidades técnicas, de aprendizaxe, metodolóxicas e interpersoais que o capaciten para o desempeño profesional e lles sirva, ao mesmo tempo, para integrar-se no mundo laboral con maiores garantías de éxito.

A duración das prácticas estará determinada polo correspondente plan de estudos. Asinarase un convenio de colaboración entre a asociación e a entidade educativa e ao finalizar as prácticas, avaliarase as competencias adquiridas polo alumnado.

## E. PROGRAMA DE VOLUNTARIADO

O voluntariado nas asociacións permite canalizar o desexo de participación social e axuda da sociedade en xeral á vez que achega unha oportunidade para dar a coñecer a realidade da enfermidade.

### Definición do voluntariado

#### *Concepto de acción voluntaria*

Enténdese por acción voluntaria a realizada por persoas físicas como resultado da súa participación social organizada no desenvolvemento de actividades de interese xeral a través de entidades de acción voluntaria, sempre que reúnan as seguintes condicións:

- Que se trate dunha decisión libremente adoptada e non traia causa dunha obriga ou dun deber xurídico.
- Que se execute fóra do ámbito laboral, profesional, funcional ou mercantil ou de calquera outro tipo de relación retribuída.
- Que a acción voluntaria se leve a cabo sen contraprestación económica, sen prexuízo do dereito ao reembolso dos gastos que esta acción poida ocasionar ou dos recoñecementos que correspondan.
- Que se leve a efecto en función de programas concretos, xa sexan promovidos por calquera entidade de acción voluntaria ou polas administracións públicas de Galicia.

Non terán a consideración de acción voluntaria:

- As actividades que sexan realizadas de forma espontánea.
- As consideradas como prácticas, aprendizaxes ou experiencia profesional.
- As que sexan prestadas na marxe das entidades de acción voluntaria, de forma illada ou esporádica.
- As promovidas por calquera entidade para a consecución de beneficio económico ou intereses propios.
- As desenvolvidas como consecuencia dunha relación laboral, mercantil, funcional de calquera tipo, así como as que constitúan exercicio de funcións directivas ou xerenciais nas entidades de acción voluntaria, a non ser cando quen as leve a cabo conserve a condición de persoa voluntaria e as desenvolva en tal concepto sen percibir remuneración ou contraprestación por elas.

A acción voluntaria non poderá en ningún caso substituír as prestacións ás que estean obrigadas as administracións públicas ou outras entidades, o traballo remunerado ou a prestación de servizos profesionais retribuídos.

### **Concepto de *persoa voluntaria***

Persoa física que, en virtude da súa decisión persoal, libre e altruísta e nunha situación de inexistencia de relación laboral, mercantil ou de traballo remunerado, participe en calquera actividade de acción voluntaria mediante un programa propio da asociación.

As persoas menores de idade poderán participar en programas e proxectos de voluntariado especificamente adaptados ás súas características, mediante autorización expresa dos seus pais, dos seus titores ou da institución que as teña ao seu cargo, con respecto en todo caso á vontade da persoa menor.

A condición de persoa voluntaria é compatible coa condición de membro da directiva da entidade e coa de coordinador de programas ou proxectos de voluntariado, sempre que o cargo non sexa retribuído.

A condición de persoa voluntaria é incompatible co desempeño de calquera actividade suxeita á retribución económica pola asociación, cuxa natureza, contido e obxecto poidan ter relación cos propios da actividade voluntaria.

Toda persoa voluntaria ten uns dereitos e uns deberes que se deben cumprir e que están contemplados na lexislación estatal vixente sobre voluntariado (Lei 45/2015, do 14 de outubro) e na Lei 10/2011, do 28 de novembro, de acción voluntaria.

### **Concepto de *entidades de acción voluntaria***

Terán a consideración de entidades de acción voluntaria aquelas entidades, públicas ou privadas, sen ánimo de lucro, legalmente constituídas e dotadas de personalidade xurídica propia que de forma organizada e estable realicen programas específicos en relación con actividades de interese xeral.

As entidades de acción voluntaria terán as súas propias normas de funcionamento interno de acción voluntaria (**Anexo VIII**), no que se indicarán as condicións específicas de admisión e a perda da condición de persoa voluntaria, os dereitos e deberes desta, os mecanismos para a súa participación na entidade e os principios que rexerán as relacións entre esta e aquela.

Asinarase un compromiso de colaboración coa persoa voluntaria onde quede reflectido, entre outros, o horario e o programa no que participa (**Anexo IX**).

Ademais, facilitaráselle ás persoas voluntarias unha acreditación que as habilite e identifique para o desenvolvemento da súa actividade (**Anexo X**) e, despois da solicitude da persoa interesada, expedirase un certificado que acredite a súa condición de persoa voluntaria (**Anexo XI**), con indicación de datas, duración e prestación efectuada nos programas nos que participou. Por petición da persoa interesada, e despois de autorización de cesión dos seus datos persoais, remitiráselle unha copia desta certificación ao Rexistro de Acción Voluntaria.

- Redactar anualmente unha memoria e un plan de actividades co contido que se estableza regulamentariamente.
- Levar un libro - rexistro interno de altas, baixas e outras incidencias nas que se poidan atopar as persoas voluntarias, con especificación dos programas e os proxectos nos que colaboran e a natureza das actividades que desenvolvan (**Anexo XII**).

### ***Funcións como persoa voluntaria***

A persoa voluntaria é un nexo de unión entre as e os profesionais da entidade e as persoas afectadas e familiares. Entre as súas funcións atópanse:

- Proporcionar compañía e apoio emocional.
- Ofrecer información xeral sobre a asociación.
- Acompañamento para pasear.
- Charlar coas persoas usuarias e/ou familiares.
- Acompañar a persoa afectada para proporcionar respiro a quen a coida.
- Actividades grupais dentro da asociación.
- Acompañamento en excursións e convivencias.
- Colaborar nos diferentes obradoiros organizados pola asociación.
- Participar nas actividades programadas co obxecto de recadar fondos para a asociación.
- Participar nas festas organizadas pola asociación.
- Participar nos encontros interxeracionais (familiares, persoas afectadas e persoas voluntarias)

## **6.5. SERVIZO DE PREVENCIÓN DA DEPENDENCIA ESPECÍFICO DE ALZHEIMER E OUTRAS DEMENCIAS**

Concíbese como unha alternativa de atención dirixida ás persoas con alzhéimer cuxa situación demanda unhas accións de cara a previr situacións de dependencia máis graves e/ou potenciar, na medida que sexa posible, o grao de autonomía ou capacidade que posúen en cada momento as persoas destinatarias.

Este servizo comprende un conxunto de intervencións que teñen por finalidade manter as habilidades, coñecementos e condutas que aínda posúen as persoas diagnosticadas de alzhéimer, utilizando técnicas dirixidas ao adestramento nas actividades da vida diaria (AVD), orientación á realidade, estimulación cognitiva, terapia ocupacional, atención psicolóxica, logopedia e actividades de lecer e tempo libre.

O servizo contará coas seguintes prescricións:

- Información e orientación
- Asistencia ás actividades básicas e instrumentais da vida diaria
- Terapia ocupacional
- Estimulación cognitiva
- Atención psicolóxica dirixida tanto ás persoas usuarias como a familiares cuidadores
- Comunicación
- Actividades de lecer e tempo libre

### ***Obxectivos:***

Dende esta perspectiva podemos sinalar, entre outros, os seguintes obxectivos:

- Garantir ás persoas usuarias unha atención específica que sirva para previr o agravamento do seu grao de dependencia.

- Promover o mantemento ou a mellora da capacidade persoal de controlar, afrontar e tomar decisións acerca de cómo vivir de acordo coas preferencias propias.
- Promover o mantemento ou a mellora de habilidades xa adquiridas.
- Facilitar a execución das actividades básicas da vida diaria.
- Evitar a aparición de limitacións na actividade, deficiencias ou déficits secundarios.
- Potenciar o desenvolvemento persoal, a adaptación ao seu contorno e a integración social.
- Gañar un maior nivel de autonomía e calidade de vida.

## 6.6. SERVIZO DE ENVELLECIMENTO ACTIVO

O servizo de envellecemento activo ten como obxectivo potenciar os niveis de autonomía das persoas maiores e das persoas en situación ou en risco de padecer demencia.

Contempla diversas actividades dirixidas a persoas sen diagnosticar coa finalidade de activar e mellorar o rendemento das súas capacidades cognitivas, contribuíndo ao seu mantemento/recuperación.

Manter unha vida social e intelectual activa retrasa a aparición dos síntomas da enfermidade de alzhéimer e doutras demencias, ademais de contribuír a un bo estado de saúde física e mental.

Deste xeito, nas asociacións desenvólvense diversas actividades dirixidas á poboación maior, polo que acceden, segundo á actividade, persoas maiores de 50 ou 60 anos.

O envellecemento activo é o proceso no que se optimizan as oportunidades de saúde, participación e seguridade co fin de mellorar a calidade de vida das persoas a medida que envellecen, favorecendo as súas oportunidades de desenvolvemento para unha vida saudable, participativa e segura (OMS).

Os obradoiros de envellecemento activo están dirixidos a persoas maiores interesadas en prever a perda de memoria e outras capacidades intelectuais como consecuencia do envellecemento. No desenvolvemento das actividades preténdese, entre outros, activar e mellorar o rendemento das capacidades cognitivas e diminuír posibles niveis de ansiedade.



## Capítulo 7

### O/A traballador/a social como parte fundamental dos equipos técnicos. Funcións

#### 7.1. INTRODUCCIÓN

Na concepción e desenvolvemento dos servizos sociais que se creou dentro da etapa democrática española, o traballo en equipo e o traballo interdisciplinario teñen un papel explícito e determinante para acadar obxectivos que recoñezan a multiplicidade de factores que comprende o que acabamos chamando “realidade social”. As leis de servizos sociais das distintas comunidades autónomas definen claramente a composición dos equipos e os profesionais que deben desenvolver diferentes funcións nestes dentro dos programas dos servizos sociais.

O traballo en equipo supón xeralmente, explícita e implicitamente, a idea e a realidade do traballo interdisciplinario, e une, polo tanto, a noción de equipo, ou grupo de traballo, coa interdisciplinabilidade.

No eido social, as funcións que hai pouco eran exercidas por un profesional determinado, poñamos por exemplo o/a traballador/a social, fóronse desenvolvendo e constitúen, ás veces, o campo específico de novos profesionais que antes non existían no noso país, por exemplo, o/a educador/a social, ou realizaban outras funcións como, por exemplo, o/a psicólogo/a social. Con todo, xunto con esta evolución, ninguén dubida no presente que tanto para realizar análises globais da dinámica social e dos problemas que dela emanan, como para realizar formulacións de intervención social, é necesaria a estreita colaboración de distintos profesionais do campo social que *“ofrezan unha perspectiva integral, que intente superar a dicotomía que a atención desde distintos servizos e instancias administrativas, moitas veces impón”* (Rossel, 1998).

A interdisciplinabilidade xustifícase pola tarefa e polos obxectivos que se van realizar. Determinados obxectivos poden ser encomendados a profesionais dunha mesma disciplina ou a profesionais que proceden de campos profesionais e científicos distintos.

A idea de equipo interdisciplinar comporta sempre un grao determinado de participación, implicación e responsabilidade sobre os obxectivos que haxa que acadar, por parte dos membros que o compoñen, e un determinado grao de delegación de autoridade por parte da estrutura organizativa á que pertence o equipo. A interdisciplinabilidade comporta un certo grao de integración conceptual e metodolóxica que rompe a estrutura de cada disciplina para construír unha epistemoloxía nova, e unha parte común a todas elas, coa finalidade de construír unha visión de conxunto nun determinado sector do saber, neste caso do sector social.

Ander Egg y Follari (1988) expoñen o seguinte: *“a interdisciplinabilidade alcanza unha conxunción teórica nova, máis alá das particularidades das disciplinas que interveñen só pode conseguirse a través de equipos compostos por representantes de diferentes disciplinas reunidos nunha tarefa a longo prazo que posibilite a conceptualización e a creación dunha linguaxe común ...”*. Para que isto sexa posible, cada disciplina ten que entrar en xogo coa súa máxima especificidade para ir construíndo a interdisciplinabilidade, resultado da reflexión e da acción común.

Nesta mesma liña, Rueda (1992) define o equipo interdisciplinario como *“o conxunto de profesionais diferentes, enfrontados a un obxectivo común, igualados no momento de efectuar as súas achegas pero diferenciados no tipo de información e de intervención que poden ofrecer, e capacitados para reorganizar as súas actuacións de acordo coas características e as prioridades do problema que*

## **Características**

O equipo interdisciplinario é unha modalidade do chamado “grupo de traballo” que, como indican as definicións anteriores, ten por finalidade alcanzar obxectivos que requiran a presenza de profesionais diversos. Algunhas das súas características, son:

- Reunir a todos os membros arredor dun obxectivo común.
- Cada membro ten unhas funcións e tarefas designadas que realizará desde a filosofía e o obxectivo común do equipo.
- O equipo establece unha estrutura formal, organización e normas de traballo que son coñecidas e aceptadas por todos os membros.
- A presenza dunha persoa coordinadora, é unha función indispensable para que o equipo poida funcionar como tal.
- O traballo do equipo interdisciplinario desenvólvese dentro dun marco institucional nun contexto social determinado.

O traballo en equipo non pode darse en servizos e institucións nos que non se dan as condicións reais para que os equipos interdisciplinarios poidan desenvolverse como tal. A estrutura das institucións moitas veces non só non facilita senón que impide claramente o traballo en equipo.

A estrutura piramidal dos servizos e institucións é mais frecuente en centros especializados que en servizos de atención primaria. Con todo, tamén é certo que hai equipos en servizos especializados que presentan estruturas de traballo baseadas en criterios e orientacións compartidas, desde a planificación, execución e avaliación.

O recoñecemento dos outros profesionais e o respecto á súa disciplina e as súas achegas son esenciais para o traballo en equipo.

## **7.2. A FIGURA DO/A PROFESIONAL DO TRABALLO SOCIAL NUN EQUIPO INTERDISCIPLINAR**

Segundo o artigo 23 da Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia, a intervención profesional nos servizos sociais terá como norma xeral un carácter interdisciplinario na procura dunha atención integral.

Xa no marco teórico deste manual, faise referencia ás numerosas definicións do traballo social. A seguinte definición achega certa especificidade á intervención do traballador social no ámbito das demencias:

A Federación Internacional do Traballo Social (F.I.T.S.), define o Traballo Social como a profesión que promove o cambio social, a solución de problemas nas relacións humanas, o fortalecemento e a liberación das persoas para incrementar o benestar. Mediante a utilización de teorías sobre o comportamento humano e os sistemas sociais, o Traballo Social intervén nos puntos nos que as persoas interactúan coa súa contorna. Os principios dos dereitos humanos e a xustiza social son fundamentais para o Traballo Social.

Nun equipo técnico, o/a traballador/a social realiza unha análise do tecido social da persoa enferma, o cal permitirá, xunto cos elementos teóricos das demais disciplinas, definir estratexias de



intervención para o tratamento e seguimento. Outra especificidade do Traballo Social, que queda establecida no momento da intervención, é a aplicación das técnicas, as cales se diferencian das demais disciplinas tanto na forma como no contido. As entrevistas domiciliarias e sociosanitarias, específicas da nosa disciplina, establecen unha ligazón diferente coas familias, como así tamén un coñecemento da persoa enferma e da súa contorna social.

Desde o Traballo Social intervéñese nun proceso de acompañamento, asesoramento, axuda á persoa enferma e á súa contorna social, co obxecto de desenvolver capacidades, de tal maneira que as familias e persoas afectadas poidan facer fronte aos seus problemas actuais e ás potenciais situacións conflitivas, tratando de axudarlles a descubrir as súas capacidades para utilizar os seus recursos persoais e os que lles ofrece a súa contorna.

### 7.3. FUNCÍONS DO/A TRABALLADOR/A SOCIAL

Son varias e diferentes as funcións dos/as traballadores/as sociais, dependendo do ámbito de aplicación desta disciplina. Así, no ámbito das demencias e das Asociacións de Familiares de enfermos de Alzheimer, destacan as seguintes:

- Planificar e organizar o departamento de traballo social mediante unha adecuada programación de obxectivos e racionalización do traballo.
- Coordinar o labor do centro con institucións públicas e privadas nas actividades propias do traballo social.
- Xestionar as posibles axudas e subvencións das que se poida beneficiar a Asociación.
- Asesorar e informar as familias sobre os recursos da asociación ou da comunidade.
- Reorientar e derivar a outros recursos, tanto propios como externos, no caso de que sexa necesario.
- Tramitar e xestionar axudas e recursos sociais: información, envío de documentación, apoio na tramitación, acompañamento nos casos nos que se requira, etc...
- Realizar as xestións necesarias para a resolución de problemas que afecten ás persoas usuarias, principalmente coas entidades e institución locais.
- Informar os membros do Equipo Interdisciplinar das accións emprendidas e das actuacións realizadas.
- Facilitar información sobre os centros.
- Fomentar a integración e participación das familias na vida do centro e da asociación.
- Xestionar a lista de agarda de acceso aos centros.
- Coordinar o programa de voluntariado.
- Realizar a valoración sociofamiliar das potenciais persoas usuarias e das súas familias.
- Ser corresponsable das visitas domiciliarias, previas á incorporación das persoas usuarias aos centros.
- Participar na preparación e posta en marcha de programas de adaptación dos usuarios e usuarias aos centros.
- Realización do seguimento das persoas usuarias.
- Colaborar nas materias da súa competencia nos programas que se realicen de formación e información ás familias das persoas usuarias.
- Realizar o seguimento das persoas usuarias que se deron de baixa nos centros.
- Participar nas reunións do equipo interdisciplinar, así como en calquera outro grupo de traballo que se forme para a execución e o bo desenvolvemento dos servizos da entidade.

Estas e outras complementarias ás dos compañeiros do equipo técnico, son algunhas das funcións realizadas polo/a profesional do Traballo Social.



# ANEXOS



# ÍNDICE DE ANEXOS

1. INFORME SOCIAL
2. PAI
3. CONTRATO DO PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA E PSICOMOTRIZ
4. SOLICITUDE DE SERVIZOS
5. PROXECTO DE INTERVENCIÓN
6. ACORDO DO SERVIZO DE AXUDA NO FOGAR
7. REGULAMENTO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIZO DE AXUDA NO FOGAR
8. REGULAMENTO INTERNO DE ACCIÓN VOLUNTARIA
9. COMPROMISO DE COLABORACIÓN VOLUNTARIA
10. CERTIFICADO DE ACCIÓN VOLUNTARIA
11. ACREDITACIÓN/IDENTIFICACIÓN DO VOLUNTARIO
12. LIBRO DE REXISTRO DE VOLUNTARIOS/AS
13. HISTORIA SOCIAL



# ANEXO 1

## INFORME SOCIAL

|             |                |
|-------------|----------------|
| LOGO DA AFA | INFORME SOCIAL |
|-------------|----------------|

### 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DA ENTIDADE

Entidade: Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer e outras demencias de \_\_\_\_\_

Emitido por: \_\_\_\_\_ Núm. colexiado/a \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Dirixido a: \_\_\_\_\_

Motivo do informe: \_\_\_\_\_

### 2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DA PERSOA USUARIA

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

Data de nacemento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Enderezo: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### 3. UNIDADE DE CONVIVENCIA DA PERSOA USUARIA

| Nome e apelidos | Data de Nacemento | Estado civil | Relación co usuario | Situación laboral | Teléfono de contacto |
|-----------------|-------------------|--------------|---------------------|-------------------|----------------------|
|                 |                   |              |                     |                   |                      |
|                 |                   |              |                     |                   |                      |
|                 |                   |              |                     |                   |                      |
|                 |                   |              |                     |                   |                      |
|                 |                   |              |                     |                   |                      |

OBSERVACIÓNS:

## 4. SITUACIÓN DA VIVENDA

Tipo de vivenda:

- Casa  
 Piso

Réxime de posesión:

- Sen vivenda  
 Vivenda en propiedade  
 Vivenda en alugueiro  
 Cedida en uso

Número de plantas:

- Unifamiliar de planta baixa  
 Unifamiliar con máis dunha planta  
 1ª planta  
 2ª planta ou máis

Localización/ contorno:

- Centro urbano  
 Zona rural

Condições de habitabilidade:

- Pésimas. En estado de ruína ou con grandes humidades ou brechas.  
 Deficientes. Vivenda en condicións de habitabilidade inadecuada.  
 Aceptables. Dispón de servizos mínimos e habitabilidade aceptable.  
 Boas. Dispón de todos os servizos que garanten unhas boas condicións de habitabilidade.

Observacións:

Barreiras arquitectónicas:

- Conta con barreiras arquitectónicas no acceso á vivenda.

Descrición das ditas barreiras:

- Conta con barreiras arquitectónicas no interior da vivenda:

Descrición das ditas barreiras:

## 5.SITUACIÓN DE SAÚDE DA PERSOA USUARIA

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Data do diagnóstico: \_\_\_\_\_

Centro do diagnóstico: \_\_\_\_\_ Profesional: \_\_\_\_\_

- Valoración da discapacidade:

Data da valoración: \_\_\_\_\_

Grao de discapacidade: \_\_\_\_\_



|                    |                       |
|--------------------|-----------------------|
| <b>LOGO DA AFA</b> | <b>INFORME SOCIAL</b> |
|--------------------|-----------------------|

Valoración da dependencia:

Data da valoración: \_\_\_\_\_

Grao de dependencia: \_\_\_\_\_

Observacións:

## 6. OUTROS DATOS DE INTERESE

## 7. VALORACIÓN PROFESIONAL

Sinatura do/a profesional e selo

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_



## ANEXO 2

### PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

|             |   |
|-------------|---|
| LOGO DA AFA | <b>PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO</b> |
|-------------|---|

#### VALORACIÓN

Inicial     Semanal     Mensual     Semestral     Anual

#### DATOS DA PERSOA USUARIA

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

Data de nacemento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Núm. expediente: \_\_\_\_\_

Data de alta: \_\_\_\_\_ Xornada: \_\_\_\_\_

#### ÁREA PSICOLÓXICA E COGNITIVA

#### ÁREA SANITARIA

#### ÁREA FUNCIONAL

#### ÁREA SOCIAL



## ANEXO 3

### CONTRATO DO PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA E PSICOMOTRIZ

|             |   |
|-------------|---|
| LOGO DA AFA | <b>CONTRATO PROGRAMA ESTIMULACIÓN<br/>COGNITIVA E PSICOMOTRIZ</b> |
|-------------|---|

En \_\_\_\_\_, o \_\_\_\_\_

#### REUNIDOS:

Dunha parte, (**presidente/a**), maior de idade, co DNI \_\_\_\_\_, en representación da (**ASOCIACIÓN**) con CIF \_\_\_\_\_ e enderezo en \_\_\_\_\_

E doutra parte, \_\_\_\_\_, maior de idade e co DNI, en calidade de (**parentesco**) de \_\_\_\_\_.

#### EXPOÑEN:

1. Que (**ASOCIACIÓN**) é unha entidade sen ánimo de lucro que ten entre os seus fins a atención a persoas afectadas de alzhéimer ou outro tipo de demencias.
2. Que a asociación oferta servizos de estimulación terapéutica para persoas con alzhéimer e outras demencias como o Programa de estimulación cognitiva e psicomotriz que ten como finalidade primordial fomentar a autonomía das persoas afectadas optimizando as súas capacidades residuais a través dunha atención especializada e terapéutica.
3. Que o/a familiar e/ou representante coñece as instalacións onde se desenvolve o programa así como as condicións da estada e achegas económicas, que considera da súa completa satisfacción.
4. Que o/a familiar e/ou representante está interesado/a en que \_\_\_\_\_ participe no Programa de estimulación cognitiva e psicomotriz, para o que ambas as dúas partes libre e voluntariamente,

#### ACORDAN:

1. Don/Dona (**familiar e/ou representante legal**) de \_\_\_\_\_, solicita a súa incorporación no Programa de estimulación cognitiva e psicomotriz e, valorada a súa solicitude e o seu estado, acéptase a súa admisión no servizo solicitado.
2. A prestación deste servizo inclúe terapias de orientación á realidade, psicomotricidade e estimulación cognitiva e funcional.
3. Don/Dona \_\_\_\_\_ comprométese ao cumprimento do Regulamento de réxime interno e das normas xerais e específicas de funcionamento que os órganos directivos determinen en cada momento, así como a cumprir as normas e condicións específicas de prestación de cada un dos servizos empregados.

4. As causas de extinción do presente contrato son:

- A solicitude de darse de baixa por Don/Dona \_\_\_\_\_ ou a persoa que nese momento sexa a titora legal da persoa enferma, deberá realizarse por escrito, de forma que sexa expresa e inequívoca, cun mes de antelación á data na que desexe causar baixa, agás que existan causas de forza maior que xustifiquen o seu incumprimento.
- Cando o equipo técnico informe de que a persoa usuaria non se estea beneficiando das terapias debido ao seu avanzado deterioro.
- Por falta de colaboración da persoa usuario ou familiares na consecución dos obxectivos terapéuticos.
- Por ausencia do programa durante máis de 30 días continuados sen xustificación.
- Por falta de pagamento das cotas económicas que se determinen en cada caso.
- Cando a persoa beneficiaria e/ou a súa familia e/ou persoa titora e/ou representante legal incumpran as normas que establece o Regulamento de réxime.

5. Don/Dona \_\_\_\_\_ comprométese a aboar as achegas económicas establecidas e aprobadas pola Xunta Directiva de **(ASOCIACIÓN)**, **(CUSTO)** mediante domiciliación bancaria ou pagamento en efectivo entre o día 1 e 5 de cada mes. As achegas serán revisadas anualmente pola Xunta Directiva e as variacións que se acorden serán comunicadas ás persoas beneficiarias coa suficiente antelación.

6. A incorporación ao programa é elixida de modo libre e voluntaria polo familiar e/ou representante da persoa usuaria, quen será coñecedora de todas as normas específicas.

7. O/a familiar e/ou persoa titora legal neste momento Don/Dona \_\_\_\_\_ comprométese a respectar o horario dos talleres ocupacionais como requisito indispensable dentro das normas de **(ASOCIACIÓN)**.

8. **(ASOCIACIÓN)**, en cumprimento coa normativa vixente dos centros de carácter social para as persoas maiores, as actividades que se desenvolven no programa, teñen subscrita unha Póliza de Seguros así como responsabilidade civil.

9. En todo o non expresamente pactado neste contrato, rexeráse polo que se establece no Regulamento de réxime interno aprobado pola Xunta Directiva.

AUTORIZA:

Á utilización do Servizo de transporte adaptado da asociación para o seu desprazamento ao programa.

Á realización de saídas culturais co persoal de **(ASOCIACIÓN)** e ao seu desprazamento para este fin.

LOGO DA AFA

**CONTRATO PROGRAMA ESTIMULACIÓN  
COGNITIVA E PSICOMOTRIZ**

Á toma de imaxes e reproducións e a súa posterior publicación en memorias, folletos, boletíns informativos, páxinas web da asociación, redes sociais e outros medios de comunicación co fin de divulgar as distintas actividades que leva a cabo a asociación.

A conservar os meus datos de carácter persoal, e os de quen me representa, co fin de levar a cabo as oportunas xestións relacionadas coa documentación referente á enfermidade e estou debidamente informado/a de que (ASOCIACIÓN) ten rexistrado ante a Axencia Española de Protección de Datos un ficheiro para tal fin, entendendo que en todo momento poderei exercer o meu dereito de acceso, rectificación, cancelación e oposición segundo establece a Lei orgánica 15/99 de protección de datos de carácter persoal (L.O.P.D.).

E para que conste e forneza os efectos oportunos, os contratantes asinan o presente contrato por duplicado, no lugar e data indicados no encabezamento.

**Asdo: D./Dna.**

**Asdo.:**

O/a presidente/a (**ASOCIACIÓN**)





# ANEXO 4

## SOLICITUDE DE SERVICIOS

|                    |                                |
|--------------------|--------------------------------|
| <b>LOGO DA AFA</b> | <b>SOLICITUDE DE SERVICIOS</b> |
|--------------------|--------------------------------|

Data \_\_\_\_\_

### DATOS DA PERSOA SOLICITANTE/GARDADORA DE FEITO

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

Enderezo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Cómo tivo coñecemento da Asociación: \_\_\_\_\_

### DATOS DA PERSOA AFECTADA

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Núm. tarxeta sanitaria: \_\_\_\_\_

Outros datos de interese

### DEMANDA

- Programa de estimulación cognitiva e psicomotriz
- Programa de información, valoración, seguimento e orientación
- Programa de atención psicolóxica
- Servizo de préstamo de axudas técnicas
- Servizo de formación e sensibilización en alzhéimer e outras demencias
- Servizo de prevención da dependencia específico de alzhéimer e outras demencias
- Outros

### INTERVENCIÓN

### OBSERVACIÓNS



# ANEXO 5

## PROXECTO DE INTERVENCIÓN

|                    |                                       |
|--------------------|---------------------------------------|
| <b>LOGO DA AFA</b> | <b>PROXECTO DE INTERVENCIÓN (SAF)</b> |
|--------------------|---------------------------------------|

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DO EXPEDIENTE

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data de nacemento: \_\_\_\_\_

Enderezo: \_\_\_\_\_

Data de elaboración do proxecto: \_\_\_\_\_

Elaborado por: \_\_\_\_\_ Perfil profesional: \_\_\_\_\_

### TIPOLOXÍA DO SERVIZO QUE SE VAI PRESTAR:

Modalidade: \_\_\_\_\_ Grao/nivel: \_\_\_\_\_

Horas concedidas: \_\_\_\_\_ Horas semanais \_\_\_\_\_

Antecedentes relevantes en relación coa persoa usuaria e a súa familia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Días da semana e horario concreto da prestación

| Horario | Luns | Martes | Mércores | Xoves | Venres | Sábado | Domingo |
|---------|------|--------|----------|-------|--------|--------|---------|
|         |      |        |          |       |        |        |         |
|         |      |        |          |       |        |        |         |

### Tipo de atencións que se van prestar

|   |  |
|---|--|
| Atención de carácter persoal                  |  |
| Atencións de carácter doméstico               |  |
| Atencións de carácter complementario          |  |
| Atencións de carácter psicosocial e educativo |  |

### Perfil dos/as profesionais

|   |  |
|---|--|
| Traballador/a social do concello        |  |
| Traballador/a social da empresa xestora |  |
| Auxiliar axuda a domicilio              |  |

|                    |                                       |
|--------------------|---------------------------------------|
| <b>LOGO DA AFA</b> | <b>PROXECTO DE INTERVENCIÓN (SAF)</b> |
|--------------------|---------------------------------------|

**EXISTENCIA DOUTROS SERVIZOS/APOIOS**

| Servizo/apoio | Num. horas semanais |
|---------------|---------------------|
|               |                     |
|               |                     |
|               |                     |
|               |                     |
|               |                     |

**OBXECTIVOS DO SERVIZO PROPOSTO**

| Nivel individual  |  |
|-------------------|--|
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
| Nivel Familiar    |  |
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
| Nivel social      |  |
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
|                   |  |
| Outros obxectivos |  |
|                   |  |
|                   |  |

**TAREFAS DO PROXECTO DE INTERVENCIÓN**

Nome e apelidos da persoa usuaria: \_\_\_\_\_

Auxiliar de axuda no fogar: \_\_\_\_\_

Horas mensuais: \_\_\_\_\_

Días e horario de atención: \_\_\_\_\_

|                    |                                       |
|--------------------|---------------------------------------|
| <b>LOGO DA AFA</b> | <b>PROXECTO DE INTERVENCIÓN (SAF)</b> |
|--------------------|---------------------------------------|

|                        | ATENCIÓNS DE CARÁCTER PERSOAL  | FRANXA HORARIA | PERIODICIDADE |         |         |            |
|------------------------|--|----------------|---------------|---------|---------|------------|
|                        |  |                | DIARIO        | SEMANAL | MENSUAL | TRIMESTRAL |
| <b>MOBILIZACIÓNS</b>   | Levantar e deitar  |                |               |         |         |            |
|                        | Incorporación cama/cadeira   |                |               |         |         |            |
|                        | Transferencias   |                |               |         |         |            |
|                        | Cambios posturais  |                |               |         |         |            |
|                        | Axudar a subir e baixar escaleiras   |                |               |         |         |            |
|                        | Apoio nos desprazamentos   |                |               |         |         |            |
|                        | Outras, :  |                |               |         |         |            |
|                        |  |                |               |         |         |            |
|                        |  |                |               |         |         |            |
| <b>HIXIENE PERSOAL</b> | Baño/ducha   |                |               |         |         |            |
|                        | Aseo parcial (membros superiores, inferiores, pés...)  |                |               |         |         |            |
|                        | Lavado de cabeza   |                |               |         |         |            |
|                        | Cambio de cueiros  |                |               |         |         |            |
|                        | Botar cremas   |                |               |         |         |            |
|                        | Cortar unllas  |                |               |         |         |            |
|                        | Peitear  |                |               |         |         |            |
|                        | Depilar/afeitar  |                |               |         |         |            |
|                        | Limpar dentadura   |                |               |         |         |            |
|                        | Lavar os dentes  |                |               |         |         |            |
|                        | Cambio ou baleirado de bolsa   |                |               |         |         |            |
|                        | Cambio de colectores   |                |               |         |         |            |
|                        | Axudar a vestir/espír  |                |               |         |         |            |
|                        | Limpar axudas técnicas   |                |               |         |         |            |
|                        | Supervisar hixiene persoal   |                |               |         |         |            |
|                        | Outras,:   |                |               |         |         |            |
|                        |  |                |               |         |         |            |
|                        |  |                |               |         |         |            |
| <b>MEDICACIÓN</b>      | Solicitar e supervisar citas médicas   |                |               |         |         |            |
|                        | Recollida de receitas  |                |               |         |         |            |
|                        | Comprar medicación   |                |               |         |         |            |
|                        | Supervisión das rutinas de administración de medicamentos prescritos por persoal facultativo |                |               |         |         |            |
|                        | Supervisar administración de insulina e heparina   |                |               |         |         |            |
|                        | Curas menores  |                |               |         |         |            |
|                        |  | Outras,:       |               |         |         |            |

|                    |                                       |
|--------------------|---------------------------------------|
| <b>LOGO DA AFA</b> | <b>PROXECTO DE INTERVENCIÓN (SAF)</b> |
|--------------------|---------------------------------------|

|                                      | ATENCIÓNS DE CARÁCTER DOMÉSTICO           | FRANXA HORARIA <sup>1</sup> | PERIODICIDADE |         |         |            |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|---------------|---------|---------|------------|
|                                      |   |                             | DIARIO        | SEMANAL | MENSUAL | TRIMESTRAL |
| <b>LIMPEZA E MANTEMENTO DO FOGAR</b> | Facer as camas                            |                             |               |         |         |            |
|                                      | Cambiar as camas                          |                             |               |         |         |            |
|                                      | Sacudir/aspigar alfombras                 |                             |               |         |         |            |
|                                      | Limpar pezas dos baños                    |                             |               |         |         |            |
|                                      | Limpar azulexos baños                     |                             |               |         |         |            |
|                                      | Limpar salón/sala                         |                             |               |         |         |            |
|                                      | Limpar cociña                             |                             |               |         |         |            |
|                                      | Limpar electrodomésticos                  |                             |               |         |         |            |
|                                      | Limpar mesados                            |                             |               |         |         |            |
|                                      | Limpar armarios de cociña                 |                             |               |         |         |            |
|                                      | Ordenar utensilios de cociña e comida     |                             |               |         |         |            |
|                                      | Varrer                                    |                             |               |         |         |            |
|                                      | Fregar chans                              |                             |               |         |         |            |
|                                      | Ordenar a casa                            |                             |               |         |         |            |
|                                      | Fregar louza                              |                             |               |         |         |            |
|                                      | Limpar azulexos cociña                    |                             |               |         |         |            |
|                                      | Limpar cristais                           |                             |               |         |         |            |
|                                      | Limpar portas                             |                             |               |         |         |            |
|                                      | Facer a compra                            |                             |               |         |         |            |
|                                      | Comprobar billas, luz...                  |                             |               |         |         |            |
|                                      | Sacar o lixo                              |                             |               |         |         |            |
|                                      | Comprobar telefonía móbil, teleasistencia |                             |               |         |         |            |
|                                      | Ventilar habitacións                      |                             |               |         |         |            |
|                                      | Acender o lume e poñer calefacción        |                             |               |         |         |            |
|                                      | Limpar escaleiras                         |                             |               |         |         |            |
|                                      | Limpar o po                               |                             |               |         |         |            |
| Supervisar tarefas domésticas        |   |                             |               |         |         |            |
| Outras,:                             |   |                             |               |         |         |            |
|                                      |   |                             |               |         |         |            |
|                                      |   |                             |               |         |         |            |

<sup>1</sup> Para cubrir naqueles casos nos que se acode ao servizo en máis dunha franxa horaria  
<sup>2</sup> De ser o caso, especificamos outras tarefas que se consideren necesarias



Asinado en \_\_\_\_\_ na data \_\_\_\_\_

Recibín copia: persoa usuaria/ representante legal

Técnico/a responsable empresa xestora

Recibín copia: auxiliar asignado/a

Visto e prace do/a traballador/a social do concello<sub>3</sub>

<sub>3</sub> **Naqueles casos en que a xestión do programa sexa indirecta**



# ANEXO 6

## ACORDO DO SERVIZO DE AXUDA NO FOGAR

|             |  |
|-------------|--|
| LOGO DA AFA | <b>ACORDO DE SERVIZO DE AXUDA NO FOGAR</b> |
|-------------|--|

Reunidos en \_\_\_\_\_ o día \_\_\_\_\_ dunha parte Don/Dona \_\_\_\_\_ co DNI: \_\_\_\_\_ como persoa responsable de \_\_\_\_\_ co DNI \_\_\_\_\_.

E doutra \_\_\_\_\_, en calidade de técnico/a responsable do servizo de axuda no fogar de \_\_\_\_\_.

### ACORDAN:

1. Que a entidade prestadora \_\_\_\_\_, prestará o Servizo de axuda no fogar (SAF) á persoa arriba citada, desde o día \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

2. Que a prestación do servizo de axuda no fogar se realizará por un prazo de \_\_\_\_\_, con posibilidade de prórroga segundo valoración técnica da entidade prestadora acreditada.

3. Que o SAF se levará a cabo os día da semana \_\_\_\_\_ en horario de \_\_\_\_\_ por un total de \_\_\_\_\_ horas semanais segundo o marcado no Programa individual de atención.

4. Que a persoa usuaria acepta domiciliar o aboamento da taxa da SAF establecido no punto 4º na entidade bancaria da súa elección, no número de conta autorizada para tal efecto.

5. Que, de acordo co proxecto de intervención establecido para o caso, as actividades que se fixan inicialmente para o desenvolvemento do SAF son as seguinte:

- a. atencións de carácter persoal
- b. atencións de carácter de apoio psicosocial
- c. atencións de carácter doméstico
- d. atencións de carácter socioeducativo
- e. atencións de carácter técnico e complementario

6. Que as tarefas que se fixan inicialmente para o desenvolvemento do SAF, e que serán levadas a cabo polo persoal auxiliar do servizo, serán as seguintes:

7. Que, así mesmo, a persoa usuaria, a súa familia ou persoas achegadas se comprometen a levar a cabo as seguinte tarefas:

|                    |                                       |
|--------------------|---------------------------------------|
| <b>LOGO DA AFA</b> | <b>PROXECTO DE INTERVENCIÓN (SAF)</b> |
|--------------------|---------------------------------------|

8. Que as modificacións que puidese haber nas condicións inicialmente estipuladas neste acordo deberán ser recollidas nun documento novo asinado pola persoa usuaria e a persoa responsable do SAF, que serán anexadas ao acordo orixinal.

9. Que o servizo se prestará atendendo ás condicións reguladas na Orde do 22 de xaneiro de 2009, que regula o servizo de axuda no fogar, e na ordenanza municipal sobre o SAF, onde están recollidos os dereitos e obrigas da persoa usuaria, baixas temporais e causas da extinción.

10. Que a persoa responsable afirma ter recibido unha copia do contrato asinado tanto por ela, como polo/a técnico/a responsable do servizo de axuda no fogar.

11. Que a persoa responsable consinte o tratamento informatizado dos datos persoais do usuario, de conformidade co disposto na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal.

Ambas as partes dan a súa conformidade a este acordo de prestación do SAF e asínano.

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

A persoa responsable

O/a técnico/a responsable

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# ANEXO 7

## REGULAMENTO DE FUNCIONAMENTO DO SERVIZO DE AXUDA NO FOGAR

|             |  |
|-------------|--|
| LOGO DA AFA | <b>REGULAMENTO DE FUNCIONAMENTO DE<br/>SERVIZO DE AXUDA NO FOGAR</b> |
|-------------|--|

O programa de axuda no fogar regúlase polo establecido na Orde do 22 de xaneiro de 2009, pola que se regula o servizo de axuda no fogar, polo Decreto 254/2011, do 23 de decembro, que regula o réxime de rexistro, autorización, acreditación e a inspección dos servizos sociais en Galicia, así como polo establecido na Lei 13/2008, do 3 de decembro, de servizos sociais de Galicia.

O servizo de axuda no fogar ten por obxecto prestar un conxunto de atencións ás persoas no seu domicilio, dende unha perspectiva integral e normalizadora, naquelas situacións en que teñan limitada a súa autonomía persoal ou nos casos de desestruturación familiar.

### 1. Identificación da entidade titular, sede oficial e oficina base do programa

O obxecto desta ordenanza é a regulación do servizo de axuda no fogar na Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer de \_\_\_\_\_ co CIF: \_\_\_\_\_ e con sede oficial e oficina base no enderezo \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_ e con horario de oficina de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

### 2. Ámbito de actuación

O ámbito de actuación do programa abrangue, ademais do concello onde está a sede da base operativa do programa (Concello de \_\_\_\_\_), os seguintes municipios: \_\_\_\_\_

### 3. Dereitos e deberes da persoa usuaria e da entidade

#### *a. Dereitos das persoas usuarias da entidade*

- A seren tratadas co respecto debido á súa dignidade.
- A recibiren unha atención adaptada as súas necesidades, coa calidade e duración prescritas en cada caso.
- A coñeceren a organización e o regulamento do servizo.
- A coñeceren a situación do seu expediente.
- Ao tratamento confidencial dos seus datos de acordo co disposto na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal.
- A recibiren información precisa e clara sobre as posibles modificacións sobrevidas durante a prestación efectiva.
- A presentaren queixas e suxestións ao persoal coordinador do servizo cando expresen reclamacións ou fixeren suxestións sobre a súa prestación efectiva.

*b. Deberes das persoas usuarias da entidade*

- Cumprir coas condicións do servizo, facilitándolle a execución das tarefas ao persoal a cargo e poñendo á súa disposición, se é o caso, os medios materiais necesarios.
- Colaborar, na medida das súas posibilidades, no desenvolvemento do servizo en función das súas capacidades e nos termos acordados en cada caso.
- A facilitar e colaborar no seguimento e avaliación do servizo.
- Respetar a dignidade persoal e profesional das persoas que presten o servizo, así como respectar os límites das súas obrigas laborais.
- Informar dos cambios de calquera circunstancia que impliquen unha modificación na súa capacidade económica, así como de circunstancias relevantes de carácter persoal ou familiar que puidesen dar lugar á modificación, suspensión ou extinción na prestación do servizo.
- Participar no pagamento do servizo nos termos que se estableza na súa norma reguladora.
- A comunicar, en circunstancias ordinarias e previsibles, con dez días de antelación, calquera ausencia temporal do domicilio que puidese impedir a prestación do servizo.

**4. Descrición dos servizos que se prestan***a. Atencións de carácter persoal na realización das actividades básicas da vida diaria*

- Asistencia para levantarse e deitarse.
- Apoio no coidado do aseo persoal, así como vestirse.
- Control do réxime alimentario, así como axuda para alimentarse.
- Supervisión, cando proceda, da administración da medicación prescrita polo persoal facultativo.
- Apoio á mobilización, cambios posturais e orientación espazo-temporal.
- Apoio a persoas afectadas por problemas de incontinencia.
- As atencións que sexan precisas para prestar unha atención integral á persoa usuaria.

*b. Atencións de carácter persoal para a realización doutras actividades da vida diaria*

- Acompañamento fóra do fogar para acudir a tratamentos ou consultas.
- Apoio para realizar xestións necesarias ou urxentes.

*c. Atencións nas necesidades de carácter doméstico e da vivenda que incidan e axuden na mellora do contorno das persoas usuarias e da súa familia*

- Limpeza e mantemento da hixiene e salubridade da vivenda.
- Compra de alimentos e outros produtos de uso común.
- Preparación de alimentos.
- Lavado e coidado das prendas de vestir.
- Coidados básicos da vivenda.

*d. Atencións de carácter psicosocial e educativo: intervención técnico-profesionais formativas e de apoio ao desenvolvemento das capacidades persoais, á afectividade, á convivencia e á integración na comunidade así como á mellora da estruturación familiar.*

Con carácter complementario, o servizo de axuda no fogar poderá incorporar os seguintes tipos de atención:

- e. Actividades de acompañamento, socialización e desenvolvemento de hábitos saudables.*
- f. Servizo de podoloxía.*
- g. Servizo de fisioterapia.*
- h. Adaptacións funcionais do fogar.*

## 5. Procedemento para causar alta, baixa, modificación ou suspensión do servizo

### *a. Alta no servizo*

Para cada persoa usuaria ou por cada unidade de convivencia á que se presta o servizo, abrírase un expediente no cal constará, cando menos:

- Informe social, asinado por un traballador ou traballadora social.
- Un proxecto de intervención, asinado polo/a técnico/a responsable que designe a entidade titular do servizo.
- Un acordo de servizo asinado entre a entidade titular do servizo e a persoa usuaria.

### *b. Causas de extinción do servizo*

- A renuncia da persoa usuaria.
- Traslado definitivo da súa residencia a outro concello fóra do ámbito de actuación deste servizo.
- Falecemento da persoa usuaria.
- Incumprimento reiterado dos deberes e obrigas establecidas para as persoas usuarias na prestación do servizo.
- A falta reiterada de pagamento do servizo.
- Desaparición das causas que motivaron a prestación do servizo.

### *c. Causas de suspensión temporal do servizo.*

- Ausencia temporal do domicilio: neste caso o servizo poderá suspenderse por un máximo de tres meses, debendo acreditar a persoa usuaria as causas que motivan a súa ausencia.
- Modificación temporal das causas que motivaron a necesidade do servizo: poderá suspenderse o servizo en tanto persista o cambio de circunstancias causante da suspensión.

## 6. Protocolo para inicio da prestación efectiva e establecemento do vínculo entre a/o auxiliar de axuda no fogar e a persoa usuaria do servizo

- a. Identificación das persoas que deberán estar no domicilio da persoa usuaria no momento

da visita do/a técnico/a responsable, preferiblemente fillos/as, parella ou familiares directos.

b. Visita do/a técnico/a responsable ao domicilio da persoa usuaria, estudo e valoración do caso e elaboración do proxecto de intervención que deberá conter polo menos:

- Obxectivos que se pretenden acadar coa aplicación do proxecto de intervención.
- Tarefas concretas que vai realizar o/a auxiliar de axuda no fogar ou outros profesionais.
- Días e horario concreto da prestación do servizo.
- Persoal de atención directa encargado de realizar as tarefas.

c. Presentación ás persoas usuarias e/ou familiares no domicilio do/a auxiliar de axuda no fogar e indicación concreta das tarefas que hai que realizar.

## 7. Modelo do acordo de servizo entre a persoa usuaria e a entidade

O contrato debe expedirse por duplicado e irá asinado por ambas as dúas partes. Entregarase unha copia á persoa usuaria.

No contrato, a persoa usuaria asinará recibir unha copia do regulamento do réxime interior, que lle será achegado coa copia deste.

Tamén asinará unha autorización á entidade bancaria para o cargo na conta correspondente das cantidades debidas polos servizos prestados.

De realizar un tratamento informático dos datos persoais da persoa usuaria, incluírase unha cláusula co fin de que se autorice ou non o mencionado tratamento, de conformidade co disposto na Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal. Farase constar o lugar, a data e a sinatura de ambas as dúas partes. O contrato non poderá establecer cláusulas abusivas, contrarias ou substancialmente diferentes ao recollido nas normas de funcionamento.

## 8. Horarios de atención ao público na oficina base do programa

O horario de atención ao público na oficina base do programa de axuda no fogar da Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer e outras demencias de \_\_\_\_\_  
é de \_\_\_\_\_ horas a \_\_\_\_\_ horas.

## 9. Límites horarios para a prestación do servizo

A intensidade do servizo determinarase, con carácter xeral, en horas mensuais de atención, distribuídas en función das necesidades da persoa usuaria e establecidas no proxecto individualizado de atención.

A súa aplicación horaria será flexible e conforme co proxecto de intervención, de xeito que, cando menos, se garanta a cobertura das necesidades de atención de carácter persoal na realización das actividades básicas da vida diaria, relacionadas no artigo 4.1º a) da Orde do 22 de xaneiro de 2009, pola que se regula o servizo de axuda no fogar, todos os días da semana.

O horario establecido para a atención das persoas usuarias é a seguinte:

- a) Horario diúrno: de \_\_\_\_\_ horas a \_\_\_\_\_ horas.
- b) Horario nocturno: de \_\_\_\_\_ horas a \_\_\_\_\_ horas.

#### **10. Réxime de visitas aos domicilios do/a técnico/a que coordine ou supervise o programa**

A persoa que exerza como responsable técnica do servizo garantirá unha supervisión do servizo efectivamente prestado, mediante a realización de visitas aos domicilios dos usuarios, que será realizada, sempre que as circunstancias a fagan necesaria e, como mínimo, cunha periodicidade de dous meses. Da supervisión realizada quedará constancia no correspondente expediente individual mediante os informes de seguimento.

#### **11. Protocolo de actuación no caso de urxencias**

- a) Identificación das urxencias.
- b) Elaboración dun protocolo que levarán a cabo as e os profesionais nese momento: no caso de producirse unha situación urxente cunha persoa usuaria no seu domicilio, a auxiliar debe poñerse en contacto co médico de cabeceira ou o servizo de urxencias que lle corresponda, avisar de forma inmediata a familia e a empresa e permanecer no domicilio todo o tempo necesario, aínda que sexa fóra do seu horario, ata que se resolva a urxencia ou se fagan cargo da situación os familiares ou a persoa responsable do usuario ou usuaria. O/a traballador/a social da empresa desprazarase ao domicilio na maior brevidade, co fin de valorar e estudar a situación e elaborar o informe correspondente.
- c) Información dos distintos profesionais das distintas intervencións que se van levar a cabo.

#### **12. Protocolo de actuación no caso de incidencias**

Visita do/a técnico/a titulado/a na área social ao domicilio da persoa usuaria, estudo e valoración do caso e elaboración do informe coas medidas adoptadas para resolver a incidencia. Este informe incorporarase ao expediente individual da persoa usuaria.

#### **13. Protocolos de substitución da persoa auxiliar de axuda no fogar que realiza a prestación**

- a) Avisar con tempo suficiente aos usuarios, dos cambios que se realicen, con indicación da causa do cambio e duración deste. A empresa notificará cun prazo de dous días este cambio, sempre que a causa que o motive non se produza de forma repentina e imprevisible.
- b) Visita do/a técnico/a coordinador/a do programa ao domicilio da persoa usuaria e presentación no domicilio da nova persoa auxiliar de axuda no fogar e indicación das tarefas que hai que realizar.

**14. Protocolo de actuación no suposto de cesación do servizo por parte da empresa**

Causa de cesación e aviso ás persoas usuarias cun tempo de polo menos quince días de antelación.

**15. Protocolo de actuación no caso de queixa no libro de reclamacións**

- a) A entidade deberá establecer un procedemento de resolución de queixas e reclamacións.
- b) Facilitará unha copia de queixa ao usuario ou usuaria.
- c) Realizará as accións pertinentes para resolver o caso, dando traslado á persoa interesada e/ou a súa familia das medidas adoptadas.
- d) Remitir orixinal ao Servizo de Inspección de Servizos Comunitario e Inclusión Social no prazo máximo de tres días hábiles, xunto cun informe xustificativo dos antecedentes e das actuacións realizadas para a súa xestión, segundo establece o artigo 6 i) do Decreto 254/2011, do 23 de decembro, polo que se regula o réxime de rexistro, autorización, acreditación e a inspección dos servizos sociais de Galicia.

**ANEXOS****16. Cadro de persoal**

| Nome e apelidos | DNI | Profesión | Titulación | Tipo de contrato | Observacións |
|-----------------|-----|-----------|------------|------------------|--------------|
|                 |     |           |            |                  |              |
|                 |     |           |            |                  |              |
|                 |     |           |            |                  |              |
|                 |     |           |            |                  |              |
|                 |     |           |            |                  |              |
|                 |     |           |            |                  |              |
|                 |     |           |            |                  |              |
|                 |     |           |            |                  |              |

**17. Cadro de prezos**



# ANEXO 8

## REGULAMENTO INTERNO DE ACCIÓN VOLUNTARIA

|             |   |
|-------------|---|
| LOGO DA AFA | <b>REGULAMENTO INTERNO DE ACCIÓN<br/>VOLUNTARIA</b> |
|-------------|---|

O presente Regulamento interno parte do compromiso asumido por **(ASOCIACIÓN)** de fomentar a participación da sociedade en xeral e da oportunidade que supón a acción voluntaria para dar a coñecer a realidade da enfermidade e canalizar os desexos da sociedade de poder axudar as persoas afectadas de alzhéimer e outras demencias.

### O VOLUNTARIADO EN (ASOCIACIÓN)

#### (Descrición da entidade e os seus fins)

A **(ASOCIACIÓN)** ten o seu ámbito de actuación en \_\_\_\_\_ onde desenvolve os seguintes servizos e programas:

- Servizo específico de estimulación terapéutica para persoas con alzhéimer e outras demencias.
- Servizos específicos de intervención con familiares de persoas con alzhéimer e outras demencias.
- Servizo de atención persoal no fogar.
- Servizo de formación e sensibilización en alzhéimer e outras demencias.
- Servizo de prevención da dependencia específico de alzhéimer e outras demencias.
- Servizo de envellecemento activo.

Consideramos que dentro da nosa misión como asociación se atopa divulgar e dar a coñecer todo aquilo que implica padecer unha demencia, ben sexa como persoa afectada ou como familiar. Por iso, o voluntariado ofrece unha colaboración de calidade para concienciar á poboación sobre a enfermidade baseándose en valores como a solidariedade, a tolerancia e a corresponsabilidade social.

Estes son os obxectivos que persegue o voluntariado en **(ASOCIACIÓN)**

#### Obxectivo xeral

- Promover a participación do voluntariado en todos os programas que se leven a cabo na Asociación, en relación coas familias e persoas afectadas.

#### Obxectivos específicos

- Aumentar o benestar emocional das persoas usuarias durante a estadía a través de actividades de lecer.
- Motivar a persoa usuaria na participación das actividades evitando a desconexión entre os membros do grupo.
- Fomentar o sentido de pertenza a un grupo, dinamizando as persoas que o compoñen para evitar a rutina e o desinterese xeral.
- Sensibilizar a poboación ante a gravidade da enfermidade de alzhéimer e as súas repercusións na persoa usuaria e na súa familia.

- Fomentar o espírito solidario a través do exemplo do labor das persoas voluntarias da asociación.
- Fomentar a participación da localidade e os municipios próximos en actividades voluntarias en beneficio das persoas afectadas de alzhéimer.
- Promocionar o labor de **(ASOCIACIÓN)**.
- Practicar un voluntariado de maneira eficaz.
- Garantir o desenvolvemento da actividade voluntaria baixo condicións óptimas.
- Favorecer o cambio social cara á mellora das condicións de vida das persoas afectadas de alzhéimer.

## DEFINICIÓN DO VOLUNTARIADO

### Concepto de acción voluntaria

Enténdese por acción voluntaria a realizada por persoas físicas como resultado da súa participación social organizada no desenvolvemento de actividades de interese xeral a través de entidades de acción voluntaria, sempre que reúnan as seguintes condicións:

- Que se trate dunha decisión libremente adoptada e non traia causa dunha obriga ou dun deber xurídico.
- Que se execute fóra do ámbito laboral, profesional, funcionarial ou mercantil ou de calquera outro tipo de relación retribuída.
- Que a acción voluntaria se leve a cabo sen contraprestación económica, sen prexuízo do dereito ao reembolso dos gastos que esta acción poida ocasionar ou dos recoñecementos que correspondan.
- Que se leve a efecto en función de programas concretos, xa sexan promovidos por calquera entidade de acción voluntaria ou polas administracións públicas de Galicia.

Non terán a consideración de acción voluntaria:

- As actividades que sexan realizadas de forma espontánea.
- As consideradas como prácticas, aprendizaxes ou experiencia profesional.
- As que sexan prestadas na marxe das entidades de acción voluntaria, de forma illada ou esporádica.
- As promovidas por calquera entidade para a consecución de beneficio económico ou intereses propios.
- As desenvolvidas como consecuencia dunha relación laboral, mercantil, funcionarial de calquera tipo, así como as que constitúan exercicio de funcións directivas ou xerenciais nas entidades de acción voluntaria, a non ser cando quen as leve a cabo conserve a condición de persoa voluntaria e as desenvolva en tal concepto sen percibir remuneración ou contraprestación por elas.

A acción voluntaria non poderá en ningún caso substituír as prestacións ás que estean obrigadas as administracións públicas ou outras entidades, o traballo remunerado ou a prestación de servizos profesionais retribuídos.

**Principios orientadores da acción voluntaria**

- Participación, promovendo o desenvolvemento dun tecido asociativo propio, desde o pleno recoñecemento da autonomía funcional ao pluralismo da propia acción voluntaria.
- Implicación e participación da cidadanía na consecución dos intereses públicos.
- Solidariedade, altruísmo e gratitude da acción que se desenvolve, excluíndose a procura ou o aproveitamento dun beneficio material.
- Liberdade persoal e respecto do pluralismo e das opcións persoais das persoas voluntarias e das persoas destinatarias da súa acción.
- Colaboración e complementariedade entre as entidades de acción voluntaria e as administracións públicas.

**Concepto de persoa voluntaria**

Persoa física que, en virtude da súa decisión persoal, libre e altruísta e nunha situación de inexistencia de relación laboral, mercantil ou de traballo remunerado, participe en calquera actividade de acción voluntaria mediante un programa propio de **(ASOCIACIÓN)**.

As persoas menores de idade poderán participar en programas e proxectos de voluntariado especificamente adaptados ás súas características, mediante autorización expresa dos seus proxenitores, dos seus titores ou da institución que as teña ao seu cargo, con respecto en todo caso á vontade da persoa menor.

A condición de persoa voluntaria é compatible coa condición de membro da directiva da entidade e coa de coordinador de programas ou proxectos de voluntariado, sempre que o cargo non sexa retribuído.

A condición de persoa voluntaria é incompatible co desempeño de calquera actividade suxeita a retribución económica por **(ASOCIACIÓN)**, cuxa natureza, contido e obxecto poidan ter relación cos propios da actividade voluntaria.

Toda persoa voluntaria ten uns dereitos e uns deberes que se deben cumprir e que están contemplados na lexislación estatal vixente sobre voluntariado (Lei 45/2015, do 14 de novembro, de voluntariado) e na Lei 10/2011, do 28 de novembro, de acción voluntaria.

**Dereitos das persoas voluntarias**

- Ser tratadas sen ningún tipo de discriminación con respecto á súa liberdade, dignidade, intimidade e crenzas.
- Ser informadas e formadas, particularmente en materia de prevención de riscos, e a desenvolver a actividade voluntaria nas condicións de seguridade, hixiene e saúde que a súa natureza e características reclamen.
- Dispoñer dunha acreditación identificativa da súa condición de persoa voluntaria.
- Recibir información, formación, asesoramento e apoio técnico así como os medios materiais que requira o exercicio das actividades e das tarefas que se lle asignen.
- Participar activamente na entidade conforme aos seus estatutos, colaborando na planificación, o deseño, a execución e a avaliación dos programas nos que participen.

- Acordar libremente o contido e as condicións da súa actividade voluntaria, o ámbito de actuación, a definición das tarefas, o tempo e o horario de dedicación, o lugar de desenvolvemento e as responsabilidades que van asumir, podendo variar as súas características de permitirlo as circunstancias da entidade.
- Estar aseguradas mediante póliza que cubra os riscos de accidente da propia persoa voluntaria, así como por danos e perdas causados a terceiros, derivados directamente da súa acción voluntaria.
- Ser reembolsadas ou compensadas polos gastos realizados no desenvolvemento das súas accións voluntarias nos termos previamente acordados coa entidade.
- Recibir certificación da súa participación nos programas e proxectos da acción voluntaria, na que se expresen, polo menos, a súa natureza e as datas nas que se realicen, e a que o citado certificado se remita ao Rexistro de Acción Voluntaria para os efectos que puidesen acreditar o seu historial de experiencias na acción voluntaria.
- Obter o cambio de programa asignado cando existan causas que o xustifiquen, dentro das posibilidades da entidade.
- Renunciar libremente, despois de aviso, a súa condición de persoa voluntaria.
- Calquera outro dereito recoñecido no resto do ordenamento xurídico.

### **Deberes das persoas voluntarias:**

- Realizar a súa actividade conforme aos principios establecidos na normativa correspondente.
- Observar as medidas de saúde e seguridade que se adopten.
- Gardar a debida confidencialidade sobre a información recibida e coñecida no desenvolvemento da súa actividade voluntaria.
- Actuar de forma dilixente, coordinada, responsable e solidaria no desenvolvemento da actividade voluntaria, realizando a súa actividade voluntaria conforme ás normas e aos principios establecidos na normativa reguladora, e colaborando coa entidade na que participe e co resto de persoas voluntarias na consecución da maior eficacia e calidade nos programas e nos obxectivos que se leven a cabo.
- Participar nas actividades formativas que se entendan necesarias para un desenvolvemento adecuado da acción voluntaria.
- Respetar os dereitos das persoas destinatarias da súa acción voluntaria e das demais persoas voluntarias coas que colaboren.
- Cumprir os compromisos adquiridos coa entidade na que se integren, respectando os fins, os obxectivos e a normativa interna.
- Rexeitar calquera contraprestación que poidan recibir pola súa actividade.
- Utilizar debidamente a acreditación identificativa da súa condición de persoa voluntaria e os distintivos da entidade na que se integren, así como devovelos cando finalice a actividade.
- Coidar e facer bo uso dos recursos materiais que poña á súa disposición a entidade.
- Notificar á entidade a renuncia coa antelación previamente acordada, con motivo de que poidan adoptarse as medidas necesarias para evitar prexuízos para a actividade na que participan.
- Os demais deberes establecidos polo ordenamento xurídico.

**Concepto de entidades de acción voluntaria**

Terán a consideración de entidades de acción voluntaria aquelas entidades, públicas ou privadas, sen ánimo de lucro, legalmente constituídas e dotadas de personalidade xurídica propia que de forma organizada e estable realicen programas específicos en relación con actividades de interese xeral.

**Dereitos das entidades de acción voluntaria**

As entidades de acción voluntaria teñen dereito a:

- Elaborar as súas propias normas de funcionamento interno atendendo a principios democráticos e participativos.
- Seleccionar as persoas voluntarias de acordo coa natureza e as características da tarefa que deban desenvolver e de acordo coas normas establecidas no seu estatuto de funcionamento interno.
- Suspender a colaboración das persoas voluntarias que infrinxan o seu compromiso.
- Concorrer ás medidas de fomento da actividade voluntaria efectuadas polas administracións públicas ou as entidades privadas.
- Calquera outro dereito recoñecido polo resto do ordenamento xurídico referido á acción voluntaria.

**Obrigas das entidades de acción voluntaria**

- Elaborar e aprobar o seu regulamento interno de acción voluntaria, no que se indicarán as condicións específicas de admisión e a perda da condición de persoa voluntaria, os dereitos e deberes desta, os mecanismos para a súa participación na entidade e os principios que rexerán as relacións entre esta e aquela.
- Informar as persoas voluntarias sobre os fins e o réxime de funcionamento da entidade de acción voluntaria.
- Impedir que se substitúan, a través das actividades que realicen as persoas voluntarias, postos de traballo que deban ser retribuídos.
- Cumprir os acordos establecidos coas persoas voluntarias no seu compromiso de colaboración.
- Facilitarlles ás persoas voluntarias unha acreditación que as habilite e identifique para o desenvolvemento da súa actividade.
- Expedir, despois da solicitude da persoa interesada, un certificado que acredite a súa condición de persoa voluntaria, con indicación de datas, duración e prestación efectuada nos programas nos que participou. Por petición da persoa interesada, e despois de autorización de cesión dos seus datos persoais, remitiráselle unha copia desta certificación ao Rexistro de Acción Voluntaria.
- Garantirlles ás persoas voluntarias a realización das súas actividades nas debidas condicións de hixiene e seguridade, en función da súa natureza e características, así como o establecemento das pertinentes medidas de prevención de riscos.
- Subscribir unha póliza de seguros que cubra as persoas voluntarias dos riscos de accidentes derivados do desenvolvemento da actividade voluntaria, así como os terceiros polos danos e perdas eventualmente causados polas persoas voluntarias no exercicio da devandita actividade.

- Facilitar a participación das persoas voluntarias na elaboración, deseño, execución e avaliación dos programas nos que interveñan.
- Redactar anualmente unha memoria e un plan de actividades co contido que se estableza regulamentariamente.
- Levar un libro-rexistro interno de altas, baixas e outras incidencias nas que se poidan atopar as persoas voluntarias, con especificación dos programas e os proxectos nos que colaboran e a natureza das actividades que desenvolvan.
- Garantir a información, a orientación, a formación e o asesoramento adecuado das persoas voluntarias que colaboren coas entidades para conseguir a maior eficacia na súa actividade, así como dotalas dos medios precisos.

As entidades de acción voluntaria responderán fronte a terceiros polos danos e perdas causados polas persoas voluntarias que participen nos seus programas, como consecuencia da acción voluntaria desenvolvida por aquelas. Para tal fin, as entidades de acción voluntaria subscribirán unha póliza de seguros de acordo coas condicións establecidas na normativa estatal aplicable.

### **Funcións como persoa voluntaria**

A persoa voluntaria é un nexos de unión entre as e os profesionais da entidade e as persoas afectadas e familiares. Entre as súas funcións se atopan:

- Proporcionar compañía e apoio emocional.
- Ofrecer información xeral sobre a asociación.
- Acompañamento para pasear.
- Charlar coas persoas usuarias e/ou familiares.
- Acompañar persoa afectada para proporcionar respiro a quen a coida.
- Actividades grupais dentro da asociación.
- Acompañamento en excursións e convivencias.
- Colaborar nos diferentes obradoiros organizados pola asociación.
- Participar nas actividades programadas co obxecto de recadar fondos para a asociación.
- Participar nas festas organizadas pola asociación.
- Participar nos encontros interxeracionais (familiares, persoas afectadas e persoas voluntarias).

### **Perfil da persoa voluntaria**

Para **(ASOCIACIÓN)**, persoa voluntaria é toda persoa que dunha forma reflexiva, solidaria e desinteresada desenvolva unha actividade en beneficio das persoas afectadas e familiares de alzhéimer dentro dos estatutos e obxectivos da asociación. Haberá de cumprir as seguintes características:

- Persoas maiores de 18 anos ou menores de idade mediante autorización expresa dos seus proxenitores, dos seus tiores ou da institución que os teña ao seu cargo, con respecto en todo caso á vontade da persoa menor.
- Madurez e estabilidade emocional (comprometido).
- Con coñecemento do sector das persoas maiores.
- Actitude favorable cara á cooperación e o traballo en grupo.
- Sensibilidade cara a este colectivo.

- Comprometidas co labor da asociación e coas persoas ás que atende.
- Capacitadas para o labor voluntario con familiares e persoas afectadas.
- Dispoñibles, motivadas e participativas.
- Polivalentes e flexibles para o desempeño de diferentes tarefas.
- Deben posuír paciencia, cariño e comprensión, ademais de sentido da confidencialidade, discreción e sentido común.
- Presenza xunto a quen sofre, para axudarlle a soster a súa autoestima e facerlle máis leva-deiros os padecementos da enfermidade.
- Claridade persoal na súa motivación como persoa voluntaria no apoio a persoas maiores.
- Amabilidade e proximidade no trato.
- Puntualidade.
- Sensibilidade cara ás persoas maiores e aos problemas que lles son propios.

A persoa voluntaria poderá colaborar nos servizos e programas de **(ASOCIACIÓN)**. A nosa intención é aproveitar as competencias e habilidades específicas das persoas voluntarias e facilitar, na maior medida posible, o axuste entre o modo en que as persoas voluntarias desexan colaborar con nós e as novas oportunidades-necesidades da asociación e dos familiares e persoas afectadas.

### **Formación**

A formación é indispensable para fomentar a evolución das persoas voluntarias nas organizacións e para que todas elas poidan desenvolver as súas responsabilidades adecuadamente.

**(ASOCIACIÓN)** proporcionará a todas as persoas voluntarias dous tipos de formación:

#### ***Formación básica***

É a que imparte a organización nos momentos iniciais e que tratan os temas relativos a que é o voluntariado, actitudes e aptitudes, campos de intervención, marco lexislativo e aspectos xerais sobre a entidade, os seus programas e actividades, etc. Durante os primeiros días da súa incorporación, a persoa voluntaria desempeñará un papel de espectador dos programas para, pouco a pouco, adquirir unha actitude máis participativa e asumir as súas funcións.

#### ***Formación específica***

É a que recibe a persoa voluntaria en función da actividade que vaia realizar e das necesidades detectadas pola persoa coordinadora de voluntariado.

### **LEXISLACIÓN DE REFERENCIA**

#### **Disposición de carácter internacional:**

- Resolución de Nacións Unidas sobre o Día Internacional do Voluntario do 17 de decembro de 1985.
- Resolución 40/212, do 19 de febreiro de 1986, adoptada pola Asemblea Xeral de Nacións Unidas.
- Carta Social Europea do 18 de outubro de 1951 ratificada por España en 1980.

- Resolución do Parlamento Europeo sobre Voluntariado, do 16 de decembro de 1983.
- Recomendación núm. 85 do Comité de Ministros de Estados Membros sobre o traballo voluntario en actividades de benestar social, do 21 de xuño de 1985.
- Recomendación 85/308/CEE do Consello, do 13 de xuño sobre a protección social dos voluntarios para o desenvolvemento.
- Resolución do Parlamento Europeo sobre as asociacións sen fins de lucro na Comunidade Europea, do 13 de marzo de 1987.
- Proxecto de recomendación núm. 94 do Comité de Ministros do Consello de Europa sobre promoción do servizo voluntario.
- Declaración Universal sobre Voluntariado emitida polo Congreso Mundial LIVE 90, celebrado en París en setembro de 1999.
- Carta Europea para os voluntarios.

**Legislación estatal:**

- Lei 45/2015, do 14 de novembro, de voluntariado.

**Legislación autonómica:**

- Lei 10/2011, do 28 de novembro, de acción voluntaria de Galicia. Diario Oficial de Galicia núm. 242, do 21 de decembro de 2011.
- Decreto 405/2001, do 29 de novembro, polo que se regula o Rexistro de Entidades de Acción Voluntaria de Galicia.



## ANEXO 9

### COMPROMISO DE COLABORACIÓN VOLUNTARIA

|             |  |
|-------------|--|
| LOGO DA AFA | <b>COMPROMISO DE COLABORACIÓN<br/>VOLUNTARIA</b> |
|-------------|--|

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

#### REUNIDOS:

DUNHA PARTE: a Asociación \_\_\_\_\_ co CIF \_\_\_\_\_ e enderezo en \_\_\_\_\_, co rexistro de entidade prestadora de voluntariado número \_\_\_\_\_ e, no seu nome e representación, D./Dna. \_\_\_\_\_, maior de idade, co DNI \_\_\_\_\_, en calidade de presidente/a.

E DA OUTRA: D./Dna. **(persoa voluntaria)**, co DNI \_\_\_\_\_ e enderezo en \_\_\_\_\_

Ambas as dúas partes recoñécense mutuamente plena capacidade para realizar o presente COMPROMISO DE COLABORACIÓN VOLUNTARIA

#### MANIFESTAN:

I. Que **(ASOCIACIÓN)** é unha asociación sen ánimo de lucro creada o \_\_\_\_\_ por un grupo de familiares de enfermos de alzhéimer e outras demencias, e cuxa orixe foi a necesidade de dar forma ás demandas dun colectivo de persoas afectadas polas consecuencias da enfermidade. Está inscrita no Rexistro de Asociacións co núm. \_\_\_\_\_ e Declarada de Utilidade Pública o \_\_\_\_\_ e está constituída con personalidade xurídica propia.

II. Que D./Dna. **(persoa voluntaria)** contactou con **(ASOCIACIÓN)** coa intención de prestar colaboración voluntaria no Programa \_\_\_\_\_ cuxa persoa responsable é \_\_\_\_\_ cunha dedicación **(horario)**

#### CLÁUSULAS:

**PRIMEIRA:** D./Dna. **(persoa voluntaria)** colaborará como persoa voluntaria no Programa \_\_\_\_\_, xestionado por **(ASOCIACIÓN)** e realizará labores de \_\_\_\_\_ de forma totalmente altruísta e gratuíta, estando excluída de toda cualificación laboral, realizando o seu labor voluntaria de conformidade coas instrucións e tarefas que lle asigne a persoa responsable desta e tendo en conta, non obstante, as seguintes

Condicións xerais:

a) Non utilizará os medios, recursos e nome de **(ASOCIACIÓN)** para fins particulares, nin a representará salvo que expresamente e por escrito sexa autorizado/a para iso.

b) **(ASOCIACIÓN)** resérvase o dereito a dar por finalizado este compromiso se, a xuízo dos seus responsables, a tarefa da persoa voluntaria se desenvolve de forma incorrecta, incompleta ou, en xeral, prexudicial para os fins de **(ASOCIACIÓN)**.

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>LOGO DA AFA</b> | <b>COMPROMISO DE COLABORACIÓN VOLUNTARIA</b> |
|--------------------|--|

**SEGUNDA:** A persoa voluntaria declara ter sido informada dos seguintes puntos:

- Os seus datos serán incorporados a un ficheiro de datos de carácter persoal, automatizado ou non, cuxa persoa responsable é **(ASOCIACIÓN)** con enderezo social en \_\_\_\_\_
- A finalidade deste ficheiro é a xestión e control de todos os aspectos relacionados co persoal voluntario.
- Poderá exercer en todo momento os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición, seguindo as canles habituais da asociación, empregando o modelo de documento que se lle indique.
- De acordo co establecido no artigo 10 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, D./Dna. \_\_\_\_\_ obrígase neste acto a gardar segredo de toda a información relativa a datos de carácter persoal recollida nos ficheiros que forman parte dos sistemas de información da asociación. Esta obriga subsistirá aínda despois de finalizada a relación de voluntariado.
- D./Dna. \_\_\_\_\_ obrígase neste acto a tratar a información á que teña acceso en virtude do presente contrato con total confidencialidade e deberá cumprir en todo momento as normas establecidas no Documento interno de seguridade da asociación.

Respecto á toma de imaxes:

**AUTORIZO** a **(ASOCIACIÓN)** á toma de imaxes e á súa posterior publicación en memorias, folletos, boletíns informativos, páxinas web da asociación, redes sociais e outros medios de comunicación co fin de divulgar as distintas actividades que leva a cabo a asociación.

**NON AUTORIZO** a **(ASOCIACIÓN)** á toma de imaxes nin á posterior publicación e difusión destas.

**TERCEIRA: (ASOCIACIÓN)** comprométese a subscribir a D./Dna. **(persoa voluntaria)** na póliza de seguro de accidentes e responsabilidade civil conforme ao estipulado na lexislación vixente.

**CUARTA:** D./Dna. **(persoa voluntaria)** comprométese a prestar a súa colaboración voluntaria no programa cunha duración indefinida, coas funcións indicadas na cláusula primeira do presente compromiso. Establécese un período de proba dun mes contado desde a sinatura do presente compromiso. Se unha vez asumido este compromiso, a persoa voluntaria non puidese cumprilo nos termos establecidos, deberá avisar a **(ASOCIACIÓN)** cunha antelación de 15 días ou a máxima que lle sexa posible.

**QUINTA:** A persoa voluntaria recibirá a formación necesaria que contempla o Plan de voluntariado da entidade para o desenvolvemento dos programas, proxectos ou actividades que lle sexan asignados. Por solicitude da persoa voluntaria ou unha vez finalizado o compromiso, poderá expedir unha acreditación das prestacións efectuadas.

**SEXTA:** A persoa voluntaria ten uns dereitos e uns deberes que se recollen no **ANEXO I**.

**SÉTIMA:** Para os demais termos non contemplados neste compromiso, rexerase pola Lei 10/2011, do 28 de novembro, de acción voluntaria así como o resto do ordenamento xurídico aplicable en materia

|             |  |
|-------------|--|
| LOGO DA AFA | COMPROMISO DE COLABORACIÓN<br>VOLUNTARIA |
|-------------|--|

de voluntariado.

Asdo.:

O/a presidente/a

D. /Dna. **(persoa voluntaria)**

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>LOGO DA AFA</b> | <b>COMPROMISO DE COLABORACIÓN<br/>VOLUNTARIA</b> |
|--------------------|--|

## ANEXO I

### DEREITOS E DEBERES DAS PERSOAS VOLUNTARIAS

Dereitos das persoas voluntarias:

- Ser tratadas sin ningún tipo de discriminación con respecto á súa liberdade, dignidade, intimidade e crenzas.
- Ser informadas e formadas, particularmente en materia de prevención de riscos, e a desenvolver a actividade voluntaria nas condicións de seguridade, hixiene e saúde que a súa natureza e características reclamen.
- Dispoñer dunha acreditación identificativa da súa condición de persoa voluntaria.
- Recibir información, formación, asesoramento e apoio técnico así como os medios materiais que requira o exercicio das actividades e das tarefas que se lle asignen.
- Participar activamente na entidade conforme aos seus estatutos, colaborando na planificación, o deseño, a execución e a avaliación dos programas nos que participen.
- Acordar libremente o contido e as condicións da súa actividade voluntaria, o ámbito de actuación, a definición das tarefas, o tempo o horario de dedicación, o lugar de desenvolvemento e as responsabilidades que van asumir, podendo variar as súas características de permitilo as circunstancias da entidade.
- Estar aseguradas mediante póliza que cubra os riscos de accidente da propia persoa voluntaria, así como por danos e perdas causados a terceiros, derivados directamente da súa acción voluntaria.
- Ser reembolsadas ou compensadas polos gastos realizados no desenvolvemento das súas accións voluntarias nos termos previamente acordados coa entidade.
- Recibir certificación da súa participación nos programas e proxectos da acción voluntaria, na que se expresen, polo menos, a súa natureza e as datas nas que se realicen, e a que o citado certificado se remita ao Rexistro de Acción Voluntaria para os efectos que puideran acreditar o seu historial de experiencias na acción voluntaria.
- Obter o cambio de programa asignado cando existan causas que o xustifiquen, dentro das posibilidades da entidade.
- Renunciar libremente, despois de aviso, a su condición de persoa voluntaria.
- Calquera outro dereito recoñecido no resto do ordenamento xurídico.

Deberes das persoas voluntarias:

- Realizar a súa actividade conforme aos principios establecidos na normativa correspondente.
- Observar as medidas de saúde e seguridade que se adopten.
- Gardar a debida confidencialidade sobre a información recibida e coñecida no desenvolvemento da súa actividade voluntaria.
- Actuar de forma dilixente, coordinada, responsable e solidaria no desenvolvemento da actividade voluntaria, realizando a súa actividade voluntaria conforme ás normas e aos principios establecidos na normativa reguladora, e colaborando coa entidade na que participe e co resto de persoas voluntarias na consecución da maior eficacia e calidade nos programas e nos obxectivos que se leven a cabo.
- Participar nas actividades formativas que se entendan necesarias para un desenvolvemento adecuado da acción voluntaria.

adecuado da acción voluntaria.

- Respetar os dereitos das persoas destinatarias da súa acción voluntaria e das demais persoas voluntarias coas que colaboren.
- Cumprir os compromisos adquiridos coa entidade na que se integren, respectando os fins, os obxectivos e a normativa interna.
- Rexeitar calquera contraprestación que poidan recibir pola súa actividade.
- Utilizar debidamente a acreditación identificativa da súa condición de persoa voluntaria e os distintivos da entidade na que se integren, así como proceder á súa devolución cando finalice a actividade.
- Coidar e facer bo uso dos recursos materiais que poña á súa disposición a entidade.
- Notificar á entidade a renuncia coa antelación previamente acordada, con motivo de que poidan adoptarse as medidas necesarias para evitar prexuízos para a actividade na que participan.
- Os demais deberes establecidos polo ordenamento xurídico.



## ANEXO 10

### ACREDITACIÓN / IDENTIFICACIÓN DA PERSOA VOLUNTARIA

|             |                                     |
|-------------|-------------------------------------|
| LOGO DA AFA | IDENTIFICACIÓN DA PERSOA VOLUNTARIA |
|-------------|-------------------------------------|

**NOME:** \_\_\_\_\_

**APELIDOS:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

VOLUNTARIO

**Nome da AFA**

Este documento é expedido pola Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de \_\_\_\_\_ e con el recoñécese a condición de voluntario dentro desta organización polo que o uso dos seus datos queda restrinxido para calquera outro fin.

\_\_\_\_\_  
Presidente/a da asociación    Selo da asociación





# ANEXO 11

## CERTIFICADO DE ACCIÓN VOLUNTARIA

|             |   |
|-------------|---|
| LOGO DA AFA | <b>CERTIFICADO DE ACCIÓN VOLUNTARIA</b> |
|-------------|---|

D./Dna. \_\_\_\_\_ co DNI \_\_\_\_\_,  
como \_\_\_\_\_ da Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer e outras demencias de \_\_\_\_\_, co enderezo social en \_\_\_\_\_, co CIF núm. \_\_\_\_\_, en nome e representación desta,

### CERTIFICO:

Que D./Dna. \_\_\_\_\_ co DNI \_\_\_\_\_, colaborou como persoa voluntaria no programa/servizo de \_\_\_\_\_ que a Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer e outras demencias de \_\_\_\_\_ desenvolve na cidade de \_\_\_\_\_ dende o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ ata o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Que no mencionado proxecto realizou labores de \_\_\_\_\_ cunha dedicación total de \_\_\_\_\_ horas.

Para que conste para os efectos oportunos, expido esta certificación en \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Cargo na asociación  
Sinatura e selo







# ANEXO 13

## HISTORIA SOCIAL

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| <b>LOGO DA AFA</b> | <b>HISTORIA SOCIAL</b> |
|--------------------|------------------------|

Data de emisión: \_\_\_\_\_

Núm. de expediente: \_\_\_\_\_

### 1. Datos da persoa usuaria

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

Data de nacemento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Enderezo: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

### 2. Datos do/a cuidador/a principal

Nome e apelidos: \_\_\_\_\_

Data de nacemento: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Enderezo: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_ Relación de cuidado: \_\_\_\_\_

### 3. Datos familiares

|                                 | Nome e Apelidos |
|---------------------------------|-----------------|
| <b>Cónxuxe</b>                  |                 |
| <b>Fillos/as - Xenros/Noras</b> |                 |
|                                 |                 |
|                                 |                 |
| <b>Netos/as</b>                 |                 |
|                                 |                 |
|                                 |                 |
|                                 |                 |
| <b>Pai/Nai</b>                  |                 |
|                                 |                 |
| <b>Irmáns/ás</b>                |                 |
|                                 |                 |
|                                 |                 |
|                                 |                 |

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| <b>LOGO DA AFA</b> | <b>HISTORIA SOCIAL</b> |
|--------------------|------------------------|

#### 4. Datos de convivencia

| Nome e apelidos | Relación de coidado | Data de nacemento | Situación laboral | Nivel de Estudos | Teléfono de contacto |
|-----------------|---------------------|-------------------|-------------------|------------------|----------------------|
|                 |                     |                   |                   |                  |                      |
|                 |                     |                   |                   |                  |                      |
|                 |                     |                   |                   |                  |                      |
|                 |                     |                   |                   |                  |                      |
|                 |                     |                   |                   |                  |                      |
|                 |                     |                   |                   |                  |                      |

- Outros dependentes no núcleo familiar

#### 5. Datos médicos

Núm. Seguridade Social: \_\_\_\_\_

Diagnóstico da persoa usuario: \_\_\_\_\_

Data de emisión do diagnóstico: \_\_\_\_\_ Profesional: \_\_\_\_\_

Centro de saúde de referencia: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_

Médico de atención especializada: \_\_\_\_\_

Valoración de discapacidade: \_\_\_\_\_ Data da valoración: \_\_\_\_\_

Valoración da dependencia: \_\_\_\_\_ Data da valoración: \_\_\_\_\_

Outras enfermidades: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 6. Aspectos legais

Incapacitación legal. Data da incapacitación: \_\_\_\_\_

Titor/curador: \_\_\_\_\_

#### 7. Recursos utilizados ou en trámite

Públicos

\_\_\_\_\_

Privados

\_\_\_\_\_

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| <b>LOGO DA AFA</b> | <b>HISTORIA SOCIAL</b> |
|--------------------|------------------------|

**8. Datos da vivenda**

|   |  |
|---|--|
| <p>Tipo de vivenda:</p> <p><input type="checkbox"/> Casa</p> <p><input type="checkbox"/> Piso</p> <p>Réxime de posesión:</p> <p><input type="checkbox"/> Sen vivenda</p> <p><input type="checkbox"/> Vivenda en propiedade</p> <p><input type="checkbox"/> Vivenda en alugueiro</p> <p><input type="checkbox"/> Cedida en uso</p> <p>Número de plantas:</p> <p><input type="checkbox"/> Unifamiliar de planta baixa</p> <p><input type="checkbox"/> Unifamiliar con máis dunha planta</p> <p><input type="checkbox"/> 1ª planta</p> <p><input type="checkbox"/> 2ª planta ou máis</p> <p>Localización/ contorno:</p> <p><input type="checkbox"/> Centro urbano</p> <p><input type="checkbox"/> Zona rural</p> | <p>Condições de habitabilidade:</p> <p><input type="checkbox"/> Pésimas. En estado de ruína ou con grandes humidades ou brechas.</p> <p><input type="checkbox"/> Deficientes. Vivenda en condicións de habitabilidade inadecuada.</p> <p><input type="checkbox"/> Aceptables. Dispón de servizos mínimos e habitabilidade aceptable.</p> <p><input type="checkbox"/> Boas. Dispón de todos os servizos que garanten unhas boas condicións de habitabilidade.</p> <p>Observacións:</p><br><br><p>Barreiras arquitectónicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Conta con barreiras arquitectónicas no acceso á vivenda.</p> <p style="padding-left: 40px;">Descrición das ditas barreiras:</p><br><br><p><input type="checkbox"/> Conta con barreiras arquitectónicas no interior da vivenda:</p> <p style="padding-left: 40px;">Descrición das ditas barreiras:</p> |
|---|--|

**9. Datos biográficos e/ou culturais**

Nivel de estudos: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_

Residencia noutras cidades ou países: \_\_\_\_\_

Duración da residencia: \_\_\_\_\_

Intereses e afeccións: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relacións co contorno: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mascotas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**LOGO DA AFA**

**HISTORIA SOCIAL**

**10. Datos do ingreso**

Centro: \_\_\_\_\_ Aula: \_\_\_\_\_

Servizos que empregará: \_\_\_\_\_

Xornada: \_\_\_\_\_

Utilización do transporte: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

**11. Observacións**



## ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

| ACRÓNIMO         | SIGNIFICADO  |
|------------------|--|
| AA               | Acompañamento e accesibilidade   |
| ABVD             | Actividades básicas de vida diaria   |
| AFABER           | Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Bergantiños                                   |
| AFACHANTADA      | Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Chantada                   |
| AFACO            | Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Coruña  |
| AFAGA            | Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Galicia e outras demencias (de Vigo)          |
| AFAL FERROLTERRA | Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Ferrol e Comarca           |
| AFALU            | Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Lugo                       |
| AFAMO            | Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Morrazo                                       |
| AFAMON           | Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Monforte                   |
| AFAOR            | Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Ourense                    |
| AFAPO            | Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Pontevedra                 |
| AFAS             | Asociacións de Familiares de Persoas con Alzheimer e outras demencias                              |
| AFASAL           | Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias do Salnés                     |
| AFAVI            | Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer e outras demencias de Viveiro                    |
| AGADEA           | Asociación Galega de Axuda aos Enfermos con Demencias tipo Alzheimer de Santiago                   |
| AIVD             | Actividades instrumentais da vida diaria   |
| ATAM             | Asociación Telefónica para Asistencia a Persoas con Discapacidade                                  |
| AVD              | Actividades da vida diaria   |
| BOE              | Boletín Oficial do Estado  |
| CEAFA            | Confederación Española de Alzheimer  |
| CEPAT            | Centro de Referencia Estatal de Autonomía Persoal e Axudas Técnicas                                |
| COS              | Organizacións sociais da caridade  |
| CRE ALZHEIMER    | Centro de Referencia Estatal de Atención a persoas con enfermidade de Alzheimer e outras demencias |
| DNI              | Documento nacional de identidade   |
| EVO              | Equipo de Valoración e Dependencia   |
| FAGAL            | Federación Alzheimer Galicia   |
| FEEISS           | Federación de Escolas da Igrexa de Servizo Social  |
| FITS             | Federación Internacional de Traballo Social  |
| GDS              | Escala de Deterioro Global   |
| IMSERSO          | Instituto de Maiores e Servizos Sociais  |

| ACRÓNIMO | SIGNIFICADO                                       |
|----------|---|
| IRPF     | Imposto sobre a renda das persoas físicas         |
| MEC      | Mini exame cognoscitivo                           |
| MSW      | Mestría en Traballo Social                        |
| OMS      | Organización Mundial da Saúde                     |
| PAI      | Plan de atención individualizado                  |
| PAR      | Programa de asignación de recursos                |
| SAAD     | Sistema para a autonomía e atención á dependencia |
| SAF      | Servizo de axuda no fogar                         |

# BIBLIOGRAFÍA



## Capítulo 1

### Trabajo social. Marco teórico

1. Escartín Caparrós, M<sup>a</sup> J & Suárez Soto, Esperanza. *Introducción al Trabajo Social.I (Historia y fundamentos teóricos –prácticos)*. Alicante. Aguaclara. 1994
2. Fernández García, T. *Fundamentos del Trabajo Social*. Madrid. Alianza. 2009

## Capítulo 2

### As demencias. Definición e tipoloxías

1. García Gil V. e del Ser Quijano, T. *Unidad de Enfermedades Neurodegenerativas. Sección Memoria-Alzhéimer*. Institut Clínic Malalties Sistema Nerviós. Hospital Clínic. Barcelona. España.
2. Charro Gajate C., Diéguez Perdiguero E. e González Martínez, L.A. *La demencia más psiquiátrica: demencia frontotemporal, variante frontal*. Psicogeriatría. 2010
3. Arango Lasprilla J.C., Iglesias Dorado J. e Lopera F. *Características clínicas y neuropsicológicas de la enfermedad de Huntington: una revisión*. Revista de Neurología. 2003
4. Morgado Linares R.Y., Ruíz Peña J.L., Páramo M.D., Díaz Delgado M. e Izquierdo, G. *Características clínicas de la enfermedad de Creutzfeldt – Jakob familiar y mutación E200K en España*. Revista de Neurología. 2007
5. Pérez Martínez V.T. *Demencias: su enfoque diagnóstico*. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2006
6. Abellán Vidal M.T. (et. al.). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzhéimer y otras Demencias*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España. 2011
7. Ríos Pérez N. (et. al.). *Terapia Ocupacional en alzhéimer e outras demencias*. Federación Alzhéimer Galicia. 2016
8. Prieto Gondell M. (et. al.). *Guía para cuidadores de enfermos de alzhéimer*. Federación Alzhéimer Galicia. 2007
9. Barranco Quintana J.L., Allam M.F., Del Castillo A.S. e Navajas R.F.C. *Factores de riesgo de la enfermedad de Alzhéimer*. Revista de Neurología. 2005

## Capítulo 3

### Recursos sociais

1. *Aspectos jurídicos de interés para familiares de personas con alzhéimer* (coord. R. Marrero Macías). Landwell, PwC. Madrid. 2010
2. Circular interna da Dirección Xeral de Maiores e Persoas con Discapacidade pola que se convoca o Programa de Respiro Familiar para cuidadores de persoas en situación de dependencia. (Derogada a circular núm. 13/2010, do 4 de novembro que regulaba o Programa de Respiro Familiar para cuidadores de persoas en situación de dependencia e a núm. 2 do 28 de xaneiro de 2011 que modificaba a

anterior).

3. Decreto 1/2011, do 28 de xullo, polo que se aproba o texto refundido das disposicións legais da Comunidade Autónoma de Galicia en materia de tributos cedidos polo Estado (DOG núm. 201, do 20/10/2011).

4. Decreto 15/2010, do 4 de febreiro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e o dereito ás prestacións do sistema para a autonomía e atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa Individual de Atención e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes (DOG núm. 34, do 19/02/2010).

5. Decreto 35/2000, de 28 de xaneiro, polo que se aproba o Regulamento de desenvolvemento e execución da lei de accesibilidade e supresión de barreiras na Comunidade Autónoma de Galicia (BOE núm. 41, do 29/02/2000).

6. Decreto 99/2014, do 24 de xullo, polo que se regula o Servizo Galego de Apoio á Mobilidade de Persoal para persoas con discapacidade e/ou en situación de dependencia (DOG núm. 149, do 07/08/2014).

7. Decreto 176/2007, de 6 de Setembro, polo que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e o dereito ás prestacións do Sistema para a autonomía e atención á dependencia na Comunidade Autónoma de Galicia (DOG núm. 187, do 26/09/2007).

8. Instrución 18/2012, do 27 de novembro de 2012. Xerencia do Servizo Galego de Saúde e Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública.

9. Lei 3/2011, do 30 de xuño, de apoio á familia e á convivencia de Galicia (DOG núm. 134, do 13/07/2011).

10. Lei 8/1997, de 20 de agosto, de accesibilidade e supresión de barreiras na Comunidade Autónoma de Galicia (BOE núm. 166, do 29/08/1997).

11. Orde do 1 de xullo de 2009, pola que se establecen as bases reguladoras que rexerán a concesión de subvencións para facilitar a autonomía persoal e a accesibilidade e se procede a súa convocatoria (DOG núm. 142, do 22/07/2009).

12. Orde do 2 de xaneiro de 2012, pola que se regula o procedemento para o recoñecemento da situación de dependencia e do dereito ás prestacións do sistema para a autonomía persoal e a atención á dependencia, o procedemento para a elaboración do Programa Individual e a organización e funcionamento dos órganos técnicos competentes (DOG núm. 9, do 13/01/2012).

13. Orde do 10 de febreiro de 2016 pola que se ofertan prazas para estadias e tratamento termal dentro do programa de Benestar en balnearios 2016 (DOG núm. 31, do 16/02/2016).

14. Orde do 16 de abril de 2014 pola que se regulan as condicións dos ingresos e traslados en servizos prestados en centros propios ou concertados, no ámbito da atención á dependencia e da promoción da autonomía persoal (DOG núm. 91, do 14/05/2014).

15. Orde de 17 de decembro de 2007, pola que se establecen os criterios para a elaboración do Programa Individual de Atención, fixación das intensidades de protección dos servizos, réxime de compatibilidades das prestacións e xestión das prestacións económicas do Sistema para a autonomía e atención á dependencia na Comunidade Autónoma de Galicia (DOG núm. 246, do 21/12/2007).

16. Orde do 20 de xullo de 2016, pola que se crea a tarxeta acreditativa do grao de discapacidade e se regula o procedemento para a súa obtención (DOG núm.147, do 07/08/2016).
17. Orde SSI/1688/2015, de 30 de xullo, pola que se regula o Programa de Termalismo do Instituto de Maiores e Servizos Sociais (BOE núm.190, do 10/08/2015).
18. Orde da Vicepresidencia de Igualdade e de Benestar de 22 de xaneiro de 2009, pola que se regula o servizo de axuda no fogar (DOG núm. 22, do 02/02/2009).
19. Resolución de 2 de decembro de 2015, do Instituto de Maiores e Servizos Sociais, pola que se convocan prazas para pensionistas que desexen participar no Programa de Termalismo.
20. Resolución de 18 de marzo de 2016, do Instituto de Maiores e Servizos Sociais, pola que se convoca a concesión de subvencións sometidas ao réxime xeral de subvencións do IMSERSO para as actuacións de turismo e termalismo para persoas con discapacidade durante o ano 2016.
21. Boletín informativo dixital núm. 114 (abril 2016). Recuperado o 7 de outubro de 2016, de <http://www.cruzroja.es/boletines/114/pagina-6.html>
22. Imsero, (2016). CRE Alzhéimer. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzhéimer y otras Demencias de Salamanca. Recuperado o 7 de outubro de 2016, de [http://www.crealzhéimer.es/crealzhéimer\\_01/index.htm](http://www.crealzhéimer.es/crealzhéimer_01/index.htm)
23. Imsero, (2016). Portal de la Dependencia. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Recuperado el 19 de agosto de 2016 de [http://www.dependencia.imsero.es/dependencia\\_01/documentacion/app/nav\\_app/index.htm](http://www.dependencia.imsero.es/dependencia_01/documentacion/app/nav_app/index.htm)
24. Política Social- Plans e programas. (2016). Recuperado o 19 de Agosto de 2016 de [http://politicasocial.xunta.gal/web/portal/planseprogramas?p\\_p\\_id=ipecos\\_opencms\\_portlet\\_INSTANCE\\_P37k&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=normal&p\\_p\\_col\\_id=column3&p\\_p\\_col\\_count=1&ipecos\\_opencms\\_portlet\\_INSTANCE\\_P37k\\_content=%2Fopencms%2FBenestar%2FContidos%2FPlans\\_e\\_programas%2Fdocumento\\_0018.html](http://politicasocial.xunta.gal/web/portal/planseprogramas?p_p_id=ipecos_opencms_portlet_INSTANCE_P37k&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_col_id=column3&p_p_col_count=1&ipecos_opencms_portlet_INSTANCE_P37k_content=%2Fopencms%2FBenestar%2FContidos%2FPlans_e_programas%2Fdocumento_0018.html)
25. Política Social – Servizos para o coidador. (2016). Recuperado o 7 de outubro de 2016 de <https://politicasocial.xunta.gal/web/portal/servizos-para-o-coidador>
26. Política Social- Xantar na casa. (2016). Recuperado o 19 de agosto de 2016 de <https://politicaso-social.xunta.gal/web/portal/xantar-na-casa>
27. Portal de Produtos de Apoio. (2016). Recuperado o 7 de outubro de 2016 de <https://productosapoio.xunta.gal/gl>
28. SafetyGPS. (2016). Recuperado o 7 de outubro de 2016, de <http://safetygps.com/es/>
29. SerCuidador – SerCuidadora. (2016). Recuperado o 7 de outubro de 2016, de <http://www.sercuidador.org/>
30. Sistema de atención ao maior a través da TV (SAM-TV). (2016). Portal de Produtos de Apoio. Recuperado o 7 de outubro de 2016, de [http://productosapoio.xunta.gal/es/wikiasistencia/273\\_sistema-de-atenci%C3%B3n-al-mayor-trav%C3%A9s-de-la-tv-sam-tv](http://productosapoio.xunta.gal/es/wikiasistencia/273_sistema-de-atenci%C3%B3n-al-mayor-trav%C3%A9s-de-la-tv-sam-tv)

31. Sistemas de Telexerontoloxía. (2016). Portal de Produtos de Apoio. Recuperado o 7 de outubro de 2016, de [http://produtosapoio.xunta.gal/es/wikiasistencia/272\\_sistemadetelexerontolox%C3%ADa%C2%AE](http://produtosapoio.xunta.gal/es/wikiasistencia/272_sistemadetelexerontolox%C3%ADa%C2%AE)
32. ViveLibre – Soluciones Inteligentes para la Autonomía Personal. (2016). ViveLibre. Recuperado o 7 de outubro de 2016, de <http://vivelibre.es/>
33. Voluntariado Galego. (2016). Recuperado o 6 de outubro de 2016, de <http://www.voluntariado-galego.org/web/asocia.php>
34. YoTeCuido. (2016). Recuperado o 10 de outubro de 2016, de <http://afaco.es/yotecuido-la-app-para-cuidadores-y-afectados-de-alzheimer>.

## Capítulo 4

### As Asociacións de familiares de persoas con alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas (AFAS)

1. FAGAL, (2016). Federación Alzhéimer Galicia. Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://www.fagal.org>
2. AFAVI, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer e Outras Demencias de Viveiro. Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://www.fagal.org>
3. AFABER, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer de Bergantiños. Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://www.xestion.net/afaber/>
4. AFACHANTADA, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer e outras demencias de Chantada. Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://asociaciondefamiliaresdelalzheimerdechantada.com/weblog/inicio>
5. AFACO, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer da Coruña. Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://www.afaco.es/>
6. AFAGA, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer de Galicia e outras demencias (de Vigo). Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://www.afaga.com/>
7. AFAL-FERROLTERRA, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer e outras demencias de Ferrol e Comarca. Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://www.alzheimerferrolterra.com/>
8. AFALU, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer e outras demencias de Lugo. Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://www.afalu.org/>
9. AFAMO, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer de Morrazo. Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://www.afamomorrazo.es>
10. AFAMON, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer e outras demencias de Monforte. Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://www.afamon.com>
11. AFAOR, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer e outras demencias de Ourense. Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://www.afaor.com>



12. AFAPO, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer e outras demencias de Pontevedra. Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://afapo.es/>

13. AFASAL, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer e outras demencias do Salnés. Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://afasalarousa.blogspot.com/>

14. AGADEA, (2016). Asociación Galega de Axuda aos Enfermos con Demencias tipo Alzhéimer de Santiago. Recuperado o 10 de novembro de 2016 de <http://www.agadea.org/>

## Capítulo 5

### Os centros de día de alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas

1. Blanco, C, Martínez M.C., Ramos, P, Hernández G., Campos, X., Linares, C., Yanguas, J. *Modelo de Centro de Día para la atención de personas con Enfermedad de Alzhéimer*. Madrid. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 2008

2. Decreto 19/2008, do 7 de febreiro, polo que se crea a Rede Galega de Centros de Día de Atención Social para persoas con alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas.

3. Lei 39/2006, do 14 de decembro, de promoción da autonomía persoal e atención ás persoas en situación de dependencia.

4. Orde do 16 de abril de 2014 pola que se regulan as condicións dos ingresos e traslados en servizos prestados en centros propios ou concertados, no ámbito da atención á dependencia e da promoción da autonomía persoal. (DOG núm. 91)

5. Orde do 25 de xuño de 2008 pola que se regulan os requisitos específicos que deben cumprir os centros de día e as unidades de atención social para persoas que padecen alzhéimer e outras demencias (DOG núm.138)

6. Sánchez, M.P, Olveira, P. 2012. *Protocolo de Inspección de Servizos Sociais sobre os Centros de Maiores, Discapacidade e Dependencia da Comunidade Autónoma de Galicia*.

## Capítulo 6

### Programas e servizos dos centros especializados en alzhéimer e outras demencias neurodexenerativas

1. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. *Guías de implantación. Intervenciones no farmacológicas. Reeduación psicomotriz y Alzhéimer*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaria General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). 2001

2. Invernó Curós, J., Llena Berñe, M.A., Morata García, M.J. *La animación sociocultural. Una estrategia para el desarrollo y el empoderamiento de comunidades*. Editorial UOC. 2012.

3. Isidro Carretero, V., Pérez Muñano, C., Sánchez-Valladares Jaramillo, V. e col. *Guía práctica para familiares de enfermos de Alzhéimer*.

4. J Olazarán, R Muñiz. *Estimulación cognitiva posible y recomendable. En Alzhéimer 2004: la pragmática necesaria*. JM Martínez Lage, T del Ser (eds). Aula Médica, Madrid. 2004.

5. Lei 10/2011, do 28 de novembro, de acción voluntaria (DOG núm. 242, do 21 de decembro de 2011).
6. Lei 45/2015, do 14 de outubro, de voluntariado (BOE núm. 247, do 15 de outubro de 2015).
7. Llorente Geniz, I., Carmona Arango, P., Vázquez Rodríguez, N. e col. *Cuaderno de Actividades para la Estimulación Cognitiva de Personas con Enfermedad de Alzheimer*. Proyecto REDES “Recursos para el Desarrollo Eco-nómico y Social”. Delegación de Economía y Empleo del Ayuntamiento de Sevilla en colaboración con el MAP. 2006.
8. Orde do 22 de xaneiro de 2009 pola que se regula o servizo de axuda no fogar (DOG núm. 22, do 2 de febreiro de 2009).
9. Peña-Casanova, J. *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales*. Fundación La Caixa. 1999.
10. Rey Fidalgo, N. *Programa Tengo Algo que Contarte*. CEAFA. Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias. 2015.
11. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacida. *Libro Blanco Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 2004
12. VV.AA. *Guía para cuidadores de enfermos de Alzheimer*. Federación de Asociaciones Gallegas de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias. 2007.
13. VV.AA. *Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer*. Fundación Reina Sofía. 2012.
14. Xunta de Galicia. Consellería de Traballo e Benestar. Decreto 149/2013, do 5 de setembro, polo que se define a carteira de servizos sociais para a promoción da autonomía persoal e a atención ás persoas en situación de dependencia e se determina o sistema de participación das persoas usuarias no financiamento do seu custo (DOG núm. 182, 24/09/13).
15. Xunta de Galicia. Dirección Xeral da Dependencia e Autonomía Persoal e Sociedade Galega de Médicos Xerais e de Familia. *Manual de formación para cuidados no contorno familiar*. 2010.
16. Xunta de Galicia. Consellería de Traballo e Benestar e Federación de Asociacións Galegas de Familiares de Alzheimer e outras Demencias. *Manual de formación para cuidados no contorno familiar de persoas con demencia*. 2011.
17. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Recuperado de: [http://www.crealzheimer.es/crealzheimer\\_01/index.htm](http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/index.htm)
18. CEAFA: Confederación española de asociaciones de familiares de personas con alzheimer y otras demencias. Recuperado de: <http://www.ceafa.es/>
19. Voluntariado galego. Recuperado de <http://www.voluntariadogalego.org/web/>
20. Xunta de Galicia. Consellería de Política Social. Guías. Recuperado de: <http://politicassocial.xunta.gal/web/portal/guias?activo2=sop10&category=Tema/Dependencia/,Tiposenumerados/Tipodocumento/Guia/>

## Capítulo 7

### O/A trabajador/a social como parte fundamental dos equipos técnicos. Funcións

1. Ander-Egg, E. i Follari, R. *Trabajo social e interdisciplinariedad*. Humanitas, Buenos Aires. . 1988
2. Brill, N.I. *Working with people: the helping process*. Longman, New York. 1990
3. Douglas, T. *Groupwork practice*. Tavistock Publications, London. 1983
4. Freixas, J. *Algunos elementos psicosociales a menudo olvidados en la práctica del trabajo social en instituciones*. Tizón, J. Y Rossell, T. Compiladores "Salud mental y trabajo social" Laia, Barcelona. 1983
5. Leal, J. *La construcción de lo grupal en los equipos de trabajo*. Revista de Trabajo Social núm. 133, Barcelona. 1994
6. Okebcgette-Brissonett, C. *Métode de treball en equip*. Pòrtic, Barcelona. 1997.
7. Rossell, T. *El trabajo en equipo*. Congreso Gallego sobre Trabajo Social y Servicios Sociales Escuela Universitaria de Trabajo Social. Santiago de Compostela. 1998
8. Rueda, J.M<sup>a</sup>. *El psicólogo social de la comunidad*. Text i contest, Barcelona. 1992











***O Manual de Traballo Social en alzhéimer e outras demencias neurodexe-nerativas*** de FAGAL pretende ser unha ferramenta práctica e de referencia para as persoas coidadoras que atenden ó seu familiar ou para as que se dedican profesionalmente a este ámbito. Este manual foi elaborado polo Grupo de Traballo de Traballadoras Sociais de FAGAL, creado no ano 2016 e formado por profesionais das AFAs galegas.

O obxectivo deste manual é que sexa referencia para os/as Traballadores/as Sociais da área sociosanitaria especializados/as en demencias, e unificar criterios na atención e intervención de persoas con alzhéimer e outras demencias neurodexe-nerativas así como cos seus familiares.



**FAGAL**  
**FEDERACIÓN ALZHEIMER GALICIA**



**XUNTA DE GALICIA**  
**CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL**