



FAGAL
FEDERACIÓN ALZHEIMER GALICIA

TRABAJO SOCIAL

EN ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

NEURODEGENERATIVAS



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

Autores/as: Ana Agís Mariño

AFAPO

Manuel Carballedo López

AFAMON

M^a 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

Trabajo Social

en Alzheimer y Otras Demencias
Neurodegenerativas



FAGAL
FEDERACIÓN ALZHEIMER GALICIA

EDITA:

Federación Alzheimer Galicia - FAGAL

Primera Edición 2017**AUTORÍA:**

Coordinadora / Autora: Romina Ferral García - AFAMO

Autores/as: Ana Agís Mariño - AFAPO

Manuel Carballedo López - AFAMON

M^a 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

Agradecimientos a M^a Esther Trashorras de la Fuente - AFALU

CESIÓN DE IMÁGENES:

AFAMO, AFAGA, AGADEA, AFAOR y FAGAL

MAQUETACIÓN:

Federación Alzheimer Galicia

DEPÓSITO LEGAL:

C 726-2017

Copyright © 2017. Federación Alzheimer Galicia

Queda prohibida, sin autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento.

ÍNDICE

PRÓLOGO

INTRODUCCIÓN

9

Capítulo 1. Trabajo Social. Marco teórico

11

- 1.1. Definición de trabajo social 11
- 1.2. Fines, objetivos y metas en el trabajo social 11
- 1.3. Principios inspiradores del sistema público de servicios sociales 12
- 1.4. Interdisciplinaridad y trabajo social 14
- 1.5. El trabajo social y la realización de valores en la praxis social 15
- 1.6. Perspectiva histórica del trabajo social 16
- 1.7. Evolución histórica del trabajo social en España 18

Capítulo 2. Las Demencias. Definición y tipologías

21

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

Capítulo 3. Recursos sociales

35

- 3.1. Introducción 35
- 3.2. Servicios 36
- 3.3. Programas 46
- 3.4. Prestaciones 53

Capítulo 4. Las asociaciones de familiares de personas con alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas (AFAS)

59

- 4.1. Las asociaciones de familiares de personas con alzhéimer y otras demencias en España 59
- 4.2. Las asociaciones de familiares de personas con alzhéimer y otras demencias en Galicia 59

Capítulo 5. Los centros de día de alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas

69

- 5.1. Las asociaciones de familiares de enfermos de alzhéimer en la gestión de los centros de día de alzhéimer 69
- 5.2. Definición 70
- 5.3. Objetivos generales 70
- 5.4. Objetivos específicos 71
- 5.5. Principios de la intervención 71
- 5.6. Normativa de gestión de los centros de día especializados 72
- 5.7. Asignación del servicio de centro de día en la modalidad de gestión pública o concertada 72
- 5.8. Valoración de la persona usuaria 74
- 5.9. Primer día de ingreso de la persona usuaria en el centro 77

5.10. Período de adaptación de la persona usuaria	77
5.11. Prestación del servicio de centro de día	78
5.12. El plan general de intervención terapéutica del centro de día	79
5.13. Diseño y elaboración del plan de atención individualizada (PAI) de la persona usuaria del centro de día	81
5.14. Proceso de baja de la persona usuaria en el centro de día	83
Capítulo 6. Programas y servicios de los centros especializados en alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas	85
6.1. Servicio específico de estimulación terapéutica para personas con alzhéimer y otras demencias	85
6.2. Servicios específicos de intervención con familiares de personas con alzhéimer y otras demencias	93
6.3. Servicio de ayuda en el hogar	97
6.4. Servicio de formación y sensibilización en alzhéimer y otras demencias	103
6.5. Servicio de prevención de la dependencia específico de alzhéimer y otras demencias	108
6.6. Servicio de envejecimiento activo	109
Capítulo 7. El trabajador social como parte fundamental de los equipos técnicos. Funciones	111
7.1. Introducción	111
7.2. La figura del profesional del trabajo social en un equipo interdisciplinar	112
7.3. Funciones del trabajador social	113
ANEXOS	115
Anexo 1. Informe Social	119
Anexo 2. PAI	123
Anexo 3. Contrato del programa de estimulación cognitiva y psicomotriz	125
Anexo 4. Solicitud de servicios	129
Anexo 5. Proyecto de intervención	131
Anexo 6. Acuerdo del servicio de ayuda en el hogar	137
Anexo 7. Reglamento de funcionamiento del servicio de ayuda en el hogar	139
Anexo 8. Reglamento interno de acción voluntaria	145
Anexo 9. Compromiso de colaboración voluntaria	153
Anexo 10. Certificado de acción voluntaria	159
Anexo 11. Acreditación / Identificación del voluntario	161
Anexo 12. Libro de registro de voluntarios/as	163
Anexo 13. Historia social	165
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	169
BIBLIOGRAFÍA	171

Prólogo

Las Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y Otras Demencias, más conocidas como AFAs, vienen desarrollando en Galicia, desde hace más de 20 años, una inmensa labor de atención a las personas con una demencia neurodegenerativa y a sus familias. A día de hoy, y siendo sabedores de que queda un largo camino por delante, podemos echar la vista atrás para poder ver que en el camino recorrido se ha generado un acervo de intervención de indudable valor y que es preciso identificar y presentar de manera ordenada.

Esta es la razón de ser de este manual, la de presentar de manera clara y ordenada la metodología de intervención en trabajo social de las AFAs gallegas y compartir lo que entendemos es nuestra manera de trabajar y lo que queremos para nuestros familiares con una demencia neurodegenerativa y para nosotros mismos como cuidadores principales.

En este manual se realiza una aproximación del trabajo social en el ámbito del alzhéimer y de otras demencias neurodegenerativas y la importancia de esta figura en los equipos de las entidades prestadoras de servicios sociales en la busca de la mejor intervención, teniendo en cuenta la intervención con las familias y la relación de recursos disponibles para una mejor atención a las personas con alzhéimer u otra demencia neurodegenerativa.

No quiero finalizar sin decir que lo que se presenta a continuación es el trabajo condensado de un laborioso grupo de trabajadoras y trabajadores sociales de las asociaciones de familiares de Galicia a los que no podemos hacer otra cosa que dar las gracias por su trabajo.

Un saludo

Santiago de Compostela, mayo de 2017

Juan Carlos Rodríguez Bernárdez

Presidente de la Federación Alzhéimer Galicia

Introducción

En las últimas décadas la población mayor española experimentó un crecimiento muy considerable. En Galicia, el 24% de la población tiene actualmente 65 o más años y se calcula que existen 100.000 personas que padecen alzhéimer u otras demencias. Este envejecimiento supone unas necesidades de cuidado que en su mayoría son satisfechas en el hogar por los denominados cuidadores informales.

Ante esta situación, la sociedad se encuentra ante el reto no solo de atender las personas afectadas sino también de darles respuesta a las demandas de esas personas que las cuidan, garantizándoles una buena calidad de vida.

Este manual es el resultado del trabajo de un grupo de profesionales del ámbito social pertenecientes a alguna de las asociaciones que integran la Federación de Asociaciones Gallegas Familiares de Enfermos de Alzhéimer y otras Demencias (FAGAL).

Está estructurado en siete capítulos: marco teórico del trabajo social; demencias, definición y tipologías; recursos sociales; la labor de las asociaciones de familiares de personas con alzhéimer u otra demencia neurodegenerativa; los centros de día de alzhéimer y otras demencias; los programas y servicios de los centros especializados en alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas; y, por último, la figura del profesional en trabajo social y sus funciones.

Pretende ser una herramienta práctica y de referencia para las personas cuidadoras que atienden su familiar o para las que se dedican profesionalmente a este ámbito. Se cumple así con el compromiso de la Federación de divulgación y formación sobre los distintos aspectos relacionados con la enfermedad.

Capítulo 1

Trabajo Social. Marco Teórico

1.1. DEFINICIÓN DE TRABAJO SOCIAL

Existen numerosas definiciones del Trabajo Social, en esta guía vamos a seguir la definición más actual que acordaron el Comité Ejecutivo de la Federación internacional de Trabajadores Sociales y la Junta de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social, en Melbourne en julio de 2014.

“El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Apoyada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los conocimientos indígenas, el trabajo social involucra las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar”.

1.2. FINES, OBJETIVOS Y METAS EN EL TRABAJO SOCIAL

El análisis de los fines del trabajo social nos da una idea de los valores que informan el comportamiento de quien los aplican y de los valores deseados en las personas a las que dirige su actividad esta profesión.

Ricardo Hill, al exponer los fines, recurre al análisis de Bowers y distingue entre fines intrínsecos y extrínsecos del Trabajo Social. Los primeros estarían encaminados a una movilización dirigida a convertir los recursos del medio y las capacidades de los individuos en móviles capaces de dirigirse hacia el encuentro de la dificultad de la clientela. Estos fines próximos de ajuste entre el individuo y su medio se relacionan con posteriores fines extrínsecos, como por ejemplo el bienestar social.

Existen diferencias entre los autores acerca de cuál es el fin del Trabajo Social. Para algunos, como Barlett, ese fin y conseguir el funcionamiento social del individuo, grupo o comunidad. Otros, como Martin Rein, contemplan el cambio como el fin del Trabajo Social.

Suponiendo que la intervención del Trabajo Social tiene como finalidad única el cambio, cabría distinguir, en un intento de análisis de este, las dos perspectivas que lo contemplan, ya sea desde posiciones conservadoras o radicales del Trabajo Social:

- Desde la primera posición, cambio es igual la reforma.
- Desde el segundo planteamiento, cambio supone transformación, es decir, superación del existente.

En el Trabajo Social, el cambio deseado es el desarrollo de las relaciones entre individuos-individuos, entre individuos-grupos, de grupos entre sí o de individuos y grupos con su medio, a fin de reducir conflictos. La tarea del trabajador social es hacer posible ese proceso de cambio para conseguir una mejora en los individuos, grupos y comunidades. Esto significa, desde el Trabajo Social, participar activamente en la transformación de las situaciones-problema con el fin de lograr el bienestar social, una elevación de la calidad de vida de las personas con las que trabajamos, en una sociedad más solidaria y humana.

No debemos olvidarnos de que los fines, objetivos y metas, en el que se refiere la intervención profesional, no son algo estático, sino que evolucionan con el dinamismo y la evolución de la sociedad, estando por tanto sujeta al cambio. Tienen pues, una dimensión histórica.

1.3. PRINCIPIOS INSPIRADORES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES

Los Servicios Sociales establecen mediante sus principios un compromiso ético que consiste en hacer valer los valores sociales imprescindibles para afirmar la dignidad de la convivencia.

Según Ariño (1996) señala, el establecimiento de unos principios básicos inspiradores del sistema público de los servicios sociales es un avance teórico puesto que en la práctica su alcance queda muchas veces reducido, “anteponiéndose la defensa del poder a la defensa de los derechos de la ciudadanía o a la lucha contra la marginación”.

Los principios inspiradores de los Servicios Sociales vienen recogidos en las diferentes leyes regionales que le dedican un capítulo a su formulación. Todas las leyes tienen como denominador común la referencia a un Estado de Bienestar en el que (formalmente) todos tenemos derecho a una cierta calidad de vida.

Responsabilidad pública

Todas las leyes de Servicios Sociales recogen este principio: Queda bajo la responsabilidad del Estado, aunque no de un modo monopolista, promover los recursos técnicos, financieros y humanos acomodados para desarrollar la política de protección social.

Según Trigueros (1991: 29) la responsabilidad pública consiste en:

- Promover la creación de los servicios sociales y equipamientos sociales necesarios.
- Estudiar y analizar las necesidades de los sectores de población que son objeto específico de los servicios sociales. .
- Establecer las bases de planificación de los servicios y equipamientos sociales.
- Determinar el área territorial que habrá de atender cada servicio y equipamiento.
- Controlar e inspeccionar los servicios y equipamientos financiados con fondos públicos.
- Asegurar la calidad de los servicios que se prestan.
- Facilitar canales de participación a la ciudadanía.

Universalidad

La universalidad puede ser entendida en diferentes sentidos, en este manual entendemos que el principio de universalidad debe entenderse como un derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas a los servicios sociales trascendiendo el ámbito restringido de la exclusión mediante una acción preventiva (dirigida a toda la población) y asistencial (apoyando los núcleos de convivencia básicos o alternativos cuando sea necesario) pero con una atención preferente hacia las personas excluidas, pobres, marginadas o necesitadas de apoyos personales y sociales.

Solidaridad

La comunidad tiene una responsabilidad que debe ejercer implicándose a través de acciones voluntarias y de apoyo mutuo y colaborando con las administraciones competentes. Hace referencia a la justa distribución de los recursos, tanto entre las personas y grupos sociales, como entre los distintos territorios, a fin de fomentar la colaboración y apoyo recíprocos.

El principio de solidaridad está apoyado en la Constitución al afirmar que España es un Estado social y democrático de Derecho que propugna entre otros valores superiores de su ordenamiento la

justicia social y el deber de promover las condiciones favorables para el progreso social y económico y para una distribución de la renta más equitativa.

Prevención

Los Servicios Sociales no sólo tienen que actuar de manera atenuante y paliativa frente a las desigualdades e injusticias #social, sino que deberán impedir que la estructura social margine, por eso deben dirigir su actuación a atajar las causas que provocan los problemas sociales y a trabajar con ellas.

La prevención debe orientarse a evitar la marginación y a promover las condiciones de igualdad.

El principio de prevención aparece recogido no solo en todas las leyes autonómicas de Servicios Sociales sino también en todos los manuales y textos de Trabajo Social.

Globalidad

Este principio hace referencia a la necesidad de contemplar al individuo desde una perspectiva global, con distintas circunstancias y rodeado de variables que deben ser consideradas en su conjunto dado que todas ellas se interrelacionan y conforman su situación. Debemos recordar que los problemas sociales son multidimensionales, por lo tanto, se observa cómo necesario la coordinación de la intervención de diversos departamentos.

Normalización-integración

Estos principios están presentes en la mayor parte de las leyes de Servicios Sociales, ya sea en las exposiciones de motivos como principios rectores y/o como fundamento de políticas concretas de actuación social.

Reside en el respeto a la diferencia que debería entenderse como un deber de los poderes públicos a la hora de facilitar los apoyos necesarios para que esas personas o grupos con necesidades diferentes puedan integrarse en la vida comunitaria.

Estos principios no excluyen otro tipo de intervenciones ya que aunque en algunos casos sigue siendo necesaria la institucionalización, deben perseguirse fórmulas más acercadas a la vida en la comunidad.

Participación

Todos los sistemas autonómicos de Servicios Sociales contemplan la participación ciudadana como uno de sus principios rectores o pilares básicos. En un estado social y democrático de derecho, debe procurarse una forma de democracia realmente participativa y no simplemente representativa.

Entendemos que la participación de la ciudadanía tiene que estar presente en todos los aspectos a que estos se refieren; planificación, control y gestión de servicios, en investigación y evaluación de las necesidades sociales. De este modo se conseguiría que los servicios estuvieran conectados a las necesidades de la ciudadanía, y existiría por lo tanto un medio eficaz para proponer las soluciones que mejor se adecúan a la situación.

Descentralización

Según el artículo 103.1 de la Constitución Española, la Administración pública debe actuar de acuerdo con el principio de descentralización.

- Descentralización territorial: organización pública en la que varias administraciones, la del Estado y otras territoriales, comparten la responsabilidad de la satisfacción de las necesidades de interés general.
- Descentralización funcional: técnica de la Administración del Estado, o de otras administraciones territoriales centrales, mediante la cual reconocen la personalidad administrativa y financiera de entes auxiliares, a quien hacen responsables de la prestación directa de servicios.

Planificación-coordinación

Estos principios aparecen vinculados en la mayor parte de las leyes autonómicas y hacen referencia al conocimiento de la realidad para poder adecuar necesidades y recursos a través de la planificación y junto con la coordinación aprovechando de este modo al máximo los recursos existentes y prever los que serán necesarios.

1.4. INTERDISCIPLINARIDAD Y TRABAJO SOCIAL

Dado el complejo tramado social en el que se desarrollan las relaciones sociales, relaciones de producción y formas culturales y de vida, cualquier hecho social, sea conflictivo o no, posee trazos jurídicos, económicos, laborales, éticos, políticos, culturales, psicológicos, psicofísicos... En consecuencia, la comprensión, interpretación y tratamiento de los problemas parece requerir el concurso de distintos conocimientos con el objetivo de evitar una visión sesgada, parcelada, simplista o reduccionista de la realidad.

Las ciencias, en nuestra sociedad actual, alcanzaron un nivel de fragmentación y especialización tal que deterioraron la posibilidad de contemplar los fenómenos sociales en una dimensión global e integradora. Para hacer frente a este proceso, el modelo interdisciplinar intenta afrontar dentro de un marco teórico alternativo las necesidades prácticas y de conocimiento de la realidad, la compleja relación entre las múltiples disciplinas, técnicas, tecnologías y prácticas existentes en la actualidad.

La interdisciplinaridad hace referencia a una relación, integración, intercambio mutuo y/o acercamiento de métodos y teorías entre diversas disciplinas. En un sentido restringido, Georges Gusdorf la define como: *el encuentro y la cooperación entre dos o más disciplinas, aportando cada una de ellas (en el plano de la teoría o la investigación empírica) sus propios esquemas conceptuales, su forma de definir los problemas y sus métodos de investigación.*

La adopción de una visión interdisciplinar no significa desconocimiento o infravaloración de la autonomía de cada disciplina, sino una nueva noción del concepto de disciplina que de forma preliminar podemos entender cómo:

- Un conjunto de conocimientos regionales (antiguo objeto), con núcleos temáticos interrelacionados, unos más importantes o centrales y otros subsidiarios.
- Acotado por caracteres propios: tanto en los métodos, principios y procesos racionales y experimentales de la investigación como al aprendizaje de esos conocimientos y métodos.

La interdisciplinariedad, en su explicación última, tiene su base en un concepto sistemático e interactivo de la ciencia. Es un complejo de correspondencia entre disciplinas, núcleos temáticos, métodos que se explican y apoyan por medio de una serie de dispositivos de observación, experiencia, información, acumulación y transacción que se mantienen con el exterior y en su interior.

En el Trabajo Social, interdisciplinariedad y autonomía se complementan. El avance del Trabajo Social depende tanto de la profundización en su teoría de conjunto como de un compromiso efectivo con el conocimiento y la práctica de los fundamentos; intentando ir más allá de un planteamiento puramente operacional o pragmático.

Esa tensión positiva permanente, que invita a la búsqueda, a la ampliación de horizontes y a la superación de criterios reduccionistas o fórmulas dogmáticas rígidas en el análisis de los hechos o en la aproximación a las realidades, constituye una de las claves de la identidad del Trabajo Social, como disciplina científica y como actividad profesional.

1.5. EL TRABAJO SOCIAL Y LA REALIZACIÓN DE VALORES EN LA PRAXIS SOCIAL

El Trabajo Social, al igual que otras disciplinas de intervención, no es ajeno a unos valores que lleva implícitos en su teoría y en su práctica social. La práctica del Trabajo Social es, en sí misma, una práctica de valores.

Es importante tener presente que en cada realidad concreta no sólo hay una serie de propiedades que podemos percibir sino también una estructura de valores que se presentan a nuestra capacidad de estimar. Como subrayó Ortega y Gasset, estas dos experiencias (la sensible y la estimativa) avanzan independientemente la una de la otra. Se insistió que la estimación e interpretación de los valores se hacen siempre en referencia a la situación concreta de la persona, a las circunstancias de tipo individual y al contexto social, cultural e histórico en que vive y actúa.

Los valores, en suma, son formas de juzgar la realidad y sentirla, ofrecen criterios para las preferencias y rechazos e implican una selección estimativa entre los diversos modos o alternativas de acción.

Los valores propios del Trabajo Social fueron plasmados en los diferentes códigos de ética de distintos países, así como en numerosos trabajos acerca de modelos de la práctica profesional. Están implícitos, en la práctica, las reflexiones acerca de lo que es, o que debe ser el Trabajo Social, a qué principios debe responder, cómo deben respetarse los derechos de la clientela, etc.

Por otra parte, aunque los principios y valores del Trabajo Social están relacionados con las condiciones y normas de la época, hay un sustrato valorativo permanente que pervive a lo largo del tiempo y que contribuye a definir la identidad del Trabajo Social, si bien algunos autores entienden que es cuestionable que puedan existir valores generales aun dentro de una misma cultura.

Es posible, por otra parte, el conflicto entre valores personales, valores profesionales y valores de la institución en la que realiza su labor de Trabajo Social. Este conflicto se aplica teniendo en cuenta que la sociedad actual está produciendo una ruptura del sistema de valores tradicionales.

El Estado de bienestar, al entrar en crisis, se encuentra sobrecargado de demandas imposibles de satisfacer y la solución liberal neoconservadora hace hincapié en la capacidad individual como fórmula para aumentar el nivel y la calidad de vida. Esto lleva al aumento masivo del desempleo, bolsas de pobreza, inflación galopante, intervencionismo creciente del Estado en los aspectos de la vida económica, que no social.

El Trabajo Social, que actúa en ese marco de servicios sociales, es obvio que se halla ante un dilema difícil de resolver, a saber, entre la redefinición de las políticas sociales y las demandas crecientes de la ciudadanía, especialmente de la más desprotegida.

1.6. PERSPECTIVA HISTÓRICA DEL TRABAJO SOCIAL

Tal y como nos indica Miranda (2008:11): “Nadie puede prescindir de su origen. Una profesión, una disciplina que desconoce su origen está obligada a inventar esos orígenes permanentemente”. A través de este epígrafe intentaremos dar un contenido disciplinar a la profesión de trabajo social que comenzó siendo una ocupación. Conocer la historia de la profesión del trabajo social puede ayudarnos a no cometer errores, a superar los del presente y adivinar hacia donde nos dirigimos.

Respecto a cuándo tuvo su origen la disciplina del trabajo social, existe controversia:

Algunos autores opinan que la acción social está estrechamente ligada a la raza humana, en las sociedades primitivas las tribus y clanes constituían un fuerte impulso para la ayuda mutua.

Hay quien piensa que el origen de la acción social y del trabajo social se remonta a los tiempos más antiguos, en la Mesopotamia del siglo XVIII a. de C. con el Código del Rey Hammurabí, el primer código de leyes escritas que refleja un interés por intervenir en los problemas sociales.

Podemos ver también diversas referencias a la antigua Roma, que asumió como un deber del Estado, socorrer a mendigos y ciudadanos pobres, el papel decisivo de los mayores y el impulso de reformas sociales.

Con la aparición de las grandes religiones (judaísmo, islamismo y cristianismo), se establecen normas morales y religiosas, en las que se encuentran las primeras formas de ayuda.

A lo largo de la historia de la cultura occidental encontramos diferentes formas de desarrollar la ayuda a través de la acción social. En los siglos XIV y XV, se practicaba la ayuda de diversas formas: la limosna por parte de señores feudales a los pobres, la ayuda mutua de los antiguos gremios y la ayuda pública a través de hospicios y hospitales regentados por órdenes religiosas.

Las sociedades filantrópicas más relevantes tuvieron su origen en la Inglaterra de los siglos XVIII y XIX, pasando de la única acción privada inicial a la colaboración y complementariedad con el Estado como ejemplo del proceso de construcción del sistema de caridad pública con la ley de pobres inglesa; en este sentido, la acción filantrópica se limitó a determinadas áreas que la beneficencia del Estado no atendía.

En el siglo XIX, con la emergencia del capitalismo, se produce una revolución social que convulsiona la sociedad europea. El mayor consenso sobre el origen de la disciplina de trabajo social radica en que el origen del trabajo social comienza en el mismo momento que el inicio de las ciencias sociales. Nace, en Inglaterra, más concretamente en Londres, a partir de grupos y organizaciones que pretenden dar respuesta a los graves problemas que se derivan del proceso de la industrialización de la sociedad occidental. Desde Londres se propagó con gran rapidez al resto de los países, pero fue en Estados Unidos donde mayor calado tuvo.

Surgen dos de las experiencias que dotarán a la profesión del trabajo social de mayor contenido y significado: las organizaciones sociales de la caridad (COS) y los *settlements*.

La **COS** (1869) nace como respuesta a la caridad indiscriminada y promotora de los profesionales de la pobreza. En su seno, nace el primer método del trabajo social, el “social casework” o tra-

bajo social de casos. En este sentido, la COS representa una entidad privada con interés en la promoción científica de sus acciones, preocupada por la formación de su personal voluntarios como elemento de máxima prioridad, a la hora de desarrollar un buen trabajo, llegando a convertirse en el Departamento de Ciencia Social y de la Administración de la London School of Economics, base fundadora del Trabajo Social anglosajón.

La mayor aportación del COS radica en su metodología básica, que consistía en la realización de un diagnóstico previo de las necesidades reales, de un análisis detallado de las ayudas posibles para cada caso, sin contar con un fondo económico común sino a través de cartas personalizadas a grandes filántropos o a través de anuncios en las revistas de la organización.

Como asesora y profesora de la Escuela de Filantropía de New York y del COS, Mary Richmon realiza la mayor profundización de la profesión del trabajo social, proponiendo cuatro principios básicos: el individualismo del ser humano, la autodeterminación de la clienta o del cliente frente a las decisiones sobre su futuro y sus problemas; la necesidad del tratamiento individualizado; y la formación como proposición básica para afrontar el trabajo social.

Las **casas de vecindarios (settlement houses)** reflejaban una nueva respuesta organizativa a la problemática de la industrialización y de la inmigración, introduciendo un modelo alternativo de agencia para el servicio social. Los settlements se enfocaban en las causas ambientales de la pobreza y en extender las oportunidades de trabajo a los pobres. Realizaban investigaciones, ayudaron a sistematizar la justicia juvenil, establecieron un programa de pensiones para viudas, iniciaron legislación para prohibir el empleo de menores e introdujeron reformas de la salud pública bajo el concepto del seguro social.

Mientras que los settlements se centraban en buscar soluciones a través del trabajo en grupo o del trabajo social comunitario, el trabajo social del COS se concentraba más en la investigación de antecedentes individuales o de familias.

A primeros del siglo XX se inician subespecialidades en medicina y psiquiatría y las escuelas de trabajo social. El crecimiento de la investigación aparte de la práctica también estimuló la creación de programas de capacitación para el trabajo social en 1898.

A partir de la Primera Guerra Mundial los trabajadores y trabajadoras sociales son reclamados como especialistas para realizar tratamientos con individuos “no empobrecidos” y sus familias.

Después de la II Guerra Mundial las trabajadoras y trabajadores sociales tuvieron una amplia influencia social al desarrollar programas con grupos y participar en la organización de las comunidades que pasaban por situaciones de depresión y pobreza, además de la falta de dinamismo económico propio de la posguerra; estos factores políticos, económicos y sociales son los elementos constituyentes del Estado de Bienestar en la Europa Occidental de la época. La construcción de un modelo político que garantice los derechos de la ciudadanía los alejan del Estado Liberal de la época anterior.

En este momento histórico, el método del trabajo social cambia porque así lo exige la estructura social para que se produzca un avance del Estado de Bienestar. Se llevaron a cabo grandes esfuerzos para elevar el nivel profesional en la profesión. Estos esfuerzos incluyeron una mejor normalización de agencias y prácticas, el desarrollo de programas interdisciplinarios para el doctorado y la creación de un núcleo esencial de programas educativos para la Maestría en Trabajo Social (MSW).

Durante más de un siglo la profesión del trabajo social se desarrolló y se reinventó en respuesta a los rápidos cambios sociales y económicos, manteniendo su enfoque sobre la defensa al cumplimiento de las necesidades de los segmentos más vulnerables de la sociedad y a la mejora de su bienestar. Hoy, las trabajadoras y los trabajadores sociales constituyen el mayor número de profe-

sionales que trabajan en las áreas de salud mental y de servicios a familias. Es probable que surjan nuevas prácticas y causas para los trabajadores y trabajadoras sociales. En una sociedad de mayor aspecto multicultural, las organizaciones de base comunitaria pueden jugar un papel importante en dar realce a la participación de personas beneficiadas en el diseño y en la entrega de servicios sociales, mientras se amplía y revitaliza la naturaleza misma del trabajo social.

1.7. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRABAJO SOCIAL EN ESPAÑA

Al igual que en el resto de países, el trabajo social en España se desarrolló en función de los avances del proceso de industrialización.

Como antecedentes a la intervención del Estado en España existen tres referentes normativos:

- La Ley general de beneficencia (1849)
- La Ley orgánica de sanidad (1855)
- La Ley de reformas sociales (1883), que podemos considerar precursora del trabajo social, aunque tendrán que pasar muchos años hasta que se considerara legalmente la profesión.

El nacimiento del trabajo social en España surge después de una transición democrática y con el desarrollo legislativo que propicia la Constitución Española (1978). Las necesidades laborales se atienden y, por otro lado, se reconocen las garantías de los derechos fundamentales de la ciudadanía en el marco de un Estado social y de derecho.

En el contexto español se establecen tres grandes períodos históricos en torno al trabajo social:

- Nacimiento del trabajo social como respuesta a las necesidades surgidas de la revolución industrial.
- La etapa de entre guerras con la presencia de la ideología del movimiento obrero sindical como respuesta a las crisis económicas de las posguerras.
- Desarrollo del trabajo social como consecuencia del cambio en el pensamiento social que tiende hacia la solidaridad, a través de las políticas sociales y la implantación del Estado de Bienestar.

En un primer momento el trabajo social se caracteriza por la acción paternalista y benéfico-asistencial impuesta por sus promotores: la Iglesia católica y la Sección Femenina, aunque el Estado no reconoce una función profesional en su labor.

En el año 1932 en Barcelona se crea la primera Escuela de Asistencia Social para la Mujer, como filial de la Escuela Católica de Bélgica. Siete años después se funda en Madrid la Escuela de Formación Familiar y Social.

En los comienzos de la industrialización y con el cambio manifiesto en la estructura social española, disminución de la población agrícola e incremento de los trabajadores de la industria, se reclama una mayor profesionalización del trabajo social y un incremento de profesionales. El número de Escuelas en el ámbito nacional llega a 32 en el año 1964, la mayor parte representada por la Federación de Escuelas de la Iglesia de Servicio Social (FEEISS).

En el año 1964 se reconocen los estudios de servicio social por el Ministerio de Educación y Ciencia como técnicos de grado medio.

En 1967 se crea la primera Escuela Oficial en Madrid y en el 1968, en el primer Congreso Nacional en Barcelona, se acepta el término de trabajo social y se elabora un código deontológico, solicitándose la integración de los estudios en la universidad.

Se suceden diferentes eventos formativos que contribuyeron al desarrollo de la formación técnica e ideológica de los trabajadores y de las trabajadoras sociales, buscando la acción sobre las causas y no solo sobre los efectos.

La etapa de los años ochenta se caracteriza por el establecimiento de un nuevo marco normativo que se le ofrece a la ciudadanía como garantía de los derechos sociales, se estructura un servicio público de servicios sociales y ya no tienen cabida las prácticas benéfico-asistenciales. Destacan en esta época de los ochenta las aportaciones hacia la consolidación del sistema de protección social y hacia la incorporación de la formación de los trabajadores sociales como estudios universitarios de primer ciclo.

En el año 1992, coincidiendo con dos hechos que marcaron historia en España, la Exposición de Sevilla y las Olimpiadas de Barcelona, tienen lugar diversas actuaciones de los trabajadores y de las trabajadoras sociales en las políticas sociales sobre todo en programas que comportan un progreso en el reconocimiento social de la disciplina que abren nuevos ámbitos de intervención y deben afrontar nuevas demandas con las consiguientes respuestas por parte del trabajo social: incorporación de los avances tecnológicos y las técnicas avanzadas de investigación para mejorar la calidad de las aportaciones al análisis de la realidad.

En este mismo momento se realiza una propuesta en el mundo formativo: un segundo ciclo o bien una nueva titulación de licenciatura en trabajo social, aunando esfuerzos desde dos frentes: el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y las Escuelas de Trabajo Social de las Universidades Españolas.

El progreso de la profesión de trabajo social se debe en gran medida a los esfuerzos colectivos de los profesionales y del personal docente, que trabaja hacia la consecución de un objetivo común.

Capítulo 2

Las Demencias. Definición y Tipologías

2.1. CONCEPTO DE DEMENCIA

Según la *Guía para cuidadores de enfermos de alzhéimer* (2007), se trata de un grupo de enfermedades que se caracterizan por síntomas y signos que producen deterioro de las funciones de memoria, conocimiento, lenguaje, incapacidad para realizar labores motoras complejos...

2.2. TIPOS DE DEMENCIAS

A. ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

Concepto

Según *Terapia Ocupacional en Alzhéimer y otras demencias* (2016), el alzhéimer es una enfermedad degenerativa cerebral en la que se pierden neuronas. Se produce por un cúmulo de una proteína anormal, amiloide, y aparecen unas lesiones características, la formación de placas seniles y ovillos neurofibrilares. Estas lesiones provocan una serie de síntomas relacionados con la pérdida de capacidad intelectual, pero además, a lo largo de la evolución de la enfermedad aparecen los denominados síntomas neuropsiquiátricos como son la agitación, agresividad o alucinaciones. Con el tiempo, todo eso aboca en una incapacidad de la persona que padece esta enfermedad. La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia en personas mayores de 65 años.

Síntomas de la enfermedad de Alzheimer

El síntoma principal y clásico de esta enfermedad, es la alteración de la memoria reciente: existe una dificultad o incapacidad para retener nueva información. A veces, la persona usuaria no es consciente de lo que le ocurre; sabe que algo pasa, pero no sabe el qué, y se manifiesta como ansiedad y/o depresión. Estos síntomas de memoria son frecuentes en la población sana y es importante poder diferenciarlos de una pérdida de memoria real.

Siempre es necesario realizar una entrevista a la persona cuidadora o familiar más directa, que podrá contar datos básicos de lo que le sucede a la persona usuaria. A veces, el síntoma principal es el cambio de carácter: más irritable, menos comunicativo, distinto de antes...

A medida que avanza la enfermedad, todos estos síntomas se hacen más evidentes, con aparición de otros déficits, como la desorientación espacial, la falta de iniciativa, la imposibilidad para planificar una labor sencilla, agresividad..

Finalmente, en los últimos estadios, aparece la alteración de la marcha, la pérdida de hábitos higiénicos, la incapacidad para vestirse y comer sólo...

Tabla 1: Principales síntomas en las diferentes etapas de la enfermedad de Alzheimer

ETAPA	PRINCIPALES SÍNTOMAS
<p>DEMENCIA LEVE</p>	<p>Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recordar lugares poco comunes. La familia se da cuenta de las dificultades.</p> <p>Las principales manifestaciones de esta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La persona puede perderse en un lugar no familiar. - Los compañeros detectan un bajo rendimiento laboral. - Las personas más próximas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres. - Al leer un párrafo de un libro retiene muy poca información. - Pierde o pone en un lugar erróneo un objeto de valor. - Capacidad muy disminuída para aprender nombres nuevos. - Pueden asociarse síntomas de ansiedad, depresión y una disminución de la iniciativa.
<p>DEMENCIA MODERADA</p>	<p>Disminución de la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes.</p> <p>Las principales manifestaciones de esta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento disminuído de los acontecimientos actuales y recientes. - Pueden existir algunas dificultades en el recuerdo de su historia personal. - Dificultad para organizar viajes, ocuparse de sus finanzas personales y en la toma de medicación.
<p>DEMENCIA MODERADA SEVERA</p>	<p>Necesita ayuda para elegir la ropa, desorientación en el tiempo o en el espacio y dificultades para recordar el nombre de los nietos. La persona no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.</p> <p>Las principales manifestaciones de esta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc. - Es frecuente cierta desorientación en el tiempo: fecha, día, etc. - Puede ir solo sin perderse únicamente a lugares próximos y conocidos. - Recuerda su nombre y generalmente el de su pareja e hijos. - No requiere asistencia en el aseo ni en la comida ni para vestirse, pero puede tener cierta dificultad en la elección de las prendas de vestir adecuadas

ETAPA	PRINCIPALES SÍNTOMAS
<p align="center">DEMENCIA SEVERA</p>	<p>Necesita supervisión para comer y asearse, posible incontinencia, desorientación en el tiempo, en el espacio y, posiblemente, en la identidad. Ocasionalmente puede olvidar el nombre de su cónyuge, de quien es, y por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.</p> <p>Las principales manifestaciones de esta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida. - Mantiene ciertos recuerdos de su vida pasada. - Desorientación en el tiempo y en el espacio. - Requiere asistencia en las actividades cotidianas. - Pueden tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse. - Casi siempre recuerda su nombre.
<p align="center">DEMENCIA MUY SEVERA O ETAPA TERMINAL DE LAS DEMENCIAS</p>	<p>Pérdida importante de la capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora.</p> <p>Las principales manifestaciones de esta etapa son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente puede pronunciar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas etapas no hay lenguaje, emite únicamente sonidos. - Incontinencia urinaria y posiblemente fecal. - Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación. - Progresivamente incapaz de caminar sin ayuda. - La persona se pone rígida

Elaboración propia a partir de *Terapia Ocupacional en alzhéimer y otras demencias* (2016)

Diagnóstico de la enfermedad

Si la enfermedad está en fase moderada o severa, el diagnóstico suele ser fácil, ya que los síntomas son evidentes y los datos de la persona cuidadora rara vez llevan a error. La cosa cambia en los estadios iniciales; esto requiere más atención y dedicación al o a la paciente, a su historia clínica y un buen interrogatorio a la persona cuidadora (si falta este último, será más difícil hacer un diagnóstico correcto).

Existe una batería de preguntas por las que se puede tener una orientación aproximada, algunas muy extensas y poco prácticas para la consulta habitual. La más utilizada y con buenos resultados es el Minimental Test. La prueba consiste en diversas preguntas de habilidad para realizar actos motores, lectura, escritura, ideación y reconocimiento de objetos. Si todo está bien, el resultado es de 30 puntos.

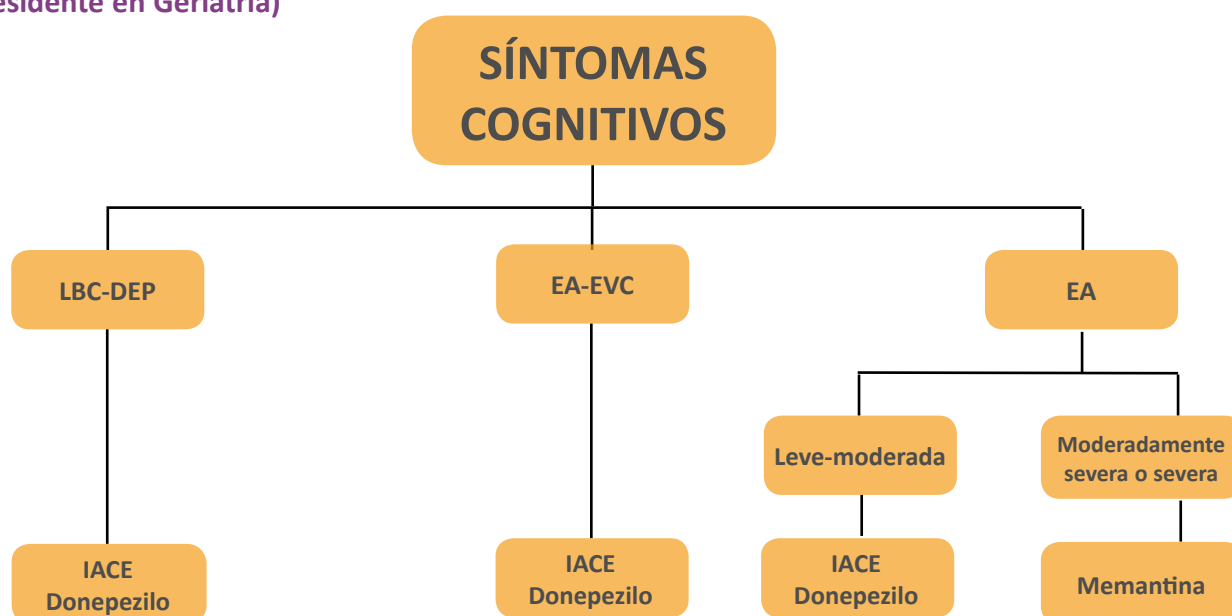
- entre 30 y 24 puntos: demencia dudosa

- entre 24 y 20 puntos: demencia leve
- entre 20 y 14 puntos: demencia leve-moderada
- menos de 14 puntos: demencia moderada
- menos de 10 puntos: demencia severa

Hasta aquí sería el proceso de diagnóstico inicial y de sospecha. Posteriormente se debe realizar una serie de pruebas complementarias, como el TAC o la resonancia, según la sospecha diagnóstica, además de determinación de análisis de sangre para descartar infecciones crónicas (sífilis), déficit vitamínicos y, en ocasiones, análisis del líquido cefalorraquídeo (punción lumbar).

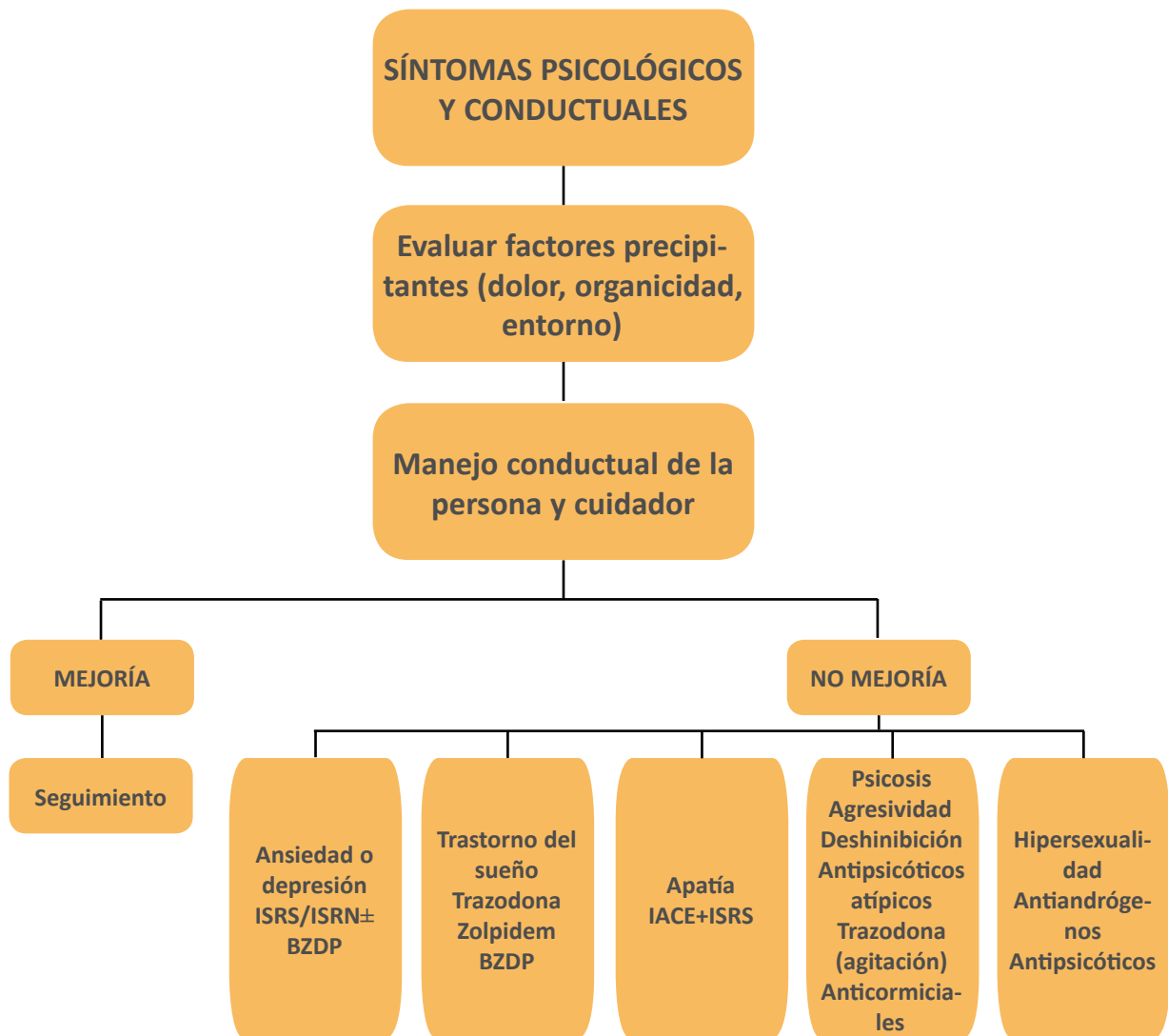
Hace falta tener presente que a día de hoy no existe una prueba diagnóstica de esta enfermedad. El diagnóstico siempre es de sospecha o, en fases avanzadas, casi de certeza, pero para el diagnóstico definitivo habría que realizar una biopsia cerebral.

Figura 1: Tratamiento farmacológico de síntomas cognitivos de la persona con demencia. (Manual del residente en Geriatría)



LBD: Demencia Cuerpos de Lewy; **DEP:** Demencia de la enfermedad de Parkinson; **EA:** Enfermedad de Alzheimer; **EVC:** Enfermedad vasculocerebral; **IACE:** Inhibidores acetilcolinesterasa.

Figura 2: Tratamiento farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales de la persona con demencia (Manual del Residente en Geriatría)



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

Tabla 2: Tratamiento no farmacológico de la persona con demencia (Manual del residente en Geriatría)

TIPO DE ACTIVIDAD	Demencia Leve	Demencia Moderada	Demencia Moderada-Severa	Demencia Severa
Estimulación ABVD		X	X	X
Estimulación AIVD	X			
Estimulación cognitiva	X	X		
Orientación a la realidad	X	X	X	
Reminiscencia	X	X	X	
Musicoterapia/ ludoterapia / laborterapia	X	X	X	X
Estimulación sensorial		X	X	X
Manejo conductual	X	X	X	X

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

B. DEMENCIA DE CUERPOS DE LEWY (DCL)

Concepto

La demencia con Cuerpos de Lewy es una enfermedad neurodegenerativa primaria, la segunda más prevalente después de la enfermedad de Alzheimer. Su característica principal es la presencia intraneuronal de unas inclusiones llamadas cuerpos de Lewy, cuyo componente principal es la proteína sináptica alfa-sinucleína.

Diagnóstico

En 1996, el Consorcio para la Demencia con Cuerpos de Lewy desarrolló, en una conferencia de personas expertas, unos criterios de consenso para su diagnóstico:

Tabla 3: Criterios de consenso para el diagnóstico de demencia con Cuerpos de Lewy

CRITERIOS DE CONSENSO PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY	<p>Deterioro cognitivo progresivo de suficiente intensidad para interferir con la actividad social y laboral, con trastornos de memoria, atención y tareas visuoespaciales.</p> <p>Son necesarios 2 de los siguientes trazos para realizar el diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy probable y uno para caso posible:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Fluctuación con variaciones de la atención.2. Alucinaciones visuales recurrentes y detalladas.3. Parkinsonismo <p>Apoyan el diagnóstico:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Caídas repetidas2. Síncope3. Pérdida de conciencia4. Sensibilidad a neurolépticos5. Ilusiones sistematizadas6. Trastorno de conducta sueño REM7. Depresión <p>El diagnóstico es menos probable en presencia de:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Historias de ictus2. Trastorno cerebral o sistémico que interfiera desde el punto de vista cognitivo.
--	--

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

Características clínicas

La DCL se caracteriza por presentar un importante déficit de atención así como disfunciones visuoespaciales y visuoconstructivas. Presenta además episodios confusionales recurrentes, que pueden ser de minutos, horas o días y se manifiesta como importante somnolencia diurna. El parkinsonismo predominante se caracteriza por ser rígido y acinético, con gran inestabilidad postural y ami-

mia facial. El temblor es de actitud y de importancia menor.

C. DEMENCIA FRONTOTEMPORAL

Concepto

La demencia frontotemporal se define como una enfermedad neurodegenerativa, caracterizada por un cambio progresivo en la personalidad y en el comportamiento y/o una alteración temprana y progresiva del lenguaje, en la que la memoria y las capacidades visuoespaciales están relativamente preservadas en los estadios iniciales. Se considera la segunda causa de demencia más frecuente en menores de 65 años.

Criterios diagnósticos de consenso

Tabla 4: Criterios de consenso para el diagnóstico de demencia frontotemporal

CRITERIOS DE CONSENSO PARA EL DIAGNÓSTICO DE DEMENCIA FRONTOTEMPORAL	<p>Criterios esenciales:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inicio insidioso y progresión gradual2. Trastorno precoz de la conducta social de relación interpersonal3. Alteración precoz de la capacidad de autorregulación cuantitativa de la conducta personal4. Superficialidad e indiferencia emocional precoces5. Anosognosia precoz <p>Manifestaciones que apoyan el diagnóstico:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Comienzo antes de los 65 años2. Agrupación familiar de demencia o antecedente de un trastorno similar en un familiar de primer grado3. Trastorno de conducta4. Alteraciones del habla y del lenguaje5. Signos físicos:<ul style="list-style-type: none">- Reflejos de desinhibición cortical- Incontinencia urinaria- Acinesia, rigidez, temblor- Presión arterial baja y lábil- Parálisis bulbar, debilidad y atrofia muscular
---	--

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

Características clínicas

La característica primordial de la DFT es un grave trastorno de conducta y de la personalidad de la o del paciente, que se refleja en la dificultad para modular el comportamiento ante situaciones sociales. Son frecuentes las alteraciones de los hábitos orales y relacionados con la ingesta, como la comida excesiva, el consumo excesivo de tabaco y/o alcohol y la exploración oral de objetos inco-
mestibles.

En la fase inicial de la enfermedad, estas alteraciones de conducta y de personalidad acostumbran prevalecer a los déficits cognitivos, lo que dificulta la posibilidad de un diagnóstico precoz.

En los estadios precoces, la exploración neurológica convencional es normal y la capacidad cognitiva global y la memoria pueden estar conservadas. Existe una afectación de la capacidad ejecutiva, de la fluencia verbal, del pensamiento abstracto y del razonamiento.

A menudo, los síntomas de ansiedad y depresión y los cambios rápidos de humor dan paso a la despreocupación emocional. El afecto se describe a menudo como indiferente y la persona muestra escasa frustración o malestar en relación con sus propias alteraciones.

D. LA DEMENCIA VASCULAR

Concepto

La demencia de tipo vascular es el segundo grupo de demencias más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer. Las características de la demencia son la manifestación de las lesiones vasculares cerebrales de distinto tamaño y localización.

Características clínicas

La demencia vascular se caracteriza por una preservación de la memoria. Aparece dificultad para realizar y planificar tareas complejas, las actividades instrumentales de la vida diaria. La persona pierde la iniciativa, hay apatía y puede confundirse con una depresión. En esta demencia las dificultades cognitivas pueden coexistir con signos físicos o neurológicos, como dificultades de la marcha, parálisis de un lado del cuerpo o limitación del campo visual.

Clasificación de las demencias vasculares

Tabla 5: Clasificación de las demencias vasculares

TIPO DE DEMENCIA VASCULAR	TIPO DE LESIÓN VASCULAR
Demencia multiinfarto	Infartos múltiples, grandes, completos y subcorticales, en general, con otros infartos periféricos incompletos.
Demencia por infarto estratégico	Infartos aislados, pocos y restringidos en regiones cerebrales funcionalmente importantes, en su mayoría subcorticales
Demencia por enfermedad de pequeños vasos subcortales	Subcorticales <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad de Binswanger o encefalopatía subcortical, arterioesclerótica o encefalopatía progresiva subcortical vascular. - Arteriopatía cerebral autosómica dominante con infartos subcorticales y leucoencefalopatía (CADASIL).

TIPO DE DEMENCIA VASCULAR	TIPO DE LESIÓN VASCULAR	
Demencia por enfermedad de pequeños vasos subcortales	Cortical y Subcortical	- Angiopatía hipertensiva y arterioesclerótica. - Angiopatía amiloidosa con hemorragias. - Enfermedad colágeno-vascular con demencia
Demencia por isquemia Hipoxia	Encefalopatía difusa anóxica-isquémica o restringida debido a la vulnerabilidad selectiva. Infartos incompletos en la sustancia blanca. Infartos de zona frontera.	
Demencia por hemorragias	Hemorragia traumática subdural Hemorragia subaracnoidea Hematoma cerebral	

Elaboración propia a partir de "Terapia Ocupacional en alzhéimer y otras demencias" (2016)

E. ENFERMEDAD DE HUNTINGTON (EH)

Concepto

La enfermedad de Huntington es una enfermedad hereditaria, autosómica dominante y progresiva que se manifiesta a través de alteraciones neurológicas y psiquiátricas y trastornos cognitivos. Dicha enfermedad lleva este nombre en memoria del doctor George Huntington, quien en 1872 realizó la primera descripción de la enfermedad. Durante mucho tiempo se conoció con el nombre de "corea" (palabra de origen griego que significa danza) de Huntington, puesto que unas de las principales características clínicas de esta enfermedad son los movimientos involuntarios (coreoatetosis); no obstante, en la actualidad se optó por la denominación de EH, ya que no todos los pacientes afectados presentan corea.

Características clínicas

Las características clínicas que definen la EH son los trastornos motores, las alteraciones psiquiátricas y lo deterioro cognitivo.

• **Trastornos motores**

Son los síntomas más llamativos de esta enfermedad en los estadios iniciales. Suelen manifestarse en forma de tics, que se pueden acompañar de ciertos estados de agitación y perjudican la vida cotidiana del y de la paciente; paulatinamente, dichos movimientos son cada vez más frecuentes, y se hacen finalmente evidentes en la cabeza, en el cuello y en las extremidades. Los y las pacientes finalizan por manifestar marcadas alteraciones al caminar, hablar o comer.

- **Trastornos psiquiátricos**

Son también manifestaciones frecuentes de la EH, pero no acostumbran a seguir el mismo patrón en todos los casos y, más que específicos, suelen abarcar una gran variedad de trastornos, como síntomas esquizoides, depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, irritabilidad, impulsividad, apatía, agresividad....

- **Trastornos cognitivos**

Se acostumbran a manifestar a través de alteraciones en el habla, enlentecimiento de los procesos mentales y motores, alteraciones de la memoria reciente, problemas de atención, alteración visoespacial y de las funciones ejecutivas (déficit de planificación y secuenciación).

F. DEMENCIA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD DE PÁRKINSON (PDD)

Concepto

Es la demencia que aparece en el contexto de una enfermedad de Párkinson típica establecida, y que afecta a más de un dominio cognitivo, principalmente a la atención y la función ejecutiva y visoespacial. Esta demencia aparece previamente o al mismo tiempo que los síntomas parkinsonianos.

Diagnóstico

Para el diagnóstico operativo se considera que tiene que transcurrir por lo menos un año entre el inicio del parkinsonismo y la aparición de la demencia.

G. DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB (ECJ)

Concepto

La enfermedad de Creutzfeldt – Jakob es una enfermedad hereditaria con un patrón de herencia autosómica dominante, normalmente debido a la mutación puntual en un gen del cromosoma 20, y en menor medida, a la inserción de secuencias repetidas (Morgado Linares et. al. 2007).

Características clínicas

La forma de presentación de la ECJ acostumbra a ser subaguda y comienza por alteraciones mentales como pérdida de la memoria, dificultad para recordar hechos recientes y cambios de comportamiento, con asociación de estados depresivos o agitaciones en un tercio de los casos; en otro tercio, con signos neurológicos con una clara predominancia cerebelosa, y en la misma proporción con la combinación de ambas dos alteraciones a la vez. Suele presentar una parálisis espástica progresiva de los miembros, acompañada de temblor, rigidez y movimientos coreo- atetoides.

H. DEMENCIAS POR INFECCIONES

Complejo demencia –SIDA

La demencia se presenta entre el 66 y el 90% de los pacientes con infección por VIH. La velocidad motora está disminuida de forma característica en velocidad y fortaleza, por lo que se propuso para este síndrome la denominación de complejo motor cognitivo asociado al VIH. El cuadro demen-

cia sigue un patrón de deterioro subcortical. De todas las áreas cognitivas, la velocidad psicomotora es la más afectada. Más de la mitad de los pacientes diagnosticados con demencia por VIH mueren durante los siguientes 6 meses (Pérez Martínez, 2006).

Encefalopatía progresiva múltiple

Afecta a ambos sexos por igual y se presenta a cualquier edad. Es de rápida progresión, por lo que la mayoría de los pacientes mueren dentro de los 3 a 6 meses de inicio de los primeros síntomas, dentro de los que se destaca el déficit cognitivo de inicio súbito, que puede complicarse con delirium y demencia.

Criptococosis

La meningoencefalitis por *Cryptococcus neoformans* puede desarrollarla entre el 5 y el 10 % de los pacientes con SIDA. El 50 % de las criptococosis aparecen en pacientes con linfomas, sarcoidosis, terapia esteroidea y SIDA. Clínicamente se presentan alteraciones del carácter, embotamiento, problemas de concentración, delirium y demencia.

Neurolúes

Se presenta a partir de los 5 años de la infección inicial y llega a afectar al 10 % de los casos no tratados. La sospecha clínica a veces es difícil, por la diversidad de posibles manifestaciones somáticas o neuropsiquiátricas (puede estar en la base de cualquier psicopatología). Cuanto más se tarde en realizar el diagnóstico, mayor posibilidad existirá de secuelas neuropsicológicas como la demencia.

Encefalitis herpética

Es la más común, ocurre en cualquier época del año, en todas las regiones del planeta y se presenta en todas las edades. Comúnmente afecta a los lóbulos frontales y temporales. Tiene un curso rápido (horas o días). Presenta una mortalidad de hasta el 80% si no es tratada y se reduce con el tratamiento al 20 % aproximadamente. La amnesia y los desórdenes del aprendizaje son las secuelas neuropsiquiátricas más comunes. La demencia fue descrita en estadios postencefalíticos.

Enfermedad de Lyme

Descrita en EE. UU. en 1975, también se constató en Australia y Europa. Está causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, que es portada y transmitida por la liendre o ácaro del vneado. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son las dificultades de la memoria, la orientación, el cálculo y la habilidad constructiva. En la mayoría de los casos se presenta un eritema crónico migratorio característico (forma anular y centro libre de brote) que se inicia en el mismo sitio de la mordida por el insecto vector. Completan el cuadro la fiebre, la fatiga y las mialgias.

Otras: meningoencefalitis tuberculosa, brucelosis, etcétera.

2.3. FACTORES DE RIESGO DE LAS DEMENCIAS

a. Edad

La edad es en la actualidad el principal marcador de riesgo de la enfermedad, de tal forma que la prevalencia de la enfermedad se duplica cada 5 años a partir de los 60 años de edad.

b. Sexo

Se dan estimaciones de prevalencia mayores entre las mujeres que entre los hombres (2:1), aunque probablemente esto pueda deberse más a una mayor expectativa de vida que a factores específicos relacionados con el sexo. Por el contrario, se demostró una capacidad protectora de los estrógenos en las mujeres premenopáusicas, ya que los estrógenos influyen sobre las enzimas colinérgicas y el factor de crecimiento nervioso y, además, actúan como antioxidantes. Al mismo tiempo, los estrógenos previenen la muerte celular inducida por el péptido β amiloide.

c. Genética

Existen dos tipos de marcadores genéticos:

- **Determinantes:** se trata de mutaciones de ciertos genes. Se transmiten de manera autosómica dominante, con una alta penetración y son responsables de la enfermedad hereditaria, de inicio precoz (entre 35 y 55 años), que afecta a algunas familias. Afortunadamente son mutaciones muy infrecuentes y, por lo tanto, responsables de muy pocos casos.
- **Predisponentes:** en España se identificó el alelo $\epsilon 4$ en el 44% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer, frente al 24,5% detectado en los controles sanos. En casi todos los estudios se constató que la presencia de este alelo se asocia a un adelanto en el inicio de los síntomas, si bien no parece afectar al curso de la enfermedad una vez iniciada. Así, la proporción de los casos atribuibles a este alelo oscila entre el 14 y el 65%. Lo que parece claro es que no justifica la mayoría de los casos familiares de esta enfermedad.

d. Historia familiar de demencia

Alrededor de un 40% de las personas afectadas de enfermedad de Alzheimer presentan un incidente familiar de demencia, que alcanza el 50% si quien las padecen son muy longevos (85-90 años). Se constata un sensible aumento del riesgo de padecer demencia (entre 2 y 7 veces) entre la familia de las personas afectadas con enfermedad de Alzheimer.

e. Tabaco

Se descubrió que fumar aumenta de manera significativa el riesgo de padecer merma mental y demencia. Las personas que fuman tienen un mayor riesgo de arteriosclerosis y otros tipos de enfermedades vasculares, lo que puede ser la causa subyacente para un aumento de riesgo de demencia.

f. Alcohol

Al igual que el tabaco, consumir grandes cantidades de alcohol aumenta el riesgo de demencia. No obstante, se postula que el resveratrol, un polifenol natural que se encuentra principalmente en el vino tinto, parece tener un efecto cardioprotector y quimioprotector y evita la acción del β -amiloide sobre las células cerebrales, siempre que se ingiera de forma moderada.

g. La arteriosclerosis

La arteriosclerosis es la acumulación de placas (depósitos de sustancia grasas, colesterol y otras materias) en el revestimiento interno de una arteria. La arteriosclerosis presenta un riesgo significativo para la demencia vascular porque interfiere con la aportación de sangre al cerebro y puede causar un accidente cerebrovascular (ACV). Los estudios también demuestran una posible conexión entre la arteriosclerosis y la enfermedad de Alzheimer.

h. Colesterol

Niveles altos de lipoproteína de baja densidad (LDL), el llamado “colesterol malo”, parece aumentar de manera significativa el riesgo de desarrollar una demencia vascular. En algunos estudios también se encontró que un alto nivel de colesterol aumenta el riesgo de adquirir la enfermedad de Alzheimer.

i. La diabetes

La diabetes es un factor de riesgo para la arteriosclerosis y los ACV, con el cual es un factor de riesgo tanto para la enfermedad de Alzheimer como para la demencia vascular.

j. El deterioro cognitivo leve

Si bien no todas las personas con deterioro cognitivo leve desarrollan la demencia, las personas con esta condición sí tienen un riesgo significativamente más alto de desarrollarla comparado con el resto de la población. En un estudio se encontró que aproximadamente el 40% de las personas mayores de 65 años diagnosticadas con un deterioro cognitivo leve desarrollan la demencia dentro de un período de 3 años.

k. El Síndrome de Down

Los estudios encontraron que la mayoría de las personas con síndrome de Down desarrollan las características placas y enredos neurofibrilares al llegar a la mediana edad, con lo cual tienen un alto riesgo de aparición de los síntomas de demencia.

l. Dieta

Suplementos vitamínicos antioxidantes (vitaminas E y C)

El consumo de antioxidantes, bien en la dieta, o bien a través de suplementos dietéticos, parece ser neuroprotector y puede mitigar el declive cognitivo relacionado con la edad. Así, la vitamina E y la vitamina C son compuestos de la dieta que funcionan como recicladores antioxidantes de radicales libre tóxicos.

Ácidos grasos poliinsaturados

También teniendo en cuenta los factores dietéticos, se relacionó el consumo semanal de pescado y otras fuentes alimenticias de ácidos grasos $\omega 3$ con una reducción del riesgo de padecer enfermedad de Alzheimer. Los resultados de un estudio muestran que quien consumían pescado una vez por semana presentaron un 60% menos de riesgo de desarrollar la enfermedad neurológica que quien rara vez consumía pescado.

Restricción calórica

En los países en los que la ingesta diaria de calorías es baja, como por ejemplo China y Japón, presentan un incidente de EA menor que aquellos en los que esta ingesta es mayor.

2.4. CLASIFICACIÓN DE LAS DEMENCIAS

En relación a su causa

Tabla 6: Clasificación de las demencias en relación a su causa

Demencias degenerativas primarias	Demencias vasculares	Demencias sintomáticas
Enfermedad de Alzheimer	Demencia multiinfarto	Demencia por priones (epidemia de vacas locas)
Demencia con cuerpos de Lewy	Demencia por infarto estratégico	Déficit vitamínico
Demencia con comienzo focal	Demencia mixta (vascular y degenerativa)	Infecciones crónicas (sífilis y VIH)
Demencia fronto-temporal		Tumores
Afasia progresiva primaria		Traumatismos craneoencefálicos.
Degeneración córtico-basal		

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

En relación a la edad de inicio

Tabla 7: Clasificación de las demencias en relación a la edad de inicio

Demencia temprana	Demencia tardía
Tiene un inicio precoz, las alteraciones cognitivas aparecen antes de los 65 años.	Conjunto de trastornos de las capacidades cognitivas durante la etapa de senectud, a partir de los 65 años.

Elaboración propia a partir de *Terapia Ocupacional en alzhéimer y otras demencias* (2016)

En relación a la clínica terapéutica

Tabla 8: Clasificación de las demencias en relación a la clínica terapéutica

Demencias irreversibles o no tratables	Demencias potencialmente reversibles
El deterioro cerebral no puede ser corregido por los mecanismos de reparación neuronal, tales como las enfermedades neurodegenerativas de Alzheimer, Párkinson o de Huntington.	Tratadas en el momento oportuno, pueden llegar a recuperar parte potencial de sus capacidades, como en el caso de la hidrocefalia normotensiva, la neurosífilis y las demencias metabólicas o tóxicas.

Elaboración propia a partir de *Terapia Ocupacional en alzhéimer y otras demencias* (2016)

En relación a la localización de la estructura cerebral afectada

Tabla 9: Clasificación de demencias en relación a la localización de la estructura cerebral afectada

Demencia cortical	Demencia subcortical
El daño cerebral se encuentra en la capa exterior, es decir, en el córtex. Las afectaciones aparecen en la memoria, en el lenguaje, en el pensamiento y en el comportamiento, como sucede en la enfermedad de Alzheimer.	Afecta a áreas que están por debajo del córtex cerebral y causa principalmente cambios en las emociones y en el movimiento. Por ejemplo, en la demencia asociada a la enfermedad de Párkinson.

Elaboración propia a partir de *Terapia Ocupacional en alzhéimer y otras demencias* (2016)

Capítulo 3

Recursos Sociales

3.1. INTRODUCCIÓN

En este capítulo del manual, se pretende dar respuesta a las necesidades de miles de personas con alguna demencia y a su familia y cuidadores principales, informando de los diferentes recursos sociales disponibles (y que en la actualidad son para mucha gente aún desconocidos) con el fin de poder mejorar la calidad de vida de todo el núcleo familiar.

Debido a que la enfermedad de Alzheimer causa, en la mayoría de los casos, un grado mayor o menor de dependencia, muchos de estos recursos están incluidos en el Decreto 149/2013, de 5 de septiembre, por el que se define la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y se determina el sistema de participación de las personas usuarias en la financiación de su coste y en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Esta última ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de la ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las administraciones públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para toda la ciudadanía en cualquier parte del territorio del Estado español.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las comunidades autónomas, que contempla medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, si es el caso, de las entidades locales.

Del mismo modo, la cartera de servicios sociales constituye el instrumento mediante el que se relacionan las modalidades y prestaciones que integran el contenido de los servicios previstos en el catálogo regulado por la ley anterior.

Dentro de la cartera de servicios sociales, se pueden distinguir las siguientes categorías:

1. *Cartera de servicios comunes*: dirigidos a personas cuyo diagnóstico no requiera la asignación de servicios que, siendo de la misma naturaleza, se encuentren incluidos en cualquiera de las carteras específicas.

- Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal.
- Servicio de ayuda en el hogar, para la atención a personas dependientes, que incluye una especialidad en el servicio dirigido a personas con discapacidad auditiva.
- Servicio de teleasistencia y geolocalización.
- Servicios de atención diurna, con modalidad básica y terapéutica
- Servicios de atención residencial, con modalidad básica y terapéutica.
- Servicios de atención nocturna.

Los servicios que forman parte de esta cartera podrán prestarse a personas dependientes con edad igual o superior a 16 años, exceptuando los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal, así como el servicio de ayuda en el hogar, que se prestarán siempre que sea preciso, sin limitaciones de edad.

2. *Cartera de servicios específicos*: dirigidos a personas dependientes que, teniendo edad igual o superior a 16 años, tengan diagnosticada alguna de las siguientes limitaciones: alzhéimer, discapacidad física, parálisis cerebral, daño cerebral, discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista o enfermedad mental.

Dentro de la cartera de servicios específicos para personas dependientes con alzhéimer podemos distinguir:

- Servicio de prevención de las situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal
- Servicio de ayuda en el hogar
- Servicio de atención diurna, con modalidad básica y terapéutica
- Servicio de atención nocturna
- Servicio de atención residencial, con modalidad básica y terapéutica

3. *Cartera del servicio de asistente personal*: dirigidos a facilitar el apoyo personal, inclusión social y/o educativa, así como la promoción y participación de las personas que, siendo de edad igual o superior a 16 años, se encuentran en situación de gran dependencia o dependencia severa, con el objeto de permitir su desarrollo en las actividades de la vida diaria, laborales y/o educativas y propiciar la participación de la persona usuaria en la vida social y económica.

Para transmitir la información de la forma más sencilla posible, estos recursos sociales están divididos en tres apartados:

- *Servicios*
- *Programas*
- *Prestaciones*

3.2. SERVICIOS

A. SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA Y PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

Servicios de prevención de las situaciones de dependencia

Tienen como objetivo mantener la autonomía y retrasar el posible agravamiento de las personas en situación de dependencia. Están también orientados a afrontar circunstancias adversas y críticas, situaciones de especial riesgo que pueden agravar la situación de dependencia de una persona.

Servicios de promoción de la autonomía personal

Tienen por finalidad desarrollar y mantener la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria, de manera que todas las personas puedan llevar una vida lo más autónoma posible.

- **Servicio de habilitación y terapia ocupacional**

Concepto

Conjunto de intervenciones dirigidas, en función de las necesidades de cada persona, a prevenir o reducir una limitación en la actividad o alteración de la función física, intelectual, sensorial o mental, así como mantener o mejorar las habilidades ya adquiridas, con la finalidad de conseguir el mayor grado posible de autonomía personal, adaptación a su entorno, mejora en la calidad de vida e integración en la vida comunitaria.

Personas beneficiarias

Personas con dificultades para realizar actividades de la vida diaria.

- **Servicio de estimulación cognitiva**

Concepto

Tratamiento terapéutico que, por medio de las técnicas adecuadas, tiene por finalidad mantener, mejorar el funcionamiento de alguna o de algunas capacidades cognitivas superiores (razonamiento, memoria, atención, concentración, lenguaje y similares) de las capacidades funcionales, la conducta y/o la afectividad.

Personas beneficiarias

Personas con deterioro cognitivo, sobrevenido o degenerativo, daño cerebral o alteración de las funciones mentales superiores debidas al envejecimiento, trastorno mental, discapacidad intelectual o por etiología no filiada.

- **Servicio de promoción, mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional**

Concepto

Conjunto de intervenciones orientadas a mantener o mejorar la capacidad para realizar las AVD, evitar la aparición de limitaciones en la actividad, deficiencias o déficits secundarios y potenciar el desarrollo personal y la integración social, todo esto con el fin de alcanzar el mayor nivel de autonomía y calidad de vida.

Personas beneficiarias

Personas con alteraciones o pérdida funcional de tipo físico (limitaciones psicomotoras, trastornos motores, pérdida de dominancia lateral, trastornos de la praxis o déficits sensoriales, entre otras) intelectual o mental.

- **Servicio de habilitación psicosocial para personas con enfermedad mental o discapacidad intelectual**

Concepto

Conjunto de actuaciones encaminadas a prestar apoyos, transitorios o permanentes, a personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, a fin de mejorar sus posibilidades de mantenerse en el entorno familiar y social en las condiciones más normalizadas e independientes que sea posible.

Personas beneficiarias

Personas con trastorno mental grave, discapacidad intelectual y similares.

- **Servicio de apoyos personales y cuidados en equipamientos especiales.**

Los diferentes servicios de promoción de la autonomía personal se podrán prestar en equipamientos especiales como servicios de apoyo a las personas y cuidados.

B. SERVICIO DE AYUDA EN EL HOGAR

Concepto

Servicio cuyo objetivo es prestar una serie de atenciones a personas mayores o personas con discapacidad, en su domicilio, en los casos en que estas tengan limitada su capacidad de autonomía personal o en casos de desestructuración familiar.

Tendrán prioridad de acceso las personas que tengan el derecho reconocido dentro del Sistema de autonomía y atención a la dependencia.

Requisitos

- Ser persona mayor con déficit de autonomía o persona con discapacidad.
- Carecer de apoyo personal en su entorno más inmediato.
- Residir en el municipio prestador del servicio.

Solicitud

Deberá presentarse en los servicios sociales comunitarios del municipio de residencia, directamente o conforme a lo establecido en el artículo 38 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común.

C. SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

El servicio de atención residencial ofrece una atención integral, continuada y personalizada a las personas en situación de dependencia, teniendo en cuenta la naturaleza de la situación de dependencia, su grado y la intensidad de cuidados que precisa la persona.

Tendrá carácter permanente cuando el centro de atención residencial sea la residencia habitual de la persona. Se considerará temporal cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana, enfermedades o períodos de descanso de las personas cuidadoras no profesionales.

El servicio de estancias temporales se podrá prestar en los centros residenciales debidamente acreditados al efecto y no tendrá una duración superior a 45 días al año en el supuesto de períodos de descanso de las personas cuidadoras.

La persona en situación de dependencia disfrutará, en estos casos, de los mismos derechos y deberes que las personas residentes con carácter permanente durante el tiempo que permanezca en este servicio.

D. SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA Y DE ATENCIÓN DE NOCHE PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Servicio de atención diurna para personas mayores

Es aquel que les ofrece una atención integral durante el período diurno a las personas en situación de dependencia con el objeto de mejorar o mantener el nivel de autonomía personal, así como apoyar sus familias o personas cuidadoras.

Servicio de atención de noche

Tiene por finalidad dar respuesta a las necesidades de la persona en situación de dependencia que precise atención durante la noche.

E. SERVICIO GALLEGO DE APOYO A LA MOVILIDAD PERSONAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O DEPENDENCIA

Concepto

Servicio público, de carácter social de ayuda al desplazamiento programado y no urgente de las personas que reúnan los requisitos de acceso al citado servicio.

Requisitos

- Tener reconocida la imposibilidad de utilización de transporte público colectivo, motivada por su situación de dependencia o discapacidad.
- Tener reconocida la situación de dependencia en cualquiera de sus grados conforme a la normativa que sea de aplicación o tener reconocido, conforme a la normativa aplicable, un grado de discapacidad igual o superior al 75%. Excepcionalmente podrán obtener la condición de persona usuaria aquellas personas que tengan un grado de discapacidad igual o superior al 33% e inferior al 75%, siempre que se acredite la concurrencia de circunstancias que aconsejen el uso de transporte adaptado y así conste en el informe social unificado.

La prestación del Servicio Gallego de Apoyo a la Movilidad Personal para personas con discapacidad y/o en situación de dependencia procurará cubrir las necesidades de desplazamiento de las personas que tengan reconocida la condición de usuarias del servicio en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia, de acuerdo con la siguiente orden de prioridades:

- Acudir a consultas médicas del sistema público y concertado o de las mutualidades del personal funcionario público siempre que exista una confirmación de cita previa para acudir a la consulta.
- Traslados a los centros asistenciales del sistema gallego de servicios sociales que, prestando servicio de alojamiento, no dispongan de servicio de transporte, y prioritariamente a los que cuenten con financiación pública.
- Acudir a programas o actividades que se presten prioritariamente en centros del sistema gallego de servicios sociales que cuenten con financiación pública, y que no dispongan de servicio de transporte.
- Asistir a actividades de carácter educativo y formativo que favorezcan a la integración laboral y a la promoción de la autonomía personal.
- Asistir a actividades relacionadas con el cuidado personal, tanto en el ámbito terapéutico

como rehabilitador

Siempre que estén cubiertas las prioridades anteriores y exista disponibilidad de medios, se podrán prestar servicios para las siguientes actividades, y por la siguiente orden de prioridad:

- Realizar gestiones de carácter legal y/o administrativo.
- Asistir a actividades de carácter cultural, deportivas y/o sociales.

Solicitud

Se presentará en cualquier momento del año, en el registro de la Delegación Provincial del departamento competente en materia de bienestar social de la provincia de residencia o bien por cualquier otro de los medios previstos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común.

F. INCAPACITACIÓN JUDICIAL

Las leyes en España distinguen entre capacidad jurídica y capacidad de obrar, necesarios para entender el significado de la incapacidad.

- **Capacidad jurídica:** parte de que toda persona, por el hecho de serlo, está sujeta a derechos y obligaciones a lo largo de toda su vida. La capacidad jurídica es, por lo tanto:

- Universal (ya que la tenemos por el hecho de nacer).
- Incondicional (ya que no debemos cumplir ningún requisito).
- Inmutable (ya que dura toda nuestra vida).

Una persona con alzhéimer, aunque el estado avanzado de la enfermedad no le permita ser consciente de su persona, de su familia o de su patrimonio, sigue siendo propietaria de su patrimonio y debe, por lo tanto, seguir haciendo frente a las obligaciones que eso lleva: pago de impuestos, recibos...

- **Capacidad de obrar:** posibilidad de realizar actos jurídicos con validez en el tráfico jurídico, por lo que tiene, por tanto, no sólo validez sino eficacia. La capacidad de obrar es por lo tanto:

- Variable (ya que admite la posibilidad de obrar de forma plena, limitada o ser incapaz de obrar).
- Específica (ya que es individual de cada persona y afectará a las circunstancias especiales y particulares de cada uno).
- Condicionada (porque sólo se da se concurren determinados presupuestos de inteligencia, madurez y experiencia).

La decisión de declarar a una persona incapaz de obrar necesitará por lo tanto, o bien una sentencia que lo disponga expresamente, o bien una previsión legal (cómo ocurre en los casos de los menores de edad). En nuestro caso, tendrá que ser un juez el que determine estos hechos ya que las personas con alzhéimer u otras demencias neurodegenerativas verán merma su capacidad de obrar.

La incapacidad será, por lo tanto, una limitación parcial o absoluta de la capacidad de obrar que tiene que ser declarada judicialmente mediante sentencia. Para eso, el Código Civil en su artículo 200 indica que debe haber presencia de "enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma". Este proceso debemos entenderlo en un sentido positivo y protector de la persona, ya que su fi-

nalidad es conseguir que tenga la debida asistencia y la mayor protección jurídica posible.

Requisitos de incapacitación de una persona con alzhéimer

- Enfermedad o deficiencia de carácter físico o psíquico.
- Persistencia de la patología (una enfermedad temporal no es motivo de declaración de incapacidad, debe haber un carácter progresivo como es el alzhéimer u otros tipos de demencias).
- Privación o restricción del autogobierno, esta es la premisa más básica y fundamental.

Solicitud

Sólo ciertas personas pueden iniciar un procedimiento de incapacitación de una persona con demencia: el propio afectado, su cónyuge o pareja de hecho, familiares directos como madres, hijos o hermanos. Si la persona mayor no tiene familiares directos que puedan iniciar el proceso (o estos no quieren hacerse cargo) será el Ministerio Fiscal lo que promueva el proceso.

Figuras de guardia de la persona declarada incapaz

- **Tutela:** figura jurídica encargada de la guardia y custodia de menores y personas declaradas judicialmente incapacitadas, teniendo la obligación de velar en todo momento por el bienestar y el interés del tutelado. Podrán desempeñarla personas físicas y personas jurídicas (estas de manera subsidiaria) y estarán sujetas al control judicial.
- **Guarda de hecho:** implica los cuidados que recibe de otra persona y le permite desarrollarse en la vida diaria y social. No es preciso que ningún título lo constituya, aunque sí se establece un control judicial y la posibilidad de impugnar sus actos sólo en el supuesto de que se consideren perjudiciales para la persona a su cargo.
- **La curatela:** se establece mediante resolución judicial o por ley para completar la capacidad de la persona en situación de incapacidad parcial. Estarán sometidos a curatela: emancipados, impedidos, los que hayan obtenido el beneficio de mayor de edad, los declarados pródigos, entre otros, extinguiéndose por mayoría de edad, adopción del menor, fallecimiento y por resolución judicial.
- **El defensor judicial:** el ordenamiento jurídico no permite que un menor o una persona incapaz se encuentre desamparado en la representación y defensa de sus intereses personales y patrimoniales. De este modo, si nadie ejerce ni la patria potestad ni la tutela ni la curatela, o bien existe una oposición de intereses, se procede al nombramiento, por parte del juez, de un defensor judicial que represente y ampare los intereses de este. El cargo de defensor judicial es temporal y provisional (finaliza cuando concluya el cometido para lo cual fue designado, o cuando se nombre tutor o curador).

G. SERVICIO DE TELEASISTENCIA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Concepto

Servicio de atención las 24 horas del día, durante los 365 días del año, en el que el usuario/a sólo tiene que pulsar un botón ante cualquier situación de emergencia para entrar en contacto verbal, “manos libres”, con una central de atención, desde la que se atiende su llamada.

Requisitos

- Ser persona mayor, persona con discapacidad, enferma crónica o en proceso postoperatorio.
- Vivir sola o permanecer sola gran parte del día o convivir con otras personas en situación similar de incapacidad funcional.
- Tener cubiertas las necesidades básicas de alimentación, aseo y vivienda.
- No padecer enfermedad o incapacidad que imposibilite o dificulte gravemente la utilización del servicio.
- No ser sorda o sordomuda absoluta..
- Disponer de línea telefónica en el domicilio.

Solicitud

Se presentará en las oficinas del registro del ayuntamiento de residencia del solicitante.

H. TELEGERONTOLOGÍA

Concepto

Es un nuevo recurso de apoyo gerontológico de teleasistencia avanzada de última generación dirigido a las personas mayores y/o personas con pérdida de capacidad funcional y/o cognitiva, desarrollado a partir de los grandes avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

Objetivos

Telegerontología incluye entre sus objetivos la prevención y la detección precoz de la dependencia y la teleasistencia multiespecialidad, por lo que se puede considerar tanto un sistema de apoyo social como sanitario.

Funcionamiento

La atención gerontológica se basa en la valoración de la persona para poder intervenir de manera individualizada. El dispositivo permite realizar la valoración del estado cognitivo, de la tensión arterial, del pulso y del nivel de saturación de oxígeno en sangre, además de facilitar la interacción mediante videoconferencia con profesionales específicos.

El sistema funciona a través de una pantalla táctil que situada en el domicilio facilita la interacción de la persona usuaria y que, conectado a internet, envía todos los resultados de su actividad al Centro de Control, donde el personal especialista valorará y decidirá acerca de la situación y necesidades de la persona usuaria.

Además de la pantalla táctil, el sistema cuenta con un terminal de servicios gestionado por control remoto desde el centro de control y una pulsera de alarma que al presionarse ponen en marcha una videoconferencia con dicho centro, priorizando la llamada y mostrando al mismo tiempo el historial de la persona usuaria en la pantalla para que desde el centro de control se tome la decisión idónea.

I. YO TE CUIDO

Concepto

La Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de A Coruña (AFACO), en colaboración con la empresa Lapisoft, lanzaron la aplicación gratuita YoTeCuido para dispositivos móviles destinada tanto a cuidadores y familiares de personas con alzhéimer como a personas que sufren esta enfermedad en una fase inicial.

Objetivo

El objetivo de la aplicación es ofrecer respuestas sencillas a los problemas a los que deben hacer frente a diario cuidadores y familiares de personas con alzhéimer u otro tipo de demencia.

Funcionamiento

La App cuenta con contenidos útiles, en formato pregunta - respuesta, sobre la enfermedad de Alzheimer; permite conocer cuál es la sintomatología de la enfermedad, cómo actuar y qué cuidados prestar en función de la fase de la enfermedad. Asimismo, recoge respuestas a dudas más frecuentes sobre alimentación, cuidados básicos, comunicación, salud, enfermería, vivienda, ejercicio físico, recursos sociales, recursos legales y se presentan diferentes rutinas diarias en forma de estiramiento de las articulaciones y actividades que se llevan a cabo. La aplicación también incluye otros recursos como direcciones y teléfonos de contacto de las diferentes asociaciones de personas con alzhéimer de España, glosario de términos relacionados con las demencias y libros y películas que tienen por temática la enfermedad. Un buscador permite agilizar las consultas y optimizar la utilización de la aplicación.

J. SISTEMA DE ATENCIÓN AL MAYOR A TRAVÉS DE LA TV (SAM-TM)

Concepto

Es un sistema desarrollado por la Universidad de Vigo que pretende ofrecer un nuevo enfoque de la asistencia en el hogar, buscando no sólo garantizar la seguridad de la persona mayor, sino favorecer su bienestar mediante un conjunto de servicios y de aplicaciones de entretenimiento.

Objetivo

Mantener un nivel elevado en la calidad de vida de las personas mayores durante el mayor tiempo posible.

Funcionamiento

SAM-TV únicamente requiere de una conexión a Internet y un televisor. Se instala un pequeño dispositivo conectado al televisor y la persona usuaria controla desde un mando adaptado los servicios interactivos ofrecidos a través de la TV.

K. APP DE DEPENDENCIA DEL IMSERSO

Concepto

La App de Dependencia es una herramienta del IMSERSO para dispositivos móviles pensada

para las personas mayores, para las personas con alguna discapacidad y, fundamentalmente, para las personas en situación de dependencia, y dirigida, principalmente, al colectivo de cuidadores y cuidadoras en el entorno familiar de personas en situación de dependencia.

La aplicación incluye testimonios, más de 60 vídeos con consejos técnicos que tienen como destinatarias las personas cuidadoras no profesionales, información sobre servicios y prestaciones y sobre el proceso de solicitud y tramitación de estos ante los correspondientes órganos gestores.

L. SERVICIO DE GEOLOCALIZACIÓN PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Concepto

El sistema de geolocalización consiste en la utilización de dispositivos que tras la emisión de alarmas permiten la localización de una persona fuera de su domicilio. Se trata de un pequeño equipo que integra un terminal y un módulo de localización geográfica vía satélite, conectado con un centro de control durante las 24 horas y desde lo que es posible recuperar la posición exacta de una persona en cualquier momento.

Requiere delimitar previamente la zona por la que se desplaza habitualmente la persona portadora del dispositivo y permite verificar que se está moviendo dentro del perímetro establecido así como que se active una alarma para localizarlo cuando sale de la zona segura o se encuentra en situación de peligro.

Para que la persona usuaria pueda ser localizada tiene que llevar consigo el dispositivo y tenerlo operativo en todo momento.

Objetivo

Contribuir al mantenimiento de la autonomía y a la integración social de las personas usuarias, permitiendo que puedan seguir viviendo en su domicilio y salir solas por su entorno.

Facilitarles la atención a las personas que se ocupan de su cuidado dándoles seguridad.

Personas destinatarias

Personas que vivan en su domicilio y presenten deterioro cognitivo como consecuencia de la enfermedad de Alzheimer o de otro tipo de demencias y que sean susceptibles de sufrir pérdida de memoria, episodios de desorientación espacial temporal, caídas etc.

Solicitudes

El acceso a este servicio se solicita en el mismo impreso que el del reconocimiento de dependencia, indicando que este es el recurso que le interesa a la persona solicitante.

M. SOLUCIONES TECNOLÓGICAS A LAS PERSONAS CON NECESIDADES ESPECIALES: VIVELIBRE Y SAFETYGPS

Concepto

Esta aplicación es una plataforma que ofrece soluciones tecnológicas a las personas con necesidades especiales, para que puedan mejorar su calidad de vida y de su familia.

Objetivo

Asociación Telefónica para Asistencia a Personas con Discapacidad (ATAM) en colaboración con la Confederación Gallega de Personas con Discapacidad (COGAMI) presentaron esta aplicación que va a permitir tanto a las personas mayores dependientes, como enfermas crónicas y personas con discapacidad una vida más autónoma.

Funcionamiento

Como opera sobre un Smartphone, el equipo de profesionales de apoyo puede actuar de forma proactiva ante cualquier incidente detectado por el sistema, ya que es un servicio que conecta a las partes implicadas: persona usuaria, familiares y equipo de profesionales de apoyo de ViveLibre.

Además, esta plataforma cuenta con los servicios más modernos de geolocalización y refuerza la adherencia al tratamiento a través de los mecanismos como los recordatorios para la toma de medicamentos, citas médicas, etc. En caso de que exista algún incidente, salta una alerta de inmediato a familiares y equipo de atención.

N. WEB "SER CUIDADOR"

Concepto

SerCuidador, en www.sercuidador.es, es un espacio web destinado principalmente a las personas cuidadoras como instrumento de apoyo, tanto a ellas como a su familia.

Basa su línea de contenidos en cuatro enfoques:

- Apoyo y asesoramiento para las personas cuidadoras..
- Prevención de la dependencia gracias a la promoción de hábitos saludables.
- Sensibilización social acerca de la discapacidad y la dependencia.
- Interactuación y participación de las personas cuidadoras

Objetivo

El portal nace con vocación de ser un espacio que facilite la información necesaria que permita a las personas cuidadoras conocer la manera de resolver las dificultades que se les expongan a la hora de atender a sus familiares dependientes.

O. CRE ALZHEIMER

Concepto

El Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca, se configura como un centro sociosanitario especializado y avanzado en investigación, análisis, conocimiento, evaluación y formación sobre el alzhéimer y otras demencias y en atención e intervención con las personas afectadas y con sus familias.

Objetivos del centro

- Promover e impulsar en todo el territorio del Estado el avance en la búsqueda de respuestas y soluciones globales en la atención sociosanitaria y la mejora de la calidad de vida de las

personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias y de sus familias cuidadoras.

- Prestar a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias y a sus familias o cuidadoras principales una atención especializada.
- Facilitar información y asistencia técnica a las administraciones públicas, instituciones, entidades públicas y privadas y a cuantas personas estén interesadas sobre la atención sociosanitaria de las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias y promover el intercambio de conocimientos.

Requisitos

- Ser beneficiario/la del sistema de la Seguridad Social, o tener derecho a las prestaciones de servicios sociales en virtud de ley o convenio internacional.
- Personas con demencia, entendiendo esta cómo múltiples déficit cognitivos, que produzcan alteraciones significativas en las actividades de su vida diaria, teniendo cabida cualquier etiología: alzhéimer, vasculares y otras, tanto de inicio precoz como tardío. Se excluyen las personas con retraso mental, entendido este como déficit cognitivo de aparición previa a los 18 años, sea cual sea la causa y la población con alteraciones cerebrales focales causadas por traumatismo, enfermedades degenerativas o cualquier otra etiología.
- Contar con el diagnóstico del servicio sanitario de origen.

La admisión de usuarios/las, que reúnan las condiciones anteriores, se efectuará según criterios técnicos facultativos, considerando:

- La necesidad de apoyo convivencial.
- Grado de apoyo específico que proporciona la unidad residencial o el centro de día o de noche.
- La fase de la enfermedad, leve, moderada o severa, en relación al servicio de atención que haya que prestar.

3.3. PROGRAMAS

A. ESTADÍAS TEMPORALES EN SERVICIO RESIDENCIAL O DE SUPERVISIÓN Y APOYO PUNTUAL

Concepto

Se entiende por estadía temporal la utilización por tiempo limitado de un servicio residencial o de un servicio de supervisión y apoyo puntual prestado desde los equipamientos especiales.

Durante este uso, las personas beneficiarias tendrán los mismos derechos y deberes que las personas usuarias que ocupan plaza de forma permanente.

Requisitos

- Ser persona mayor y/o con discapacidad, y estar en una situación de dependencia, esté o

no reconocida formalmente.

- Residir en la Comunidad Autónoma de Galicia.
- No requerir tratamiento hospitalario.
- No padecer trastornos mentales o conductuales graves, y no compensados, que puedan alterar la normal convivencia.
- No estar sancionado con la revocación de la adjudicación de la plaza pública de forma definitiva, conforme a la Ley 13/2008, del 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia.

Duración

Las estancias temporales tendrán una duración máxima de dos meses al año, que se pueden fraccionar en períodos semanales o quincenales.

B. PROGRAMA DE RESPIRO FAMILIAR

Concepto

Pretende contribuir a mantener a las personas en situación de dependencia o discapacidad en su domicilio y ofertarle a quien lo cuida habitualmente la posibilidad de unos días para su descanso, mantener su vida social, familiar y de ocio o para liquidar situaciones de emergencia que se le presenten, mientras que la persona a la que cuidan es atendida adecuadamente en un centro residencial.

Requisitos

Podrán participar en este programa, las personas mayores de 16 años con reconocimiento de discapacidad o de dependencia (grado II o III) y aquellas otras que, no pudiendo acreditar los requisitos anteriores, requieran de la atención de una persona cuidadora, en vista al informe médico y social que acercan y que, además, cumplan las siguientes condiciones:

- Tener residencia efectiva en la Comunidad Autónoma de Galicia.
- No estar afectado/la por enfermedad en estado agudo ni se encuentre en fase terminal.
- No padecer enfermedad infecto-contagiosa activa, trastornos mentales o conductuales graves y no compensados que puedan alterar la convivencia.
- Efectuar la oportuna solicitud y el pago del precio estipulado en las condiciones que se le indiquen.

Solicitud

La solicitud se presentará con un mes de antelación a la fecha para la que se solicita el turno, excepto situaciones de emergencia sobrevenidas (enfermedad, accidente del/a cuidador/a o similares) y debidamente justificadas. El lugar de presentación será en las Jefaturas Territoriales de la Consellería de Política Social.

C. PORTAL DE PRODUCTOS DE APOYO. AYUDAS TÉCNICAS

Concepto

Se trata de un servicio con el que la Consellería de Política Social pretende promover redes de

cooperación entre las personas usuarias que precisan de productos de apoyo, mediante la creación de una herramienta que preste servicios de orientación y asesoramiento.

Este servicio en línea recopila bajo la fórmula de la utilización compartida del sistema, una serie de equipamientos y servicios, disponibles para las personas usuarias demandantes de productos de apoyo.

Objetivos

- Promover redes de cooperación entre las personas usuarias que precisan de productos de apoyo mediante una propuesta de intercambio y colaboración.
- Cubrir las necesidades de información sobre productos de apoyo disponibles en un catálogo clasificado por categorías descriptivas y ofrecidas por empresas que trabajan en el ámbito de la ayuda y de la mejora de la vida de las personas con discapacidad.
- Ofrecer la posibilidad de consultar novedades, líneas de investigación y documentación relacionada con la accesibilidad.

Personas destinatarias

Registro para acceder al servicio de mensajería interna de cara a establecer contacto con aquella persona cedente que tenga el producto que interese, gestionándose de este modo un servicio de ayuda de comunicación que puede llevar a un préstamo entre las personas usuarias. La negociación del intercambio será totalmente privada y segura.

Deben seleccionar este perfil todos/as aquellos/as ciudadanos/a que precisen de asesoramiento en temáticas relacionadas con la discapacidad o que deseen buscar o ceder productos de apoyo que puedan mejorar su calidad de vida o la de otros. Bajo este perfil una persona usuaria podrá:

- Ponerse en contacto con los servicios de asesoramiento del portal.
- Publicar anuncios de productos de apoyo que ya no precise usar.
- Solicitar información a otros usuarios sobre productos que estén cediendo.
- Entrar en contacto con empresas fabricantes, diseñadores o distribuidores de productos de apoyo.

Solicitud

En la plataforma de la página web: <http://produtosapoio.xunta.es/gl/accesibilidad>

D. PROGRAMA DE APOYO CONTINUO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA 902400116

Se desarrolla en colaboración con la Consellería de Sanidad, a través del teléfono 902 400 116, y tiene como objetivo prestar:

- Información y soluciones a las situaciones sanitarias no urgentes.
- Información sobre cuidados asistenciales.
- Información sobre las características de las pruebas médicas.
- Información sobre prevención y hábitos saludables.
- Información sobre centros y servicios sanitarios.
- Apoyo psicológico.

E. PROGRAMA DE VOLUNTARIADO PARA PERSONAS CON ALZHEIMER

Concepto

Este programa de voluntariado, destinado a acompañar a las personas con alzhéimer, se pone en marcha por la Consellería de Trabajo y Bienestar, a través de la Dirección General de Juventud y Voluntariado y la Secretaría General de Política Social, en el marco de la celebración en el 2012 del Año gallego del alzhéimer.

Objetivo

Tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad, así como la de sus familias y personas cuidadoras.

Permite fomentar en la ciudadanía un mayor conocimiento y solidaridad de cara a las personas con alzhéimer. Por su parte, las personas enfermas podrán disfrutar de la compañía de otras personas, lo que les permitirá mejorar su estado de ánimo, al tiempo que les proporciona una ayuda de gran valor a sus personas cuidadoras.

Actividades

Las personas voluntarias realizarán fundamentalmente funciones de acompañamiento en distintos centros. Estarán dirigidos por un/una profesional y contribuirán a que los usuarios y las usuarias participen en las diversas actividades que se organicen en estas instalaciones, a apoyarlos/las en su movilidad, a ayudarlos/las a realizar las actividades de su vida cotidiana y a ocupar su tiempo libre.

Podrán realizar también tareas con personas enfermas que viven en sus propios domicilios, proporcionándoles acompañamiento y apoyando a sus cuidadores y cuidador habituales, siempre y cuando estos estén interesados en recibir este servicio.

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

Concepto

Conjuga el apoyo a cuidadores con la asistencia a unas jornadas de fin de semana en un balneario, donde se juntan los tratamientos termales, el ocio y la psicoeducación. Se extiende la intervención a las parejas o hijos/as de los/as cuidadores/as principales de personas mayores, al contemplar aspectos desde la transversalidad de género para favorecer procesos de igualdad y corresponsabilidad conciliadora en el cuidado familiar.

Objetivos

- Ofrecer a las familias que tengan personas mayores en situación de dependencia espacios de encuentro con otras familias que estén en su misma situación.
- Ofrecer formación y ayuda para afrontar los cuidados de la persona mayor dependiente de una forma equilibrada, intentando suavizar el impacto en el ámbito familiar y psicológico a lo que con frecuencia se enfrentan las familias en este tipo de situaciones.
- Fomentar el desarrollo de conductas de autocuidado personal entre las personas cuidadoras.
- Facilitar la conciliación de la vida personal, social y laboral de las familias cuidadoras con el cuidado de la persona mayor.

Requisitos

Cualquier familia que tenga a su cargo una persona mayor en situación de dependencia podrá acceder al programa.

G. PROGRAMA DE LOCALIZACIÓN Y CONTROL VOLUNTARIO DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ESPECIAL VULNERABILIDAD

Concepto

Sistema de geolocalización consistente en la utilización de dispositivos que tras la emisión de alarmas permiten la localización de una persona fuera de su domicilio.

Requisitos

Personas que vivan en su domicilio y presenten deterioro cognitivo como consecuencia de la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia y que sean susceptibles de sufrir pérdida de memoria, episodios de desorientación espacial temporal, caídas...

Solicitud

El acceso a este servicio se solicita en el mismo impreso que el del reconocimiento de la dependencia, indicando que este es el recurso que le interesa a la persona solicitante. Esta solicitud se deberá remitir:

- A los servicios sociales comunitarios del domicilio de la persona solicitante.
- A las jefaturas territoriales de la Consellería de Política Social.
- En los lugares dispuestos en el artículo 38.4 de la Ley 30/92, de 26 de noviembre.

H. PROGRAMA "XANTAR NA CASA"

Concepto

El programa "Xantar na casa" es un servicio de comida a domicilio que pretende facilitar y garantizar una alimentación equilibrada y de calidad adaptada a las necesidades de personas mayores y/o dependientes, con déficits de autonomía personal, para cubrir sus necesidades básicas, relacionadas con la compra y elaboración de menús.

Requisitos

- Personas mayores de 60 años que tengan limitada su capacidad de autonomía personal y sin red de apoyo que pudiera suplir tal situación.
- Personas dependientes que carezcan de apoyo familiar y que requieren de ayuda para la preparación de alimentos.
- Personas menores de 60 años y mayores de 18 en situación de exclusión social, técnicamente evaluada por los servicios sociales del Ayuntamiento de referencia y siempre que se esté interviniendo desde otro programa para resolver su situación de exclusión.

Solicitud

Podrán solicitar este servicio todas las personas que, cumpliendo los requisitos, estén empadronadas y sean residentes en los ayuntamientos en los que está implantado o se vaya a implantar el servicio “Xantar na casa”. La valoración de las posibles personas beneficiarias será realizada por el Ayuntamiento a través de sus Servicios Sociales.

I. PROGRAMA DE BIENESTAR EN BALNEARIOS

Concepto

El objeto de este programa es la oferta de plazas para las estadias y el tratamiento termal dentro del programa de Bienestar en balnearios. Para tal efecto se entiende por establecimientos balnearios aquellos que disponen de aguas mineromedicinales declaradas de utilidad pública.

Requisitos

- Ser mayor de 60 años o mayor de 55 y, en este caso, reunir la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social por los conceptos de jubilación, invalidez, viudedad u otras pensiones.
- Estar empadronado y residir en algún Ayuntamiento de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- Valerse por sí mismo/a para las actividades de la vida diaria y estar en condiciones de participar en el programa, excepto en el caso de hijos o hijas que acudan en calidad de acompañantes.
- No padecer enfermedad infecto-contagiosa, en fase activa, ni trastornos mentales o conductuales no compensados que puedan alterar la normal convivencia durante el transcurso del turno.
- Carecer de contraindicación médica para la recepción de los tratamientos termales.

La persona solicitante podrá ir acompañada de su cónyuge o, si fuera el caso, de la pareja de hecho o persona con que tenga una unión estable y de convivencia con análoga relación a la conyugal, siempre que cumpla los requisitos citados anteriormente, excepto el primero.

También podrán participar, como acompañantes, los hijos o hijas de las personas solicitantes que tengan un grado de discapacidad igual o superior al 33%, siempre y cuando lo puedan hacer sin necesidad de apoyo de tercera persona y se puedan desplazar con autonomía.

Solicitud

Las solicitudes deberán presentarse preferiblemente por vía electrónica a través del formulario normalizado disponible en la sede electrónica de la Xunta de Galicia.

Opcionalmente, también se podrán presentar las solicitudes en soporte papel en cualquiera de los lugares y registros establecidos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, utilizando el formulario normalizado disponible en la sede electrónica de la Xunta de Galicia.

El plazo para la presentación de las solicitudes será de 20 días naturales contados a partir del día siguiente al de la publicación de la orden en el Diario Oficial de Galicia.

J. PROGRAMA DE TURISMO DEL IMSERSO

Concepto

La Administración del Estado, a través del IMSERSO, dentro de su política de envejecimiento activo, promueve un Programa de Turismo destinado a personas mayores con los objetivos de facilitar la incorporación a las corrientes turísticas, al tiempo que paliar las consecuencias que en materia de empleo producto del fenómeno de la estacionalidad en el sector turístico del país.

Requisitos

- Ser residente en España.
- Ser pensionista de jubilación del Sistema Público español de Pensiones.
- Pensionistas por otros conceptos o perceptor de prestaciones o subsidios de desempleo, en todos los casos con 60 años cumplidos.
- Ser titular o beneficiario/la del sistema de la Seguridad Social, con 65 años cumplidos.

Solicitud

Se recomienda, si es posible, realizar la solicitud online, ya que el proceso es mucho más rápido y le permitirá estar acreditado casi de manera inmediata, ya que no precisa de ningún otro proceso adicional. Esta solicitud servirá para obtener su acreditación que le permitirá acceder a las plazas del Programa e incluirlo en la Base de Datos de Acreditados donde quedará inscrito de manera permanente hasta que se comunique lo contrario. Una vez procesadas todas las solicitudes recibidas en el plazo señalado, el IMSERSO acreditará tantas personas usuarias como plazas disponibles existan y se procederá a aplicar la valoración correspondiente, relativa a la edad, ingresos y viajes realizadas con anterioridad.

K. PROGRAMA DE TERMALISMO DEL IMSERSO

Concepto

A través del Programa de Termalismo del IMSERSO, el Estado español proporciona a las personas pensionistas, que por prescripción facultativa lo precisen, los tratamientos que se prestan en los balnearios y que reúnan determinados requisitos en el acceso a precios reducidos a estos establecimientos.

El programa está organizado y financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, quien anualmente concierta con establecimientos termales la reserva de plazas en balnearios para la estancia y tratamiento de las personas usuarias del programa.

Requisitos

- Ser ciudadano/a la español/la o nacional de otro país.
- Ser pensionista de jubilación o incapacidad permanente del Sistema de Seguridad Social español.
- Ser pensionista de viudedad con 55 o más años de edad del Seguridad Social español.
- Ser pensionista por otros conceptos o perceptor de prestaciones o subsidios de desempleo, con sesenta o más años de edad del Sistema de Seguridad Social español.

- Ser asegurado/a o beneficiario/a del Sistema de la Seguridad Social español, con sesenta y cinco o más años de edad...

Las personas usuarias de plaza deben reunir los siguientes requisitos:

- No padecer alteraciones del comportamiento que puedan alterar la normal convivencia en los establecimientos, ni padecer enfermedad transmisible con riesgo de contagio.
- Poder valerse por sí misma para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- Precisar los tratamientos termales solicitados y carecer de contraindicación médica para recibirlos.
- Alcanzar, de conformidad con la baremación establecida, la puntuación que le permita acceder a un de los balnearios y turnos solicitados.

Igualmente, podrán participar en los programas las personas de nacionalidad española que residan en el extranjero, siempre que perciban una pensión del Sistema de Seguridad Social español y cuenten con la edad exigida, o sean aseguradas o beneficiarias del Sistema de la Seguridad Social, con edad igual o superior a sesenta y cinco años.

También podrán ser personas adjudicatarias de las plazas, como acompañante, el cónyuge o, de ser el caso, la pareja de hecho o persona con la que se constituye una unión estable y de convivencia con análoga relación de afectividad a la conyugal, sin necesidad de que estos reúnan alguno de los requisitos exigidos en el punto primero y, en todo caso, cumpliendo los requisitos previstos en el punto segundo.

Asimismo, podrán ser personas adjudicatarias de plaza, los/las hijos/as con discapacidad, en grado igual o superior al 45 por ciento, siempre que el turno la disfruten con sus progenitores/as y se alojen en la misma habitación.

Solicitud

Anualmente, se publica en el BOE una resolución de la Dirección General del IMSERSO por la que se convoca la concesión de plazas para pensionistas que quieran participar en el Programa de Termalismo del IMSERSO. En dicha resolución se fija el número de plazas del programa, la duración de los turnos, el precio que las personas beneficiarias tienen que pagar y el lugar, plazo y forma de presentación de las solicitudes.

3.4. PRESTACIONES

A. PRESTACIONES POR DEPENDENCIA

Concepto

Las prestaciones de atención a la dependencia tendrán la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Requisitos

- Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.

- Residir en el territorio español y tenerlo hecho durante cinco años de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.
- Tener residencia en la Comunidad Autónoma de Galicia en la fecha de presentación de la solicitud.

Solicitud

Las solicitudes se dirigirán a la Jefatura Territorial de la Consellería competente en materia de servicios sociales de la provincia de residencia de la persona solicitante.

B. TARJETA DE ESTACIONAMIENTO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Concepto

Tarjeta expedida por el ayuntamiento para que las personas residentes empadronadas en la localidad puedan estacionar en las plazas de aparcamiento identificadas con reserva para personas con problemas de movilidad física.

Requisitos

- Estar empadronado/a en la localidad.
- Contar con la calificación de persona con discapacidad.
- Contar con el dictamen propuesta emitido por el equipo de valoración

Solicitud

En el registro general del ayuntamiento competente.

C. TARJETA ACREDITATIVA DEL GRADO DE DISCAPACIDAD

Concepto

Es un documento personal e intransferible que acredita el reconocimiento del grado de discapacidad reconocido a la persona titular y sirve de documento substitutivo, a todos los efectos, de la resolución por la que se reconoce el dicho grado, y que tiene validez en todo el territorio del Estado. La tarjeta podrá ser utilizada por la persona que tenga la representación o guardadora de hecho de la persona con discapacidad con el objeto de facilitar la acreditación del reconocimiento del grado de discapacidad de la persona titular para el acceso a las ventajas y beneficios vinculados a esa condición.

Requisitos

Podrán ser titulares de la tarjeta acreditativa de grado de discapacidad, las personas que hayan reconocido un grado de discapacidad igual o superior al treinta y tres por ciento, cuyo expediente conste en poder de la Administración general de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Solicitud

- Se expedirá de oficio para aquellas personas cuya resolución de reconocimiento o de revi-

sión del grado de discapacidad tenga lugar posteriormente a la entrada en vigor de la presente orden.

- La tarjeta acreditativa de la discapacidad se expedirá por petición expresa de las personas interesadas o por quien tenga su representación, en los siguientes supuestos:
 - Las que hayan reconocido un grado de discapacidad igual o superior al treinta y tres por ciento a la fecha de entrada en vigor de esta orden.
 - En los casos de pérdida o sustracción.

La solicitud de la tarjeta deberá presentarse según el modelo normalizado, preferiblemente por vía electrónica, a través del formulario electrónico normalizado disponible en la sede electrónica de la Xunta de Galicia. Opcionalmente también se podrán presentar las solicitudes en soporte papel en el registro del ayuntamiento al que correspondan los servicios sociales comunitarios del domicilio de la persona solicitante.

D. TARJETA SANITARIA "AA"

Concepto

El objetivo de esta tarjeta es favorecer la accesibilidad a determinados servicios sanitarios de los/las pacientes diagnosticados/as de aquellas patologías que el Servicio Gallego de Salud señale, así como sus personas cuidadoras. Se trata de minimizar las esperas en las consultas de los centros de salud, consultas externas, servicios de urgencia y hospitalización, y permitir a sus personas acompañantes o cuidadoras el acompañamiento permanente durante la estancia sanitaria. Para conseguirlo se proporcionará a estos pacientes una tarjeta sanitaria o documento de prestación de la asistencia sanitaria con un dispositivo específico "AA" (distintivo de acompañamiento y accesibilidad) y un procedimiento específico que es necesario comunicar a los centros sanitarios y a las unidades gestoras con responsabilidad en este proceso de atención.

Listado de patologías

- Trastornos generalizados del desarrollo de espectro autista
- Alzheimer
- Parálisis cerebral

Solicitud

Las/los pacientes, representantes legales o personas guardadoras de hecho del/la paciente diagnosticado/a de las patologías en las que deba favorecerse la accesibilidad y el acompañamiento podrán obtener la solicitud para la nueva tarjeta sanitaria o documento de prestación de la asistencia sanitaria en los centros de salud. Una vez cubierta y firmada, la entregarán junto con la tarjeta sanitaria o documento de prestación de la asistencia sanitaria del paciente que vengan empleando.

E. FAMILIAS DE ESPECIAL CONSIDERACIÓN

Concepto

La Ley 3/2011, de 30 de junio, de apoyo a la familia y a la convivencia de Galicia tiene por objeto reconocer la familia como estructura básica de la sociedad y ámbito natural de desarrollo de la

persona, regulando el deber que los poder públicos de la Comunidad Autónoma de Galicia tienen de apoyar y proteger las familias y sus miembros, y, en especial, los niños y las niñas y los y las adolescentes. Dentro de los grupos de familias de especial consideración (además de familias numerosas, familias monoparentales...) se incluyen:

Las familias con personas mayores al cargo

Se entiende por familia con personas mayores al cargo aquella en la que conviva algún ascendente mayor de 65 años que no tenga rentas anuales superiores a la cantidad que se fije en la legislación reguladora del impuesto sobre la renta de las personas físicas para aplicar el mínimo por ascendente.

Las familias con personas con discapacidad al cargo

Se entiende por familia con personas con discapacidad al cargo aquella en la que conviva algún ascendente o descendente que acredite un grado de discapacidad igual o superior al 33%, que no tenga rentas anuales superiores a la cantidad que se fije en la legislación del impuesto sobre la renta de las personas físicas para aplicar el mínimo por ascendente y descendente con discapacidad.

Las familias con personas dependientes al cargo

Tienen la consideración de familias con personas dependientes al cargo aquellas en las que convivan personas que tengan reconocida la situación de dependencia.

F. DEDUCCIONES EN EL IRPF PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Concepto

El Decreto legislativo 1/2011, de 28 de julio, tiene por objeto establecer en un único texto las normas dictadas por la Comunidad Autónoma de Galicia en el ejercicio de las competencias que tiene atribuidas en el marco establecido por las leyes que regulan la cesión de tributos del Estado a las comunidades autónomas de régimen común.

Deducciones en la cuota autonómica

- Los importes de la deducción por familia numerosa se duplican cuándo alguno de los cónyuges o descendientes a los que sea aplicable el mínimo familiar tenga un grado de discapacidad igual o superior al 65%, fijándose en 500€ u 800€ según la categoría de la familia numerosa. Cuando se trate de familias numerosas con personas con discapacidad que no consigan el dicho grado, la deducción será de 250€ si es de categoría general y 400€ si es especial.
- Las/los contribuyentes de edad igual o superior a sesenta y cinco años afectados por un grado de discapacidad igual o superior al 65% y que precisen ayuda de terceras personas podrán deducir de la cuota íntegra autonómica el 10% de las cantidades satisfechas a los terceros, con un límite máximo de 600€, si se cumplen los requisitos.
- 600€ o 720€ en el caso de parto múltiple por cada hija o hijo nacida o adoptado siempre que la base imponible, menos los mínimos, sea igual o superior a 22.000,01€. Si fuera menor o igual a 22.000€, la cuantía de la deducción será de 720€ para el primer hijo, 2.400€ segundo y 4.800€ tercero y siguientes, cuando estos tengan un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%, con requisitos.

El grado de discapacidad deberá de acreditarse mediante certificado o resolución expedida por el órgano competente. Se considerará acreditado un grado igual o superior al 33% en el caso de las personas pensionistas de la Seguridad Social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente total, absoluta o gran invalidez y en el caso de las personas pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o jubilación por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.

Se considerará acreditado un grado de discapacidad igual o superior al 65% cuando se trate de personas cuya incapacidad sea declarada judicialmente, aunque no alcance el dicho grado, así como en los casos de dependencia severa y gran dependencia, siempre que estas últimas situaciones sean reconocidas por el órgano competente.

G. LIBRANZAS CORRESPONDIENTES AL CATÁLOGO DEL SISTEMA DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD)

Libranza vinculada al servicio

Tiene por finalidad facilitar, por medio de una aportación económica, la adquisición de un servicio privado, cuando no sea posible ser prestado mediante la oferta pública de la red de servicios sociales de atención a la dependencia.

Libranza de asistencia personal

Tiene por objeto la promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia severa y gran dependencia, en el primer supuesto, como complemento adicional de la Comunidad Autónoma.

Libranza de cuidados en el ámbito familiar

Tiene por finalidad que la persona en situación de dependencia reciba en su medio familiar los cuidados no profesionales que precise y así se determine en el correspondiente programa individual de atención.

Capítulo 4

Las Asociaciones de familiares de personas con alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas (AFAS)

El alzhéimer por sus características sociosanitarias además de afectar directamente a la persona que lo sufre, afecta también a su familia, y especialmente al/a la cuidador/a principal. La persona que padece la enfermedad de Alzheimer, normalmente, prefiere el cuidado en su entorno, con la familia directa pero esta opción produce unos desajustes importantes en la persona cuidadora como renunciar a una parte importante de la vida personal, profesional y social así como mucho desgaste físico y psicológico.

4.1. LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHÉIMER Y OTRAS DEMENCIAS EN ESPAÑA

A finales de los años ochenta, ante la escasa ayuda de las administraciones públicas, el desconocimiento generalizado sobre la enfermedad de Alzheimer y la inexistencia (en aquel momento) de recursos o servicios, nacen a iniciativa propia, las primeras asociaciones de familiares de personas con alzhéimer. Estas agrupaciones aglutinan las aspiraciones y reivindicaciones de todos los familiares y suponen el único recurso para dar respuesta a sus necesidades a problemas cotidianos con los que se encontraban luego del diagnóstico de esta dolencia.

Poco a poco y progresivamente, fueron naciendo asociaciones en toda España y mismo una confederación de ámbito estatal, CEAFA (a primeros de los años noventa). Fruto del nacimiento de estas asociaciones comenzaron a surgir los primeros servicios, como las Unidades Terapéuticas de estimulación cognitiva (que sirven para el tratamiento no farmacológico de personas con alzhéimer y otras demencias y al mismo tiempo la posibilidad para la persona cuidadora de obtener un tiempo diario de respiro sobre sus funciones de cuidador/a principal, para poder atender otros deberes sociales, familiares o mismo laborales) las charlas de sensibilización de la población en general, los cursos de formación para familiares y/o cuidadores/as entre otros.

4.2. LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHÉIMER EN GALICIA

En referencia a Galicia, es en el año 1994, cuando se fundan las primeras asociaciones de familiares de personas con demencias en Santiago de Compostela y en Vigo (AGADEA y AFAGA). Posteriormente, en los años 1995 y 1997 se crean tres asociaciones más, AFAOR, AFACO y AFAL-Ferrolterra, para un año más tarde, en 1998, surgir la Federación Alzhéimer Galicia.

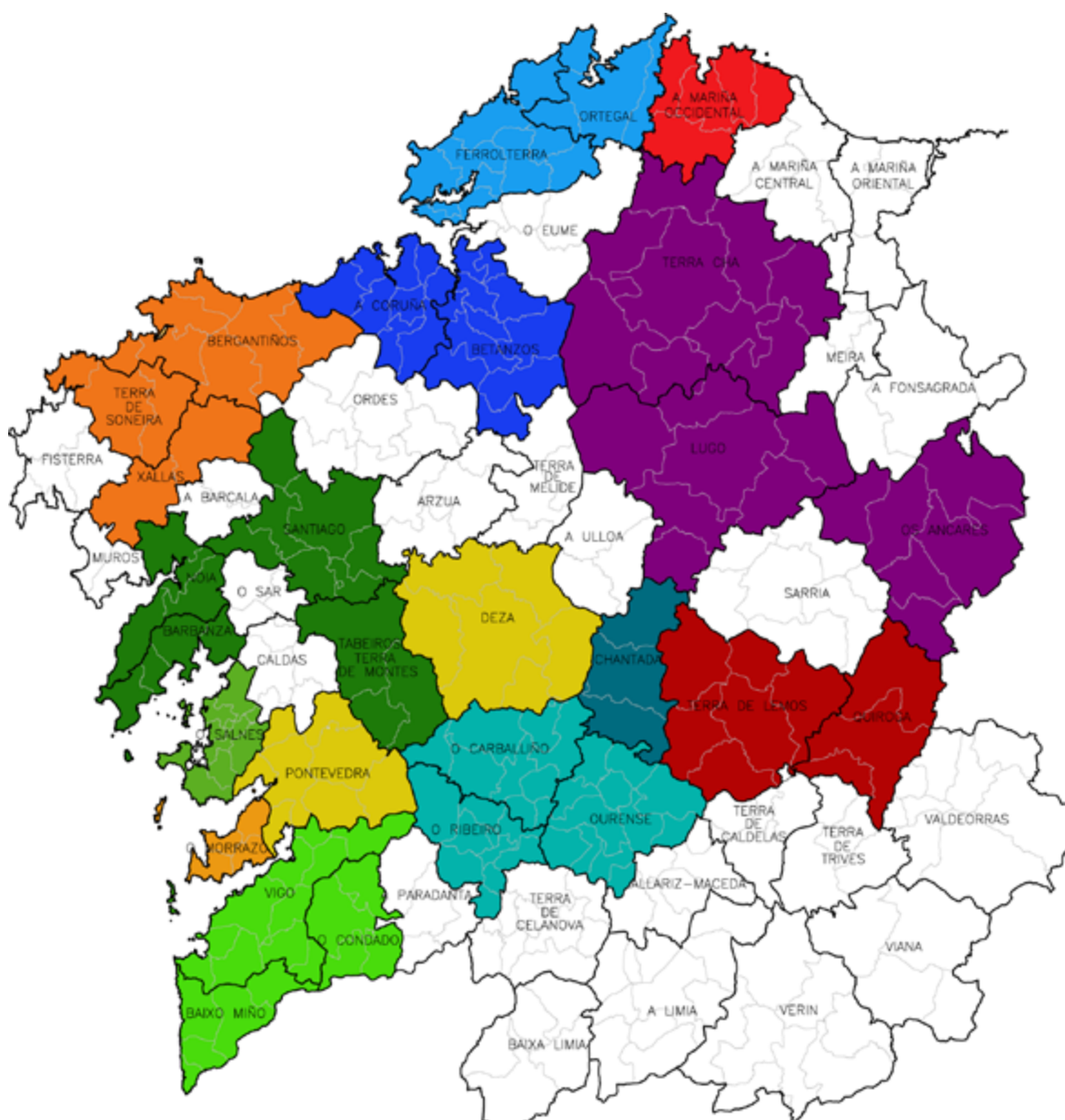
La Federación es una entidad sin ánimo de lucro que nació de la unión de estas cinco asociaciones para componerse, ya en el año 2016, de un total de 13 asociaciones distribuidas por todo el territorio Gallego.

Tabla 10. Asociaciones de familiares de personas con alzhéimer según la provincia

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

Elaboración propia a partir de la web www.fagal.org

Figura 3. Mapa de las zonas de trabajo de las AFAs gallegas



A. MISIÓN, VISIÓN, VALORES Y OBJETIVOS DE LA FEDERACIÓN ALZHEIMER GALICIA

Misión

La misión de la Federación Alzheimer Galicia es mejorar la calidad de vida de las personas que sufren alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas y de quienes las cuidan. Para eso, la Federación Alzheimer Galicia trabaja en fortalecer las asociaciones de familiares de enfermos de alzhéimer y otras demencias (AFAS) gallegas y colaborar en generar cambios en la sociedad a favor de estas personas y de quienes las cuidan.

Visión

La Federación Alzheimer Galicia quiere ser una organización referente, fuerte, unida y abierta a todas las necesidades de las personas con alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas y de quienes las cuidan para dar una respuesta integral y próxima. También quiere impulsar la creación de recursos y el desarrollo de la investigación social y clínica.

Valores

- **Solidaridad:** desde la Federación Alzheimer Galicia se le ayuda tanto a la persona usuaria como a sus cuidadores familiares a través de cursos de formación, información y sensibilización así como mediante el acompañamiento y el voluntariado en las diferentes asociaciones.
- **Compromiso social:** debido a los datos sociodemográficos de Galicia, actualmente la sociedad se identifica con el problema familiar y se compromete. Desde la Federación hacemos que se comprenda la enfermedad y buscamos la implicación de toda la sociedad en la lucha contra esta.
- **Dignidad de las personas:** la Federación Alzheimer Galicia busca la dignidad de las personas con demencia y su familia, integrándolos en la sociedad y evitando ser estigmatizados.
- **Honestidad y excelencia:** desde la Federación Alzheimer Galicia se realiza un trabajo eficiente y reconocido por otras entidades, por lo que es transparente ante todos los grupos de interés y ante la sociedad.
- **Trabajo en red:** del diferente personal profesional que pertenece a la Federación en la creación y homologación de modelos de gestión y manuales de estilo así como en la consecución de acciones y valores conjuntos y alineados con las asociaciones y otras entidades de acción social.

Objetivos

- Representar y ser portavoz del conjunto de asociaciones de familiares de enfermos de alzhéimer de Galicia en las cuestiones que sean competencia federada.
- Promover el desarrollo y cumplimiento de los fines de las asociaciones integradas en FAGAL.
- Defender los derechos y el cumplimiento de los deberes de las distintas asociaciones federadas, sin perjuicio de la legitimación que corresponde a cada una de ellas.
- Prestar a todas las asociaciones federadas asesoramiento y ayuda en los temas vinculados a los fines de la Federación.
- Promover actuaciones destinadas a mejorar la situación de las familias y una mejor atención

a las personas con alzhéimer.

- Reclamar de las autoridades y organismos públicos la creación de una infraestructura de apoyo (psicológico, ayuda a domicilio...) a las familias y una atención continuada, integral e interdisciplinar para con las personas con alzhéimer y otras demencias.
- Reclamar la creación de centros específicos para la atención de las personas con demencia.
- Promover la realización por parte de la Administración Pública de un censo de personas con alzhéimer existentes en Galicia.
- Desarrollar actividades de sensibilización social respecto a la problemática que esta enfermedad provoca.
- Colaborar con otras organizaciones semejantes, provinciales, autonómicas, estatales o de otro país, que participen total o parcialmente de los fines de esta Federación, en aquellas cuestiones que sean de interés mutuo.

B. LAS ASOCIACIONES QUE COMPONEN LA FEDERACIÓN ALZHÉIMER GALICIA

Como ya se informó anteriormente, la Federación Alzhéimer Galicia está, actualmente, compuesta por un total de trece asociaciones::

A CORUÑA

1. AGADEA (Asociación Gallega de Ayuda a los Enfermos con Demencias tipo Alzhéimer de Santiago)



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

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



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

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



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

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



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

LUGO

5. AFAMON (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Monforte)



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

6. AFALU (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Lugo)



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

7. AFACHANTADA (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Chantada)



Año de constitución	25-01-2005
Sede de la asociación	Rúa do Parque, núm.9 Baixo 27500. Chantada
Ámbito de actuación	Chantada, Taboada e Carballedo
Teléfono de contacto	982 462330

8. AFA VIVEIRO (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y Otras Demencias de Viveiro)



Año de constitución	31-01-2005
Sede de la asociación	Avda. Cervantes s/n Claustros de San Francisco, Planta Baixa 27869. Viveiro (Lugo)
Ámbito de actuación	Viveiro
Teléfono de contacto	616606986

OURENSE

9. AFAOR (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Ourense)



Año de constitución	24-04-1995
Sede de la asociación	R/ Nosa Señora da Saínza, 19 - Baixo 32005. Ourense
Ámbito de actuación	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
Teléfono de contacto	988 21 92 92

PONTEVEDRA

10. AFAGA (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Galicia)



Año de constitución	04-05-1995
Sede de la asociación	Avda. Martínez Garrido, núm. 21. Interior 36202. Vigo
Ámbito de actuación	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
Teléfono de contacto	986 22 97 97

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



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

12. AFAPO (Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Pontevedra)



Año de constitución	19-02-2004
Sede de la asociación	R/ Curtidoira, núm. 3, Baixo. 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 y otras demencias do Salnés)



Año de constitución	09-04-2008
Sede de la asociación	Camiño Real, 20. Trabanca Badiña 36613. Vilagarcía de Arousa
Ámbito de actuación	Vilagarcía de Arousa, Illa de Arousa, Cambados e Ribadumia
Teléfono de contacto	986 185 255

Se debe destacar como motivo principal de la importancia de las asociaciones de familiares de personas con alzhéimer el apoyo a las familias y a la propia persona enferma. Todas las asociaciones son de carácter privado sin ánimo de lucro y desarrollan sus actividades en el ámbito de la acción a favor de los intereses colectivos de las personas afectadas por alzhéimer y sus familias. Dentro de estas asociaciones se presta apoyo a las familias de diversas maneras:

- **Información y orientación:** Se informa a las familias sobre las dudas que tengan sobre la enfermedad, sobre el proceso que tienen que seguir para el acceso a las prestaciones del sistema como de cualquier duda que tengan a lo largo del proceso así como del funcionamiento de la asociación.
- **Atención social:** atención individualizada con las familias, analizando la problemática particular de cada una (ya que no hay dos personas iguales ni dos familias iguales). Se intenta adaptar los servicios disponibles a la realidad de cada familia. Las asociaciones se integran eficazmente en el circuito de atención a los y a las pacientes favoreciendo la colaboración con los Servicios Sociales y el Sistema Sanitario permitiendo un seguimiento más en profundidad de la persona enferma y de la familia.
- **Formación:** en el seno de las asociaciones y de federación se gestionan diversos cursos y jornadas de formación dirigida a las personas enfermas, a quien las cuida o personas allegadas. También se forma a los trabajadores y trabajadoras sobre la problemática específica del alzhéimer.

Por otro lado están las actividades dirigidas a las personas usuarias que pueden realizarse en Unidades Terapéuticas, Centros de día, Unidades de respiro familiar, etc, que se realizan por equipos multidisciplinares formados por psicólogos/las, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicomotricistas, animadores/las socioculturales, educadores/las, logopedas, trabajadores/las sociales, auxiliares de enfermería y demás profesionales especializados.

Estas actividades que se realizan con las personas usuarias van encaminadas a la recuperación funcional, cognitiva y social que se ve afectada por el alzhéimer a través de talleres de memoria, orientación en el tiempo y espacio, cálculo, psicomotricidad, actividades instrumentales de la vida diaria y gimnasia.

Por último y no por eso menos importante, las asociaciones buscan el apoyo, colaboración e implicación de las administraciones públicas, tanto en el ámbito local como autonómico y estatal y luchan por la visibilización y no estigmatización de las personas con alzhéimer y sus familias. No sólo persiguen una atención a las personas con alzhéimer sino una mejora de su calidad de vida así como la de sus familias mediante actividades reivindicativas, captación de fondos y actividades de sensibilización.

Las asociaciones son un potente elemento de presión ante las administraciones, promoviendo la investigación, concienciando sobre el impacto de la enfermedad, promocionando medidas de salud y prevención y promocionando la colaboración con las distintas entidades. En consecuencia, se constituyen hoy en día, y después de un largo y dificultoso camino, como un referente en el ámbito de los servicios sociales especializados.

Capítulo 5

Los centros de día de alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas

Las características de la enfermedad de Alzheimer y sus manifestaciones (síntomas) en las personas que la padecen la convierten en una “enfermedad compartida” por el entorno social de convivencia directa o indirecta del/a enfermo/a. La familia ha sido, tradicionalmente, el marco en el que las personas con alzhéimer reciben las atenciones que precisan, desarrollando un papel de primera orden como prestadora de servicios y cuidados en el ámbito de atención socioasistencial a las situaciones de dependencia. Si bien la atención familiar directa, como agente de acción en el ámbito de la dependencia, posee unos efectos muy positivos (posibilita la permanencia de la persona en situación de dependencia en su entorno propio, evita el fenómeno de la institucionalización, etc.) esta participación activa en el desarrollo de la enfermedad ocasiona en el ámbito familiar (especialmente en el/a cuidador/a principal) una acusada predisposición al padecimiento de otro tipo de trastornos (alteraciones físicas, psicológicas y/o sociales), comúnmente denominados “efectos colaterales” del rol de cuidador/a.

Es por eso que la familia, en tanto que viene asumiendo el rol de cuidador/a principal de las personas que padecen alzhéimer, precisa de una especial comprensión, apoyo y solidaridad en el difícil trance de afrontar la responsabilidad de las tareas de atención y cuidado. Y en este concreto ámbito, los centros de día de atención especializada para personas con alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas constituyen un recurso social idóneo para dar cobertura asistencial a este doble estado de necesidades (dependiente y familiares/personas cuidadoras).

En efecto, los centros de atención diurna especializada en la atención de las personas con alzhéimer u otra demencia se constituyen:

1. En primer lugar, en espacios sociales, en la medida en que dirigen su atención a la familia cuidadora, procurando la satisfacción de sus necesidades en materia de información, formación, acompañamiento, tratamiento psicológico y afectivo, respiro, etc.
2. En segundo lugar, en espacios sanitarios, en la medida en que una parte importante de sus protocolos de atención disponen de servicios específicos vinculados al mantenimiento de la calidad de vida de las personas que padecen alzhéimer, complementarios a los propios servicios del Sistema Público de Salud.

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

5.1. LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHÉIMER EN LA GESTIÓN DE LOS CENTROS DE DÍA DE ALZHÉIMER

Las entidades de iniciativa social constituyen hoy en día un medio fundamental de coparticipación y colaboración de la propia ciudadanía en las actividades del sector público. Es por eso que las propias administraciones públicas dedican una gran parte de sus esfuerzos financieros a estimular la iniciativa privada no lucrativa en la realización de actividades de interés general, teniendo en cuenta su potencial papel de proveedor alternativo y complementario de servicios de carácter público.

En el específico ámbito de la atención social especializada a las personas que padecen alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas, existe en la actualidad un amplio tejido asociativo que aglutina las personas que padecen los efectos de esta enfermedad (personas afectadas y familiares),

que son las asociaciones de familiares de enfermos de alzhéimer y otras demencias, que constituyen, en la actualidad, un importante segmento del denominado Tercer Sector. Estas Asociaciones cuentan con una contrastada experiencia en la prestación de esta tipología de servicios socioasistenciales de carácter especializado. Al mismo tiempo, se constituyen en el propio ámbito en el que sus personas asociadas desarrollan su marco habitual de vida, dando cumplimiento a uno de los principios rectores de la atención a la dependencia consagrados en la propia Ley 39/2006, de 14 de diciembre: “la permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida”. Tal y como se desprende de la normativa vigente, el proyecto asistencial de los centros de día de atención especializada a las personas afectadas de alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas se orienta a favorecer, durante el máximo tiempo posible, la permanencia de la persona afectada en su entorno propio.

Hace falta resaltar que una parte importante de las asociaciones de familiares de enfermos de alzhéimer, en tanto que titulares de centros de atención diurna, constituyen una importante red de recursos de atención social. Además constituyen una parte significativa de centros concertados con las administraciones públicas. En consecuencia, las asociaciones de familiares de enfermos de alzhéimer se convierten en la principal plataforma de impulso del crecimiento y consolidación de la Red de Centros de Atención Diurna de carácter especializado como elemento clave del Catálogo del Sistema de Atención a la Dependencia. Y apoyadas en sus objetivos y en su experiencia, constituyen la estructura idónea para la Gestión de los equipamientos integrantes de la Red Gallega de Centros de Día de Atención Social para personas con alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas.

Así se refleja en la normativa autonómica de la Red Gallega de Centros de Día de Atención Social para personas con alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas (Decreto 19/2008, de 7 de febrero y Orden de 25 de junio de 2008), en tanto que “la colaboración de las Asociaciones de Familiares de personas que padecen alzhéimer debe ser incentivada por las instituciones públicas, arbitrando los mecanismos necesarios para que, de conformidad con las previsiones públicas, resulten especialmente consideradas en el proceso de Gestión de los centros integrantes de esta Red”

5.2. DEFINICIÓN

El Centro de Día para personas con alzhéimer y otras Demencias Neurodegenerativas se concibe, en los términos establecidos en el Decreto 19/2008, de 7 de febrero, como un “equipamiento de servicios sociales dirigido a proporcionar una atención social especializada a las personas que padecen alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas”.

Se trata, por lo tanto, de equipamientos con un proyecto asistencial integral y multidisciplinar (psico-socio-terapéuticos) que prestan atención, por una parte, a las personas afectadas por estas dolencias, atendiendo a sus necesidades básicas, para promover su autonomía personal así como una mayor permanencia adecuada en su medio cotidiano y, por otra parte, a su familia, facilitándoles entre otros aspectos, apoyo durante el día.

5.3. OBJETIVOS GENERALES

La intervención social con las personas diagnosticadas de alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas tiene por finalidad (Orden de 25 de junio de 2008, por la que se regulan los requisitos específicos que deben cumplir los centros de día y las unidades de atención social para personas que padecen alzhéimer y otras demencias):

- Prevenir y retardar la evolución de las patologías promocionando la autonomía de las personas usuarias.

- Mantener e incrementar la calidad de vida de las personas usuarias y su familia.
- Prestar una atención especializada a la familia de las personas usuarias.
- Evitar una institucionalización temprana de las personas usuarias.
- Permitir que las personas usuarias permanezcan en el entorno de la comunidad el mayor tiempo posible.

5.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En relación a la persona usuaria

- Promover que la persona con demencia mantenga el mayor tiempo posible su autonomía personal.
- Promover la actividad mental para mantener y/o mejorar el rendimiento cognitivo y funcional de la persona usuaria.
- Realizar actividades cognitivas recomendadas y adaptadas la cada una de las fases de la evolución de la enfermedad.
- Animar y guiar a la persona enferma para que se interese por hacer determinadas actividades que movilicen sus capacidades cognitivas y funcionales.
- Motivar a la persona afectada por la enfermedad de Alzheimer o por cualquier otro tipo de demencia para que intente obtener el máximo de sus capacidades y vocaciones.
- Fomentar las relaciones sociales dentro y fuera del Centro de Día.

En relación con la familia

- Prestarles el apoyo psicológico y/o de cualquier otro tipo que pueda ser útil o necesario a las familias que tienen a su cargo la una persona afectada por algún tipo de demencia neurodegenerativa.
- Asesorar y/o tramitar recursos sociales que sean de utilidad.
- Formar a los familiares/cuidadores en cuestiones específicas relativas a cualquier ámbito de la enfermedad, así como en el entrenamiento de habilidades para favorecer el proceso de aceptación.

5.5. PRINCIPIOS DE LA INTERVENCIÓN

Según los artículos 2 y 3 de la Orden de 25 de junio de 2008, por la que se regulan los requisitos específicos que deben cumplir los Centros de Día de atención social para personas con alzhéimer y otras demencias, los principios rectores de los programas de intervención deben ser los siguientes:

- Principio de autonomía de la persona usuaria en la elección del recurso.
- Atención Integral del programa de intervención, por cuanto a las contribuciones de los diferentes profesionales deben interactuar sobre las diferentes dimensiones de la persona usuaria y su entorno.
- Personalización de la atención: los programas de intervención en el Centro de Día deberán acomodarse a las necesidades individuales de las personas usuarias y de su familia.

- Interdisciplinaridad: el equipo de profesionales debe de realizar su tarea individual bajo la misma filosofía, objetivos, metodología y actuaciones comunes.
- Principio de participación: potenciación de las capacidades de la propia persona, tratando de mantener el mayor nivel de independencia dentro de las posibilidades de cada usuario de forma individualizada.
- Garantía de continuidad en los cuidados, en la búsqueda de mecanismos de coordinación y complementariedad de los recursos y prestaciones existentes.
- Respeto a la dignidad y a la individualidad de las personas afectadas garantizando su atención integral y respetando el derecho a la diferencia. Ausencia de discriminación por motivos sociales o personales en el trato con las personas.

5.6. NORMATIVA DE GESTIÓN DE LOS CENTROS DE DÍA ESPECIALIZADOS

La normativa de aplicación de los Centros de Día de Atención Social para personas con alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas, Decreto 19/2008, de 7 de febrero, artículos 6, 7 y 8, señalan que se deben configurar como un servicio de naturaleza altamente especializada, desde el diseño arquitectónico, el mobiliario del centro hasta la calificación y ratios de las y de los profesionales encargados de la atención directa a las personas usuarias y de la intervención terapéutica. Se especifica, en el marco de las previsiones en materia de recursos humanos de la intervención de un equipo de profesionales multidisciplinar, que deberán contar con una formación complementaria especializada con un mínimo de 60 horas, en la atención de las personas que padecen alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas (artículo 7, Orden de 25 de junio de 2008).

En tanto que servicio público de la red Gallega de Centros de Día de Atención Social para personas con alzhéimer y otra demencias neurodegenerativas, las entidades, centros y programas que estos desarrollen quedarán sujetos a las previsiones que en materia de control e inspección se establecen en la norma anteriormente mencionada en el artículo 4 en materia de autorización e inspección. (Orden de 25 de junio de 2008).

De este modo, corresponderá, en todo caso a la Administración autonómica la fijación de las directrices para la organización del servicio (circuito de entrada y salida de las personas usuarias, a través del Sistema de Atención a la Dependencia), ordenar las modificaciones en la realización del servicio que el interés público aconseje, fiscalizar la gestión del servicio, inspeccionando las tareas que se estén desarrollando para comprobar se estas son acordes con las indicaciones dadas, solicitar la información que resulte necesaria para tales efectos, cursar las órdenes oportunas para mantener y restablecer la debida calidad en la realización del servicio. Corresponderá igualmente a la Administración autonómica las funciones de seguimiento y evaluación.

5.7. ASIGNACIÓN DEL SERVICIO DE CENTRO DE DÍA EN LA MODALIDAD DE GESTIÓN PÚBLICA O CONCERTADA

A. TITULARES DEL DERECHO DE INGRESO: SEGÚN LA NORMATIVA VIGENTE

Orden de 16 de abril por la que se regulan las condiciones de los ingresos y traslados en servicios prestados en centros propios o concertados, en el ámbito de atención a la dependencia y de la promoción de la autonomía personal, estipula que podrán acceder al servicio de Centro de Día Especializado las personas que, de conformidad con el Decreto 15/2010, de 4 de febrero, se les recono-

ciera su condición de personas en situación de dependencia y se les resolviera en su Programa Individual de Atención Social para personas con alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas.

B. ASIGNACIÓN DE PLAZA

Cuando se produce una baja en el centro, y como consecuencia queda una vacante, el/la trabajador/a social deberá comunicarla, en el plazo máximo de dos días, a la unidad administrativa responsable de la Gestión de ingresos.

C. RESOLUCIÓN DE ASIGNACIÓN DE PRAZA

La asignación de plazas se llevará a cabo a través del programa de asignación de recursos (PAR), conforme los criterios señalados en los artículos 44 y 45 del Decreto 15/2010, de 4 de febrero. La resolución de plaza será notificada a la persona usuaria por la unidad administrativa responsable de la Gestión de ingresos. De forma simultánea a la notificación a la persona interesada, el citado departamento, en función de las plazas disponibles, enviará al Centro de Día un listado de personas adjudicatarias, que se le facilitará al/ la trabajador/a social para que inicie los trámites pertinentes. Al mismo tiempo, se pondrá en contacto con el Equipo de Valoración y Dependencia (EVO) correspondiente a cada Delegación Provincial para informar de las altas propuestas y que estos faciliten al centro los expedientes de cada persona usuaria con la siguiente información: solicitud de dependencia, resolución de grado, valoración del terapeuta ocupacional EVO, informe social (**Anexo I**), informe médico, resolución de la aprobación del PIA, la capacidad económica de la persona en situación de dependencia y la participación en el coste de servicio (normativa vigente para valoración de los ingresos en función del Decreto 149/2013, de 5 de septiembre).

Recibida la comunicación de la asignación de plaza en el centro, el/a trabajador/a social registrará la persona usuaria de la siguiente forma:

- Apertura de un expediente en soporte físico en el que se incluirá toda la documentación generada en formato papel (documentación de identificación de la persona usuaria y persona cuidadora principal, datos bancarios, informe social, expediente de la persona usuaria recibido por el Equipo de Valoración y Dependencia (EVO), etc.).
- Apertura de una ficha de la persona usuaria (en soporte papel o soporte informático), en la que constará la fecha de alta en el centro y los correspondientes datos personales de la persona usuaria, el Programa de Atención Individualizada (PAI) (**Anexo II**) elaborado por el equipo interdisciplinar del centro, test y escalas utilizadas en el proceso de valoración y cualquier otro dato de interés de la vida prestacional de la persona usuaria.

En función del listado recibido, el/a trabajador/a social, en el plazo máximo de dos días, remite la comunicación de adjudicación a cada persona usuaria por correo postal certificado y con justificante de recepción a cada persona adjudicataria. En esta ocasión le informara sobre la concesión del servicio, se le facilitan datos de contacto con el centro y se le ofrecen varias alternativas para elegir: acudir al centro, renunciar a la plaza concedida de manera temporal por ingreso hospitalario, renunciar expresamente a la plaza o fallecimiento de la persona usuaria. En este impreso, la familia receptora deberá seleccionar la alternativa que más le interese y remitirla debidamente cubierta al centro.

Una vez que se recibe el justificante de recepción, la familia dispone de un plazo máximo de 10 días naturales para ponerse en contacto con el centro. En función de la alternativa seleccionada por parte de cada persona usuaria, se presentarán distintas situaciones:

- **No se recibe respuesta en el plazo estipulado**, por lo cual se entiende que la persona usuaria renuncia al recurso.
- **Renuncia expresa al recurso**: formalizada la renuncia, se archivará la solicitud y se pondrá fin al expediente de conformidad con el dispuesto en el artículo 42 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común.
- **Aplazamiento del ingreso**: cuando por causas de fuerza mayor o por razón de ingreso hospitalario no se produzca el ingreso dentro del plazo regulado de los 10 días, la persona interesada, antes de la finalización de este plazo, podrá solicitar el aplazamiento del ingreso. De ser el caso, la plaza será cubierta por otra persona. Desaparecida la causa que justifica el aplazamiento, se incorporará en la primera vacante que se produzca en el servicio (artículo 12, Orden de 16 de abril del 2014).
- **Fallecimiento de la persona solicitante**: en estos casos, el/a trabajador/a social del centro remite a la unidad administrativa responsable de la Gestión de ingresos la copia del justificante de recepción de correos, así como la copia de la notificación enviada a las familias.
- **Aceptación del recurso**: la familia contacta con el/la trabajador/a social del centro a fin de concretar una reunión personal para proceder a la valoración inicial de la persona usuaria y familia

Una vez finalizado este proceso, el/a trabajador/a social del centro remite a la unidad administrativa de Gestión de ingresos la “Depuración del listado de adjudicación” con las respuestas recibidas por parte de cada una de las personas adjudicatarias propuestas.

5.8. VALORACIÓN DE LA PERSONA USUARIA

Tras la aceptación de la plaza por parte de la persona usuaria/familia en el centro de día, se inicia el proceso de valoración.

A. VALORACIÓN INICIAL

1. El/la trabajador/a social del centro acuerda una reunión presencial a la que asistirán la persona usuaria y familiar de referencia. En esta reunión se aclararán todas aquellas dudas que la familia y la persona usuaria manifiesten. Además, se les facilitará información relativa al centro: objetivos, servicios que se prestan, horarios, perfiles de profesionales, actividades llevadas a cabo por los/las usuarios/as del centro y aportación económica correspondiente.
2. El/a trabajador/a social solicitará a la familia que antes de formalizar el ingreso facilite al centro la documentación necesaria de la persona usuaria y familia (DNI, tarjeta sanitaria, informe médico actualizado, resolución de incapacidad...).
3. También le facilitará a la familia información acerca de aquellos enseres que deben proporcionar al centro en el momento del ingreso: muda de ropa, medicación, ayudas técnicas...
4. La Dirección/Coordinación/trabajador social del centro acordará con la familia una reunión para poder acompañarlos en una visita guiada por el centro para que puedan conocer las instalaciones.
5. Se les comunica a la familia/persona usuaria las cuestiones relativas al inicio de la prestación del

servicio:

- Una vez notificada la concesión de plaza a la persona usuaria, deberá procederse a la firma entre la persona usuaria/representante legal y el centro del acuerdo/contrato de prestación de servicios, documento contractual en el que deberá constar necesariamente el deber del/a usuario/a de abonar al centro el importe que le corresponda en forma y plazos en que deberán efectuarse los correspondientes pagos. En caso de que la persona usuaria solicite algún servicio complementario del centro, también se procederá a la firma de la contratación de los dichos servicios.
- Se entregará a la familia/persona usuaria la copia del “régimen interior del centro” debidamente firmado y registrado por el órgano competente de la Administración pública.

La Dirección/Coordinación del centro, acordará con la familia/persona usuaria una reunión presencial para proceder a la valoración de la persona usuaria por parte de los y de las profesionales que forman el equipo terapéutico del centro. Previamente, se le facilitará al equipo de valoración, el informe social y/o ficha sociosanitaria para que puedan consultar los datos recopilados por el/a trabajador/a social y, si fuera preciso, los datos facilitados por el EVO, Equipo de Valoración de Dependencia.

El día acordado, las familias y personas usuarias llegan al centro para llevar a cabo a valoración terapéutica.

B. VALORACIÓN SOCIAL

El/la trabajador/a social procederá a la recogida de datos de carácter sociosanitario y aplicará test/escalas (“escala Gijón”) para la recogida de datos sociales, valorando la existencia o no de riesgo sociofamiliar, recogiendo información sobre el entorno familiar de la persona usuaria y de su red social de apoyo.

C. VALORACIÓN SANITARIA

Valoración de los informes médicos de la persona usuaria, facilitados por los familiares y por el Equipo de Valoración y Dependencia (EVO) de la delegación provincial correspondiente.

D. VALORACIÓN COGNITIVA/CONDUTUAL

Valoración de la persona usuaria con el fin de poder valorar su estado cognitivo, aplicando distintas pruebas cognoscitivas como son:

- Mini examen cognoscitivo (M.E.C): permite conocer el grado de deterioro cognoscitivo que manifiesta el/a usuario/a en distintas áreas como son: orientación, fijación, concentración, cálculo, memoria, lenguaje y construcción.
- Test del reloj.
- Escala de deterioro global de Reisberg (GDS).
- Si fuera el caso, escalas de elaboración propia del centro.

E. VALORACIÓN FUNCIONAL

Reunión con la familia/usuario con el objetivo de recopilar información sobre las siguientes áreas:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Se recoge información relativa al grado de dependencia que presenta la persona usuaria.

- Área sensorial: se contempla la información relativa a la visión y a la audición que presenta la persona usuaria.
- Área motriz: se recoge información relativa a la motricidad fina, motricidad gruesa, latera- lidad, praxis gestual, praxis constructiva y coordinación general que presenta la persona usua- ria.
- Área emocional y del comportamiento.

Para la valoración funcional de la persona usuaria, el/la terapeuta ocupacional utilizará herra- mientas como el Índice de Barthel, el Índice de Lawton y, si es el caso, batería de pruebas de elabo- ración propia del centro.

F. VALORACIÓN FISIOTERAPIA

Valoración física del/a usuario/a, en la que se tiene en cuenta las siguientes áreas:

- Cardiología y respiratorio:
 - Cardiología: valora los focos de auscultación cardíacos y períodos de sístole- diástole que darán información sobre el estado cardíaco de la persona usuaria.
 - Respiratorio: valora la dinámica y patrón del/a usuario/a.
- Dolor: con la dicha valoración se podrá conocer la percepción del dolor que tiene la persona usuaria y realizar seguimiento y evolución de este.
- Goniometría (rigidez): determina la rigidez que presenta una persona usuaria en alguna ar- ticulación que impida el desarrollo funcional normal de esta.
- Ejercicio terapéutico cognitivo: determina la capacidad de la persona usuaria para realizar ejercicios terapéuticos cognitivos.
- Riesgo de caídas: para determinar el riesgo de caídas de la persona usuaria.
- Propiocepción: con la propiocepción se valora la capacidad del cuerpo de detectar el movi- miento y posición de las articulaciones.
- Análisis de la marcha: exploración dinámica en plano frontal y sagital de la marcha de la persona usuaria.

Una vez recogida la información de la valoración, el equipo interdisciplinar realiza el dictamen final, si la persona usuaria es **APTA** o **NO APTA** acerca de la conveniencia o no de su ingreso en el Centro de Día.

En ocasiones, las personas usuarias pueden mostrar alteraciones de conducta severas que desaconsejen su ingreso en el centro. En estos casos, la Dirección/Coordinación del centro traslada a la familia el dictamen final y las alternativas expuestas por el equipo interdisciplinar de valoración

(reajuste de medicación que contribuya a su estabilización funcional y cognitiva, orientación hacia otros recursos más idóneos a su perfil...).

5.9. PRIMER DÍA DE INGRESO DE LA PERSONA USUARIA EN EL CENTRO

En el primer día de ingreso de la persona usuaria al Centro de Día, el equipo interdisciplinar realizará con la persona usuaria y con su familia las siguientes actividades:

- Se explicará y recordará a la persona usuaria las características del servicio que va a percibir (días, horas, actividades...).
- Resolverá las primeras dudas que puedan surgir con relación con la dinámica del servicio.
- El/la trabajadora/a social registrará al/a usuario/a en el “libro de registro de personas usuarias (formato papel o digital)”, que deberá constar del número de expediente, nombre y apellidos, fecha de ingreso del/a usuario/a en el Centro de Día (alta), fecha de baja, motivo de la baja y observaciones.
- El equipo profesional del centro iniciará el proceso de diseño del Plan individual de atención (PIA) en función de los objetivos que se pretenden alcanzar con el/a usuario/a y de las actividades que va a realizar.

5.10. PERÍODO DE ADAPTACIÓN DE LA PERSONA USUARIA

El período de adaptación tiene por finalidad comprobar si las personas usuarias reúnen las condiciones físicas y psíquicas indispensables para permanecer en el servicio, su adaptación a las características y funcionamiento propio de este servicio, así como la existencia de los hábitos de convivencia mínimos necesarios para garantizar una correcta atención y el propio bienestar del resto de las personas usuarias. La duración máxima del período de adaptación es de treinta días naturales contados desde el ingreso (salvo interrupción en los supuestos de permisos autorizados o por ingreso hospitalario). Puede ser el caso que durante este período de treinta días, el equipo interdisciplinar del centro detecte síntomas de conducta o psicológicos propios de las patologías de demencias neurodegenerativas, que no son debidos a su nueva rutina ni al nuevo espacio.

En estos casos, desde el Centro de Día, se contactará con las familias con el fin de derivar al personal médico que le corresponde y orientar a la instauración de nuevas pautas farmacológicas que puedan contribuir a una mejora de los síntomas presentados por la persona usuaria. Se hará un seguimiento diario e individualizado a fin de poder verificar la eficacia o no de las medidas adoptadas. Si no fuera suficiente para paliar estos síntomas en los treinta días establecidos, dicho plazo podrá ampliarse de forma excepcional, por una sola vez, y con la misma duración, por la unidad administrativa responsable de Gestión de los ingresos y traslados.

Durante este período el centro adoptará las medidas necesarias para facilitar el proceso de adaptación. Dicha prórroga de adaptación tendrá que ser solicitada por la Dirección del centro (según el artículo 13, Orden de 16 de abril de 2014).

Al finalizar este período, y en el supuesto de que el centro considere que la persona usuaria no es apta para el tipo de plaza asignada, deberá remitir, antes de finalizar el período de adaptación, un informe razonado al órgano superior competente en materia de dependencia, quien, de ser el caso, determinará la asignación del recurso más idóneo (artículo 14, punto 4 de la Orden de 16 de

abril de 2014). Si la familia está de acuerdo con la baja definitiva en el centro por “no adaptación” a este, se procederá a firmar por parte de dicha familia el documento de “Cese de servicios” o baja (señalado en el punto 14).

Una vez superado el período de adaptación sin incidentes, se producirá, de forma automática, el ingreso definitivo de la persona usuaria en el centro (artículo 15, Orden de 16 de abril de 2014).

5.11.PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CENTRO DE DÍA

Por norma general, el horario del centro de día será de 08:00 horas de la mañana hasta las 20:00 horas de la tarde, de lunes a viernes. La intensidad horaria, duración y servicios concedidos a cada usuario/a del centro de día vendrá establecido en el Programa individual de atención (PIA) aprobado en resolución por el órgano de valoración de la administración competente en materia de Dependencia.

Se diferencia en los siguientes términos:

- Jornada completa: 160 horas/mes.
- Media jornada: 80 horas/mes.

El servicio de transporte, es decir, el traslado de las personas usuarias desde su domicilio al centro y del centro a su domicilio, se realizará en el horario de apertura del centro. El cálculo de su coste se realiza de forma independiente al coste de la prestación del servicio en el Centro de Día por ser un servicio que la persona usuaria/familia puede aceptar o renunciar a él.

Según el artículo 7 del Decreto 19/2008, de 7 de febrero, el Centro de Día especializado debe prestar, con carácter general, un servicio de atención integral a las personas usuarias en sus necesidades básicas, sociales, terapéuticas y psicológicas, adecuando el plan de cuidados en función del grado de evolución de la demencia, garantizando la aplicación de medidas terapéuticas que sean eficaces en cada usuario/a en concreto. Además, entre otros servicios generales, se especifica prestar apoyo a las familias mediante atención social y psicológica, asesoramiento sobre estimulación cognitiva, sobre la adaptación del entorno y ayudas técnicas con el fin de mejorar los cuidados que se prestan a las personas usuarias, disminuir la carga de trabajo y mejorar la calidad de vida de las familias cuidadoras. También se incluyen la importancia de su participación activa y su formación.

El centro de día especializado debe desarrollar una serie de servicios mínimos, adecuados y específicos para una idónea atención de las personas usuarias que padecen Alzheimer o algún tipo de demencia neurodegenerativa.

En una primera descripción, estos servicios se pueden clasificar en:

a. Servicios básicos

- **Servicios básicos de atención sanitaria:** cuidado personal, aseo e higiene, asistencia en actividades básicas de vida diaria, control e mantenimiento de la salud, prevención de caídas, gestión de la medicación, entre otros.
- **Servicio de manutención:** comprenderá el desayuno o almuerzo e, de forma opcional, el aperitivo y merienda/cepa.
- **Servicios básicos de estimulación terapéutica:**
 - Servicios básicos terapéuticos de intervención con los usuarios y usuarias en el ámbito social, cognitivo/de la conducta, funcional y fisioterapia.

-Servicios básicos terapéuticos de intervención con las familias cuidadoras, prestando programas como el servicio de información, orientación y asesoramiento, grupos formativos, grupos de ayuda mutua, servicio de apoyo psicológico individual y/o familiar, y el servicio de disfrute del tiempo de ocio.

- **Servicio básico de transporte adaptado.**

b. Servicios complementarios

Pueden ser susceptibles de tarificación independiente y pueden ser el servicio de podología, peluquería, servicio de ayuda en el hogar, préstamo de ayudas técnicas, asesoramiento jurídico a las familias, etc.

c. Servicios de Prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal, regulados en el Decreto 149/2013, del 5 de septiembre. Este apartado se desarrollará en el capítulo siguiente e incluye:

- Servicio de prevención de la dependencia específico de alzhéimer y otras demencias.
- Servicio específico de estimulación terapéutica para personas con alzhéimer y otras demencias

5.12. EL PLAN GENERAL DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICO DEL CENTRO DE DÍA

Los servicios anteriormente mencionados se llevarán a cabo en el Centro de Día a través de la implementación de programas de intervención que se exponen a continuación:

a. Programas de intervención dirigidos al propio/a usuario/a

- Programa de ingreso y acogida.
- Diseño y elaboración del Plan de atención individualizada (PAI).
- Programa de intervención terapéutica: no hay una persona afectada por alzhéimer u otra demencia neurodegenerativa que sea igual a otra. Por lo tanto, al desarrollar la intervención terapéutica, se deben exponer cuáles son las áreas que más se deben estimular a cada uno de los usuarios y usuarias y a qué nivel. La exposición de una intervención terapéutica no farmacológica en las demencias es posible gracias a la plasticidad de nuestro cerebro, circunstancia que permite que este se adapte a nuevas situaciones y restablezca funciones que parecían perdidas.

Las terapias que se llevan a cabo en un centro de día pueden ser, entre otras:

Terapias cognitivas:

- Orientación a la realidad
- Estimulación cognitiva
- Método Montessori

- Reminiscencia
- Técnicas de comunicación y terapia de validación

Terapias funcionales y motrices:

- Estimulación de las AVDs
- Psicomotricidad
- Fisioterapia
- Movilizaciones pasivas y activas
- Prevención de caídas y mejora del equilibrio

Terapias socializadoras:

- Laborterapia
- Musicoterapia
- Ludoterapia
- Arterapia

Figura 4. Terapias socializadoras (Centro de Día de la Red Pública de Alzheimer de Moaña - AFAMO)



Programa de control y mantenimiento de la salud:

- Programa de alimentación y nutrición
- Programa de aseo e higiene
- Programa de control de esfínteres
- Programa de prevención de caídas
- Programa de control de la salud
- Programa de gestión de la medicación

b. Programas de intervención, de apoyo y atención dirigidos a las familias/cuidadores de los usuarios del Centro de Día

- Servicio de información, orientación y asesoramiento.
- Grupos formativos para familias.
- Grupos de ayuda mutua y autoayuda.
- Servicio de mediación.
- Terapias de relajación.
- Terapias individuales y de pareja.
- Servicio de disfrute del tiempo de ocio.

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



5.13. DISEÑO Y ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA (PAI) DEL/ LA USUARIO/A DEL CENTRO DE DÍA

Según la normativa vigente en protocolo de inspección de servicios sociales sobre Centros de Mayores, discapacidad y dependencia de la Comunidad Autónoma de Galicia, cada persona usuaria debe contar con un Plan de atención individualizada (PAI). El PAI deberá estar elaborado por el equipo interdisciplinar del centro y en el plan deben constar:

- Valoración integral de la persona usuaria.
- Detección de necesidades y potencialidades.
- Exposición de objetivos concretos que se pretenden conseguir con la persona usuaria.
- Los programas y actividades que se van a realizar para conseguir los objetivos.

- Evaluación periódica del cumplimiento de los objetivos definidos que se llevará a cabo por norma general de forma anual.

En la elaboración del PAI, se tendrá siempre como referencia el principio de “participación” de la persona usuaria, así como el principio del “complemento mínimo imprescindible”, cuyo fin es que la persona usuaria realice el mayor número de actividades posibles dentro de sus capacidades. Es importante cumplir la premisa de que en la fijación de los objetivos deberá participar la persona usuaria, y en los casos de personas usuarias con modificación de la capacidad o con gran deterioro cognitivo tener en cuenta la persona de referencia o quien la represente legalmente.

a. El PAI debe comprender como mínimo los siguientes áreas.

- *Área social*: que abarca el mantenimiento y promoción de las relaciones sociofamiliares de la persona usuaria en el ámbito del centro y comunitario.
- *Área psicológica y funcional*: comprende la promoción, prevención y mantenimiento de las capacidades cognitivas, de la conducta y funcionales de la persona usuaria. En esta área se realizará una valoración de la capacidad cognitiva, funcional y física, de las situaciones de depresión, ansiedad, de la facilidad de relación con otras personas y de participación de las actividades.
- *Área sanitaria*: que abarca la promoción y prevención.

b. Los objetivos de la elaboración del PAI son:

- Conocer a través de la valoración integral realizada por el equipo interdisciplinar, las capacidades y necesidades psíquicas, funcionales, físicas y sociales de las personas usuarias del centro.
- Ofrecer los cuidados y la atención personalizada que las personas usuarios precisan para desarrollarse en la vida cotidiana con la finalidad de conseguir un idóneo nivel de satisfacción y bienestar y, por lo tanto, de calidad de vida.
- Evaluar el seguimiento de las personas usuarias y su participación en las actividades diarias del Centro de Día.

c. Metodología de la elaboración do PAI

- Valoración inicial por parte de las y de los profesionales del equipo interdisciplinar.
- Reunión del equipo técnico para el consenso del plan individualizado de atención de cada usuario y de los programas y actividades de los que se puede beneficiar.
- Puesta por escrito y presentación a la familia.
- Desarrollo de los programas y actividades incluidos en el plan.
- Seguimiento diario.
- Valoración anual.
- Reuniones del equipo interdisciplinar y revisión de los planes individualizados con la finalidad de realizar modificaciones, cuando sean precisas.
- Comunicación a las familias.

5.14. PROCESO DE BAJA DEL/A USUARIO/A EN EL CENTRO DE DÍA

El inicio de la solicitud de baja definitiva de una persona usuaria en el Centro de Día se puede iniciar a instancia de la persona usuaria/familia, por iniciativa propia del centro o por fallecimiento.

El proceso de baja en el Centro de Día puede producirse por distintas causas, en general son las siguientes:

- No lograr la adaptación al centro de la persona usuaria durante el período de prueba.
- Renuncia por petición propia del usuario/familia.
- Deterioro importante en la evolución de la dolencia o del estado general de salud, que impide la continuidad de la persona usuaria en el centro de día.
- No dar continuidad a las pautas terapéuticas que se establezcan en el centro de forma reiterada y sin justificación expresa ninguna.
- Por padecer enfermedad infectocontagiosa o dolencia mental que altere la convivencia normal del centro.
- Por circunstancias que recomiendan el cambio del PIA de Dependencia para otro recurso (SAD, residencia definitiva...)
- Por incumplimiento del reglamento del régimen interior y sanción disciplinaria.
- Por traslado de domicilio e imposibilidad de continuar la asistencia en el centro.
- Por fallecimiento.

a. Recepción de la solicitud de baja

La Dirección/Coordinación del centro:

- Recibirá la información acerca de los motivos de salida del centro y se encargará de informar de la baja al resto del personal que interviene con la persona usuaria.
- Informará de la baja al resto de personal que interviene con la persona usuaria.
- Facilitará, siempre y cuando sea posible, que la persona usuaria reciba una despedida afectuosa del personal y compañeros/as del centro.

b. Tramitación de la solicitud de baja

El/la trabajador/a social del centro:

- Facilitará y orientará a la familia de los trámites que hay que seguir para proceder a la baja. En reunión con la familia, se concretará la causa que motiva la solicitud de baja y se procederá a la firma del documento de “cese de servicios” o baja.
- Prestará apoyo emocional a la familia, si procede.
- Realizará contacto de seguimiento con la familia, en los casos que se considere oportuno.
- Comunicará al órgano administrativo de Gestión de Ingresos, en el plazo máximo de dos días, la “comunicación de la baja definitiva de la persona usuaria” con el motivo y la fecha de solicitud de la baja, propuesta tanto por la entidad del centro o de forma voluntaria por parte de la familia, y la comunicación de plaza vacante como consecuencia de la dicha baja.
- Procederá al registro de la fecha de baja, motivo y observaciones, si procede, de la persona usuaria en el “libro de registro de usuarios” del Centro de Día.

Capítulo 6

Programas y servicios de los centros especializados en alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas

6.1. SERVICIO ESPECÍFICO DE ESTIMULACIÓN TERAPÉUTICA PARA PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Mantener una vida social e intelectual activa, retrasa la aparición de los síntomas de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en personas con deterioro cognitivo leve, además de retardar la evolución de la enfermedad en personas ya diagnosticadas, sobre todo en las fases iniciales.

El servicio específico de estimulación terapéutica engloba un amplio abanico de actividades realizadas fundamentalmente en grupo. Cada actividad, además de incidir sobre unos objetivos específicos, tiene el valor añadido para el/la usuario/a de desarrollarse en compañía de otras personas, lo cual favorece el contacto y la relación con los demás. A su vez, se fomenta que cada participante mantenga un rol activo. Además, la participación de la persona con demencia en cada una de las actividades ofrece un tiempo de respiro al/a la cuidador/a mientras se lleva a cabo la actividad.

Cada una de las actividades desarrolladas no pretenden ser simples ocupaciones, sino que cada una de ellas incide sobre determinada/s capacidad/s (entrenamiento de la memoria, orientación a la realidad, reminiscencias, etc.) y tiene una significación personal para la persona con demencia.

Previamente al acceso a cada actividad o intervención, se realiza un análisis y evaluación inicial cognitiva y funcional de cada persona usuaria, con el fin de conocer su grado de deterioro y así poder participar en la actividad idónea a su caso.

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

Este programa tiene como finalidad proporcionar tratamiento no farmacológico para demorar los síntomas de la enfermedad y mantener las capacidades funcionales durante el mayor tiempo posible, mejorando de esta manera la autonomía y autoestima del/a usuario/a. Además, se dignifica la vida de la persona con demencia, se aumenta la sensación de seguridad y se retrasa la pérdida de la funcionalidad, dando calidad de vida a la persona afectada y a su entorno familiar. A su vez facilita unas horas de respiro para los/las familiares cuidadores/as.

«La estimulación cognitiva en personas con enfermedad de Alzhéimer agrupa un conjunto de intervenciones que actuando a través de la percepción sensorial y de las funciones intelectivas, tratan de atenuar el impacto personal y social de esta enfermedad. En sentido amplio, la estimulación cognitiva engloba las actuaciones dirigidas a mantener o mejorar las capacidades cognitivas propiamente dichas, las capacidades funcionales, la conducta y la afectividad» (*J. Olazarán, R. Muñiz. 2004*)

Las actividades de estimulación cognitiva se centran en diversas áreas como: la orientación a la realidad, el lenguaje, la memoria, las praxis y el reconocimiento perceptivo.

Por su parte, la psicomotricidad es la capacidad o facultad que permite, facilita y potencia el desarrollo perceptivo físico, psíquico y social de la persona a través del movimiento. Es la relación mutua entre la función motriz y la capacidad psíquica que engloba el componente socioafectivo (relaciones que establece la persona, comportamientos y sentimientos) y el componente cognitivo (ca-

pacidades y aptitudes del individuo).

De este modo, el movimiento actúa como el medio a través del cual el individuo se pone en relación con lo que le rodea. El contexto más propicio para el aprendizaje es el de la acción, experimentación, juego e intercambio social con las otras personas.

Previamente a la participación en las distintas actividades de este programa, se realiza una valoración inicial cognitiva, funcional, psicológica y social de cada persona usuaria con el fin de conocer su nivel de deterioro. El objetivo es trabajar con grupos lo más homogéneos posible y tratar de mantener las capacidades que conservan potenciando la autonomía de la persona.

Taller de estimulación cognitiva

La finalidad de estos talleres es mantener, mejorar, estimular y entrenar las distintas capacidades y funciones cognitivas, mediante ejercicios de memoria, percepción, habilidad, atención, razonamiento, concentración, abstracción, lenguaje, cálculo, procesos de orientación, funciones ejecutivas, etc., dirigidas a mejorar el funcionamiento cognitivo.

Las intervenciones pueden hacerse de manera individual o grupal. En el caso de intervenciones grupales en función de la valoración inicial de cada usuario/a se establecen grupos de trabajo en los niveles: leve, leve-moderado y moderado. También se realizan talleres dirigidos a personas con demencia con nivel leve con afasia.

Se trabaja sobre las capacidades residuales de la persona (las que aún conserva y no las que ya perdió), para evitar la frustración del/a usuario/a.

En estos talleres se aplican varios tipos de terapias de estimulación, entre otras:

- **Terapia de actividad cognitiva:** con el objetivo de ejercitar las capacidades cognitivas como son la memoria, orientación, atención, lenguaje, percepción o cálculo.
- **Terapia de orientación a la realidad:** con el objetivo de aumentar su seguridad y capacidad de orientación. Trata de favorecer la orientación temporal, espacial y personal acercando información como la fecha, día de la semana, momento del día, estación del año, ropa idónea a cada estación, etc. En la realización de las actividades se pueden emplear periódicos, fotos, relojes...
- **Terapia de reminiscencia:** con el objetivo de facilitar el recuerdo de acontecimientos vividos en el pasado y especialmente dirigida a personas con demencia que tienen muy afectada la memoria reciente. Para la realización de las actividades podemos apoyarnos en el empleo de diversos objetos, fotografías, películas, canciones, etc. Se potenciará que los y las participantes narren historias, vean fotos, cuenten cosas del pasado, que hablen de todo lo que recuerden e incluso que lo escriban.
- **Terapia de validación:** con el objetivo de adquirir habilidades sociales para poder relacionarse de manera sana. Pretende respetar su realidad a través de técnicas como la escucha activa y el parafraseo.

Talleres de Estimulación Cognitiva a través de nuevas tecnologías

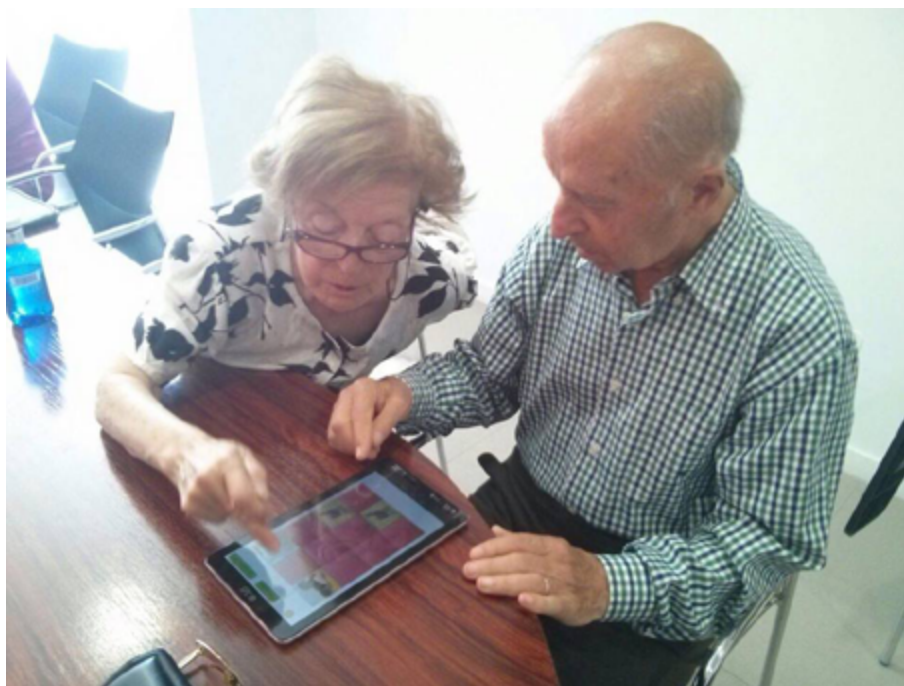
Talleres orientados a la estimulación cognitiva y funcional empleando las nuevas tecnologías. Las herramientas empleadas son equipos (ordenadores, pantallas táctiles...) y programas informáticos orientados a la estimulación de personas con alzhéimer u otras demencias.

Están dirigidos a personas con deterioro cognitivo leve y moderado y la atención se distribuye en niveles según el deterioro cognitivo y funcional. Se emplean varios tipos de software: Smartbrain, Gradior...

El principal objetivo de las actividades es trabajar las capacidades cognitivas, funcionales y sociales.

Como en todos los programas, previamente a la incorporación del/a usuario/a se realiza una valoración de diferentes aspectos como son el cognitivo, el lenguaje o la motivación, desarrollándose de este modo clases personalizadas adaptadas la cada usuario/a.

Figura 6. Taller de nuevas tecnologías (AGADEA)



Taller de estimulación psicomotriz

Su objetivo es mantener las funciones que aún conserva la persona el mayor tiempo posible y contrarrestar el déficit de actividad física, favoreciendo la relación de uno consigo mismo, con objetos y con otras personas, además de favorecer la relajación. Trata aspectos de la estimulación de la memoria reciente y remota, el reconocimiento del propio cuerpo, la lateralidad, la coordinación motriz, etc.

La psicomotricidad integra las interacciones cognitivas, emocionales, simbólicas y sensoriomotrices en la capacidad de ser y de expresarse en un contexto psicosocial. A través del movimiento se busca potenciar el control y reconocimiento del propio cuerpo, del espacio y el fomento de la dimensión relacional de la persona.

En los talleres se trabajan, entre otros: la optimización de la independencia funcional, favore-

cer el desarrollo motor del/la participante, el conocimiento y conciencia del cuerpo tanto en movimiento como en estático, el dominio del equilibrio, el control de la respiración...

La actividad puede finalizarse con unos ejercicios de relajación, donde se trabaja la respiración y la tensión-relajación.

Estimulación psicomotriz y ejercicio físico en el medio acuático

Actividad desarrollada en piscina climatizada donde además de aprovechar los beneficios para la salud que proporciona el agua, se trabajan aspectos relacionados con las actividades de la vida diaria, como vestirse/desnudarse, ducharse/ asearse, etc. Además de favorecer el mantenimiento de las relaciones sociales, la actividad tiene como objetivo la mejora de las capacidades físicas y la autonomía de la persona usuaria.

Estimulación de las actividades básicas de la vida diaria

Pretende mantener la autonomía de la persona con demencia el mayor tiempo posible ejercitando y trabajando tanto las actividades cotidianas básicas de la vida diaria relacionadas con la alimentación, higiene personal, vestido..., como las actividades de tipo instrumental (manejo de los medios de transporte, tareas domésticas o manejo de medicación).

Además se orienta, tanto la persona con demencia como a la persona que la cuida, sobre medidas de seguridad en las distintas estancias del domicilio (baño, cocina, dormitorio, zonas de paso...).

Figura 7. Taller de cocina (AFAMO)



Musicoterapia

Una manera de revivir recuerdos es a través de la música y de las canciones. La música es una importante herramienta terapéutica que, entre otras cosas, permite a las personas con demencia acceder a sus emociones y recuerdos. Las canciones que la persona escuchó a lo largo de su vida contienen un significado profundamente personal, por lo que pueden ser un vehículo de expresión de pensamientos y emociones.

Numerosos estudios demuestran que esta terapia produce mejoras en la comunicación, socialización y en las capacidades cognitivas, perceptivas o físico- motrices de la persona con alzhéimer y otras demencias.

Las actividades realizadas, además de favorecer la comunicación, generan sentimientos positivos, alegría e incluso pueden incitar al baile (con lo cual se trabajan, además, otras capacidades).

Suelen emplearse canciones significativas que tengan un valor especial para quien participa del taller. Bailar, cantar, escuchar canciones que formaron parte de sus vidas hace recordar situaciones y experiencias vividas, además de hacer aflorar la afectividad vinculada a dichas canciones. Unido a eso, el ritmo activará su atención y la coordinación motora.

El material empleado son instrumentos musicales sencillos que no requieran ningún tipo de conocimiento musical previo (pandereta, maracas, triángulo, etc.) y un reproductor de música.

Figura 8. Taller de música tradicional (AFAMO)



Laborterapia/ergoterapia

La laborterapia o ergoterapia es un método terapéutico de terapia ocupacional que pretende, por medio de la actividad y la ocupación, mantener, reeducar y rehabilitar los aspectos físicos cognitivos y sociales del individuo.

Su objetivo es incrementar la motivación y favorecer la concentración, desarrollando las habilidades de las persona participantes, aumentando su independencia y generando satisfacción al sentirse útiles. Se trabaja la motricidad fina y las actividades manuales, realizándose dibujo, cestería, collage... En muchas ocasiones se toma como referencia la época del año: elaboración de murales sobre las estaciones del año, decoración de Navidad, Carnaval, etc.

Las tareas que se realizan se acomodan a las capacidades, rendimiento y gustos de la persona participante para, de este modo, no generar sentimientos de frustración.

Dentro de este tipo de actividades también se incluye la arteterapia, ya que el arte también es un buen vehículo de expresión que permite desarrollar la imaginación y, en el caso de personas con demencia, constituye un medio de expresión y comunicación de sentimientos que quizás ya no puedan expresar verbalmente. Además, potencia la autoestima, ya que los/las participantes, cuando ven expuestas sus obras, ven reconocido su esfuerzo y creatividad.

Figura 9. Taller de arteterapia (AFAGA)



Ludoterapia

Emplea el juego como medio terapéutico que facilita la comunicación entre las personas usuarias, fomentando su participación y motivación con juegos tradicionales, de expresión corporal, destreza, etc.

Actividades y terapias asistidas con animales

Este tipo de actividades aprovecha el potencial terapéutico de los animales y los beneficios que un animal de compañía aporta a las personas con demencia. Normalmente, se emplean perros e incluso las persona participantes pueden colaborar en sus cuidados y pasear con ellos en el exterior.

Se trabajan los planos físico, social, emocional y cognitivo. Sus objetivos son: activar las emociones positivas, fomentar la autoestima, mejorar la motivación y atención, aumentar la participación y la socialización, ampliar la estimulación sensorial, ejercitar la psicomotricidad, mejorar la precisión y coordinación de miembros, disminuir la ansiedad, fomentar las relaciones interpersonales y mejorar la calidad de vida.

Los beneficios son tanto físicos (acariciando al animal se reduce el estrés y baja a tensión arterial) cómo psicológicos (mejora del estado de ánimo y medio de contacto con la realidad).

Colaboran externamente en la realización de la actividad, protectoras de animales, entrenador/a canino, particulares que son dueños de perros, etc.

Figura 10. Terapia asistida con animais (AFAGA)



Otras actividades

En cada asociación, además de los servicios y actividades mencionadas, se desarrollan puntual o periódicamente otras acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y de las personas que las cuidan. Algunos ejemplos son: talleres de cocina (compra de ingredientes y elaboración de platos sencillos con supervisión profesional continua), talleres de informática (con el objetivo de que las personas aquejadas de algún tipo de demencia pierdan el miedo a las nuevas tecnologías, aprendan a usar un ordenador y a navegar por internet)...

B. PROGRAMA INTERGENERACIONAL

En colaboración con diferentes centros educativos, se realizan actividades que sirven como estimulación a la persona afectada por alzhéimer u otra demencia y potencian la adquisición de valores como el respeto y la tolerancia por parte de los/las niños/as: compartir experiencias, realizar manualidades, juegos, cantar, bailar....

Las relaciones interpersonales que las personas con alzhéimer mantienen con miembros de otras generaciones son importantes para su salud y bienestar psicológica, físico y social, además de motivar y estimular sus capacidades, propiciar el acercamiento de las personas afectadas a los cambios culturales y sociales gracias al contacto con los/las menores, aumentar su autoestima o disminuir sentimientos de soledad y aislamiento.

Entre las actividades destacan las artísticas, el envío de cartas y dibujos, los cuentacuentos, los encuentros vía Skype, excursiones, asistencia a eventos culturales, etc.

Algunos ejemplos de este tipo de programas son: "Proyecto intergeneracional ¿Y tú que recuerdas?", "La clase con los abuelos", "Programa tengo algo que contarte", "Te cuento un cuento, abuelo", etc.

Figura 11. Taller intergeneracional (AFAGA)



C. PROGRAMA DE ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL

La animación sociocultural busca promover la relación entre las personas, ocupar el tiempo con actividades lúdicas, formativas, artísticas... y potenciar la relación entre quien participa.

Las actividades organizadas dentro de este programa tienen como finalidad actuar en diferentes ámbitos del desarrollo de la calidad de vida de la persona con demencia, con el fin de promover su participación, interacción social, evitar el aislamiento y crear espacios para la comunicación interpersonal.

La intervención en el ocio aumenta las oportunidades para poner en práctica diversas habilidades. De este modo, el ocio debe servir tanto para prevenir como para ser un elemento rehabilitador y terapéutico que ayude a aumentar la autonomía y competencia de la persona con demencia en las áreas funcional, cognitiva, psicoafectiva y social.

En cada asociación se organizan diferentes tipos de actividades en grupo, puntuales o periódicas, como excursiones, realización de rutas, visitas culturales, etc. En todas ellas se trabajan aspectos relacionados con las habilidades cognitivas, la participación activa o la reminiscencia, provocando que las personas con demencia entren en contacto con elementos de su pasado que les estimulen los recuerdos y las primeras vivencias.

Para el desplazamiento de las personas usuarias se emplea transporte adaptado.

Figura 12. Visita a las camelias en Domaio (AFAMO)



6.2. SERVICIOS ESPECÍFICOS DE INTERVENCIÓN CON FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

La familia constituye una parte muy importante en el proceso de los cuidados y, por lo tanto, también ella precisa de cuidados. La enfermedad produce un importante impacto en la familia y alteraciones en el sistema familiar, por lo que no se debe excluirla ya que es el núcleo donde vive la persona con demencia y además constituye su mayor apoyo afectivo.

La demencia genera un fuerte impacto sobre la familia de la persona afectada. A pesar de eso, la mayoría de las veces, únicamente recibe tratamientos y terapias la persona que sufre la enfermedad, quedando su entorno al margen de una atención especializada necesaria.

Es por eso que la familia también constituye una parte fundamental del trabajo de las asociaciones y se entiende que tiene unas necesidades específicas diferentes a las de la persona con demencia.

A. PROGRAMA DE INFORMACIÓN, VALORACIÓN, SEGUIMIENTO Y ORIENTACIÓN

Un adecuado abordaje se llevará a cabo desde un modelo integral que contemple no sólo al/a

la enfermo/a, sino también a su familia. El alzhéimer y otras demencias no sólo afectan a la persona que la padece, sino que lleva cambios importantes en la vida de su entorno familiar.

El programa de información, valoración, seguimiento y orientación ofrece a las familias orientación y asesoramiento personalizado sobre cuidados, servicios y recursos, favoreciendo que puedan disponer de información suficiente e idónea a su situación, la cual permita dar respuesta a las necesidades que surgen en el proceso de la enfermedad.

En la mayoría de las ocasiones, los familiares de las personas que acaban de ser diagnosticadas de alzhéimer u otra demencia acceden a las asociaciones solicitando información y orientación sobre todos los aspectos de la enfermedad. Las demandas presentadas por las familias abarcan desde cuestiones generales, como pueden ser pautas de comportamiento ante la nueva situación, aspectos médicos, conocimiento de las respuestas más acomodadas a las reacciones de las personas afectadas, cuidados básicos, etc., hasta la solicitud de servicios concretos como servicio de ayuda en el hogar, terapias de estimulación... Las asociaciones, además de ofrecer esta información, asesoran sobre la manera de acceder a recursos similares en instituciones públicas y privadas.

La acogida a las familias o programa de acogida constituye la primera vía de entrada a las asociaciones y son la primera atención que reciben las y los familiares una vez expresada la demanda de información. Este primer contacto con la asociación se realiza a través de una entrevista con personal técnico, normalmente con un/ una trabajador/a social, que analiza el caso concreto (Anexo IV). Dicho análisis se centra en conocer la situación y grado de deterioro causado por la enfermedad, conocer el tipo de cuidados recibidos por la persona dentro y fuera del entorno familiar, saber los recursos públicos y privados de que dispone...

Con base en toda la información recopilada en esta primera entrevista, el/la técnico/a informará y asesorará, entre otros, sobre:

- Diversos aspectos de la demencia: evolución de la enfermedad y posibles dificultades a las que van a tener que hacer frente, derechos que les asisten, productos de apoyo...
- Pautas y organización de los cuidados: medidas de seguridad en la vivienda, como afrontar situaciones conflictivas...
- Información y orientación sobre los programas, servicios y actividades de que dispone la asociación, tanto dirigidos a la persona con demencia como a las personas cuidadoras.
- Información sobre otros recursos públicos y privados específicos y orientación sobre la idoneidad de cada uno de ellos según las características de cada caso. También se da apoyo efectivo a la familia en los trámites que hay que realizar para conseguirlos.
- Varias asociaciones también disponen de un servicio de asesoramiento jurídico, donde un/ una abogado/a asesora sobre cuestiones de carácter legal como incapacitación, tutela, etc.
- Préstamo y asesoramiento en ayudas técnicas.

En el asesoramiento se informa a la familia cuidadora sobre las diferentes ayudas para cada actividad valorando las necesidades de cada persona, ya que estas ayudas deben adaptarse a cada tipo de deterioro, dificultades y necesidades. El objetivo es facilitar la realización de las actividades de la vida diaria cuando las capacidades se van perdiendo pero sin disminuir antes de tiempo las aptitudes de la persona con alzhéimer. Se pretende además facilitar o mejorar el día a día con su familiar cuidador/a.

Las ayudas técnicas o productos de apoyo son aparatos, dispositivos o utensilios diseñados para suplir o complementar limitaciones funcionales, psicológicas e intelectuales. De este modo, son

instrumentos que facilitan a la persona con demencia la realización de sus actividades de la vida diaria. Estas ayudas aumentan su calidad de vida al dotarlas de una mayor independencia, autonomía e intimidad, proporcionándoles así un sentimiento de utilidad. Además, aprovechan al máximo las capacidades aún conservadas en la persona, evitan situaciones peligrosas y liberan la carga, tanto física como emocional, de la persona cuidadora.

Este programa también promueve el cuidado diario de las personas con alzhéimer en las fases más avanzadas de la demencia, mediante el préstamo fundamentalmente de camas articuladas y grúas eléctricas.

Dentro de los productos de apoyo se distinguen varios tipos:

- **Ayudas en la alimentación:** cubiertos anatómicos, vasos con asas, platos antideslizantes e inclinados...
- **Ayudas para el baño/aseo:** silla geriátrica de ducha/baño, barras de apoyo, alza para WC, cepillos de dientes con mangos especiales...
- **Ayudas para vestirse/desnudarse:** utensilios para abotonar, calzadores adaptados...
- **Ayudas para la deambulación:** bastones, andadores, sillas de ruedas...
- **Ayudas para localizar a la persona enferma en el caso de que se desoriente:** pulsera identificadora, localizador GPS...
- **Ayudas dirigidas a los/as usuarios/as que deben permanecer en la cama:** camas articuladas, grúas, colchones y cojines que previenen el deterioro de la piel, sábanas de sujeción, barandillas para evitar caídas, diferentes tipos de alarmas, etc.
- **Otras ayudas:** sistema de sujeción de cintura, estuches para pastillas...

El asesoramiento también incluye información sobre la adecuación del hogar, adaptación del entorno y medidas de seguridad en la vivienda de personas con alzhéimer y otras demencias. Se asesora sobre las adaptaciones del entorno que mejoren la autonomía de la persona afectada y la comodidad del/la familiar a la hora de ofrecer los cuidados (adaptaciones en el dormitorio, baño, zonas de tránsito, etc.).

B. PROGRAMAS DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

El programa de atención psicológica engloba varios servicios, los cuáles son desarrollados por un/una psicólogo/a o psiquiatra y por otro personal como trabajador/a social, educador/a social...

Grupos de ayuda mutua

Los grupos de ayuda mutua o grupos de apoyo terapéutico emplean terapias psicológicas de intervención grupal que atienden la necesidad social del individuo de relacionarse con su entorno y la necesidad personal de ser comprendido a través de la expresión y el respeto a sus sentimientos compartidos por un grupo de iguales. Buscan mejorar el estado emocional permitiendo que la tensión emocional, la angustia y los diferentes estados de ánimo que sufre el/la cuidador/a sean atendidos y compartidos con otras personas que se encuentran en la misma situación.

Los grupos de ayuda mutua posibilitan que las personas cuidadoras puedan compartir experiencias y vivencias mediante la creación de un espacio terapéutico que posibilite el intercambio y desarrollo personal así como el adecuado rol de cuidador/a, favoreciendo que el síndrome del/a cui-

dador/a, que suele estar presente en estos familiares, se minimice o pueda prevenirse.

En estas sesiones grupales se tratan temas relacionados tanto con la atención psicológica al/a la cuidador/a como otros aspectos relacionados con el aprendizaje o el conocimiento de temas interesantes para las personas cuidadoras, como el autocuidado, el cuidado de la persona afectada, etc.

Entre otros, sus objetivos son: información a la familia sobre los síntomas de la enfermedad, adquisición de estrategias de afrontamiento según el momento de la enfermedad y expresión de emociones y resolución de los problemas que puedan formular los cuidados continuos.

Programa de atención psicológica

A menudo las familias necesitan una guía que les proporcione apoyo y les confirme que están manejando la demencia con normalidad. El programa de atención psicológica a las familias se perfila como una aportación fundamental que tratará el abordaje del impacto de la demencia y promoverá la adaptación a esa nueva realidad. Esta atención podrá ser de tipo individual o dirigida a la unidad de convivencia.

Se trata de prestar atención psicológica a través de acciones de acompañamiento personalizado y continuado del/la familiar que realiza la tarea de cuidador/a principal durante el proceso de evolución de la enfermedad. Lo que se pretende es facilitar la resolución de situaciones de crisis y la prevención de dificultades futuras, optimizando así los cuidados y atenciones que el/la familiar presta a la persona con demencia en su entorno habitual.

La intervención psicológica busca colaborar con el familiar en la disminución de las múltiples alteraciones que sufre en su estado de ánimo debidas a los continuos cuidados que realiza (ansiedad, depresión, angustia, soledad...).

La atención psicológica a las familias abarca desde el soporte emocional al/a la familiar tras el diagnóstico hasta el acompañamiento a lo largo del transcurso de la enfermedad y también en el proceso de duelo. De este modo, se pretende favorecer la aceptación de la enfermedad por parte del/la familiar cuidador/a, potenciar su afrontamiento positivo y tratar de que la familia pueda manejar las emociones negativas y la sobrecarga del cuidado, fomentar el autocuidado y reducir el estrés, orientar sobre pautas para el manejo de la persona enferma y ayudar a llevar un estilo de vida más saludable.

La atención psicológica también puede tener un papel de mediación en los casos de conflictividad familiar y emocional donde los criterios de cuidado y atención al/a la enfermo/a son dispares y las pautas de actuaciones discrepantes.

El programa se desarrolla en las instalaciones de las asociaciones, aunque también se realizan terapias de apoyo psicológico en el domicilio.

C. PROGRAMA DE ANIMACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

El ocio fomenta una buena salud y bienestar general, así como el desarrollo personal y social y aumento de la calidad de vida. El programa de animación y promoción de la salud dirigido a familiares pretende fomentar el autocuidado de los/las cuidadores/as familiares de personas con demencia.

En el programa se desarrollan actividades que favorezcan su mejoría psicológica y física, fomentando canales de interrelación y apoyo mutuo y promoviendo que la persona cuidadora se dedi-

que más tiempo a sí misma y disponga de vida social.

Las actividades organizadas dentro de este programa ofrecen oportunidades de respiro, interacción social y relajación, proporcionan un tiempo de desconexión de su rutina habitual de cuidados y prevén o minimizan el aislamiento social de los/las cuidadores/as.

En cada asociación se organizan diferentes tipos de actividades puntuales o periódicas, desde termalismo, masaje terapéutico o relajación, hasta excursiones, asistencia a actividades de ocio y culturales, realización de rutas, visitas culturales, etc. Todas ellas ayudan a los/a las familiares de personas con alzhéimer y otras demencias a descansar, a "desconectar", a divertirse... Algunos ejemplos de talleres son:

- **Musicoterapia dirigida a cuidadores/as:** se orientan a restar protagonismo al peso que la enfermedad tiene en la vida cotidiana del/a cuidador/a. Se sirve de la música para restablecer, mantener y mejorar la salud física, psíquica y emocional y para proporcionar las herramientas necesarias que faciliten la adaptación al entorno.
- **Talleres de teatro dirigidos a cuidadores/as:** el denominado síndrome del/a cuidador/a repercute en la salud física, emocional y mental. Estos talleres permiten compartir alegrías, tristezas y ayudan a dejar atrás la carga que supone atender una persona con demencia.
- **Actividades al aire libre dirigidas a cuidadores/as:** realización de viajes, excursiones, rutas, visitas culturales, etc.
- **Otras actividades:** gimnasia de mantenimiento, yoga, relajación...

Figura 13. Excursión para familiares y cuidadores a las Islas Cíes (AFAGA)



6.3. SERVICIO DE AYUDA EN EL HOGAR

Es un programa individualizado de carácter preventivo, asistencial y/o rehabilitador que consiste en ofrecer una ayuda personal y/o determinados servicios en el domicilio de las personas usuarias cuya independencia funcional se encuentra limitada o que atraviesan una situación de crisis personal o familiar.

El contenido debe comprender, además del cuidado y atención personales, la prestación de otros servicios considerados clave de cara a favorecer un aceptable grado de independencia en el funcionamiento de la vida diaria. También pueden incluirse prestaciones complementarias tales como fisioterapia o podología.

Características propias de este servicio

- Es un programa individualizado por lo que es preciso planificarlo de acuerdo a las peculiaridades y circunstancias concretas de cada persona.
- Tiene un carácter preventivo y rehabilitador. Por un lado, se intenta prevenir situaciones carenciales que incrementen el riesgo de pérdida de independencia: crear hábitos de vida saludables, prevenir caídas o accidentes... Por otra parte, se pretende recuperar capacidades funcionales perdidas mediante el entrenamiento de habilidades para actividades de la vida diaria.
- En este programa se combinan tanto servicios como técnicas de intervención profesionales. Es necesario que cada intervención que se realice sea programada, supervisada y evaluada periódicamente por profesionales además de estar realizada por personal con la formación requerida.
- Los servicios se prestan fundamentalmente en el hogar de la persona usuaria pues uno de los objetivos del programa es facilitar que viva en su domicilio el mayor tiempo posible y evitar la institucionalización.

Objetivos

- Mejorar la calidad de vida de las personas usuarias.
- Posibilitar la permanencia de las personas en su entorno de convivencia habitual.
- Favorecer y potenciar la autonomía personal en el propio domicilio.
- Mantener, mejorar y recuperar las redes de relación familiar y social.
- Prevenir situaciones de dependencia o exclusión social.
- Retardar o evitar la institucionalización.
- Reforzar la solidaridad y potenciar el voluntariado.

La prestación y desarrollo de un servicio de ayuda a domicilio de calidad debe tener en cuenta un conjunto de dimensiones a la hora de planificar y diseñar los aspectos organizativos básicos como la intensidad de la prestación y otros como las técnicas de valoración que se vaya a utilizar, la formación del personal, seguimiento del servicio, etc.

El servicio estará coordinado por personal técnico con una calificación mínima de diplomatura universitaria en el área de servicios sociales. En caso de que el número de personas usuarias sea menor de 50, el personal técnico mínimo exigible será de 0,02 profesionales en cómputo de jornada completa por persona usuaria.

En los demás casos, se aplicará la siguiente tabla:

Tabla 11. Personal del Servicio de Ayuda en el Hogar según el número de personas usuarias

Nº DE PERSONAS USUARIAS	PERSONAL TÉCNICO MÍNIMO
50 a 99	1 técnico/a titulado/a a jornada completa
100 a 199	2 técnicos/as titulados/as a jornada completa
200 a 399	3 técnicos/as titulados/as a jornada completa
Incrementos sucesivos	Por cada grupo de 200 personas usuarias corresponderá un incremento de 1 técnico/a titulado/a a jornada completa

Elaboración propia a partir de la orden del 22 de Xaneiro de 2009 por el que se regula el Servicio de Ayuda en el Hogar

La persona coordinadora (que suele ser un profesional con la titulación de trabajo social) indicará las pautas de actuación inicial: tareas que haya que desarrollar en el domicilio, tiempo de dedicación a estas, etc. También este profesional es el responsable de la supervisión de cada caso que será realizada siempre que las circunstancias la hagan necesaria y, como mínimo, con una periodicidad de dos meses que quedará reflejada en el correspondiente expediente individual. Mediante esta supervisión se revisará y se ajustará, si fuera el caso, el contenido de las prestaciones expresado en el proyecto de intervención (**Anexo V**) y en el acuerdo de servicio (**Anexo VI**).

El personal que presta atención directa en los domicilios de las personas usuarias estará formado por auxiliares de ayuda en el hogar que, en el caso de atender personas afectadas por déficit de autonomía, deberán estar en posesión del título de formación profesional de grado medio de atención sociosanitaria o equivalente, regulado en el Real decreto 496/2003, de 2 de mayo, o en posesión del certificado de profesionalidad de atención sociosanitaria a personas en el domicilio o equivalente, regulado en el Real decreto 1379/2008, de 1 de agosto, por lo que se establecen los certificados de profesionalidad de la familia profesional de servicios socioculturales y a la comunidad.

Su función consiste en cumplir con la realización de sus tareas y mantener informada a la persona coordinadora del desarrollo de su trabajo. Además, especialmente en los casos de graves dependencias, deben establecer contacto con el personal sanitario de quien recibirán las indicaciones oportunas para desempeñar mejor su trabajo.

Se firmará un acuerdo de servicio entre la persona usuaria y la entidad titular, en el cual se recogerá el contenido particular de las atenciones que se prestarán, la programación temporal de la prestación, la intensidad horaria y los compromisos de ambas partes, incluyendo el precio que corresponda.

La entidad contará y expondrá públicamente el reglamento de funcionamiento del programa (**Anexo VII**), en el cual se incluirá como mínimo la siguiente información:

- Identificación de la entidad titular, sede oficial y oficina base del programa.
- Ámbito de actuación.
- Derechos y deberes de la persona usuaria y de la entidad.
- Descripción de los servicios que se prestan.
- Procedimiento para causar alta, baja, modificación o suspensión del servicio.
- Protocolo para inicio de la prestación efectiva y establecimiento del vínculo entre la/el auxiliar de ayuda en el hogar y la persona usuaria del servicio.
- Modelo del acuerdo de servicio entre persona usuaria y entidad.
- Horarios de atención al público en la oficina base del programa.

- Límites horarios para la prestación del servicio.
- Régimen de visitas a los domicilios del/a técnico/a que coordine o supervise el programa.
- Protocolo de actuación en el caso de urgencias y de incidentes.
- Protocolos de relevo de la persona auxiliar de ayuda en el hogar y de cesación del servicio.
- Protocolo de actuación en el caso de queja en el libro de reclamaciones.
- Cuadro de personal anexo.
- Cuadro de precios anexo.
- La entidad prestadora abrirá un expediente por cada persona usuaria o por cada unidad de convivencia a la que se presta el servicio, en el cual constará, al menos:
 - Un informe social firmado por un trabajador o trabajadora social de la entidad titular del servicio.
 - Un proyecto de intervención firmado por el/a técnico/a responsable que designe la entidad titular del servicio.
 - Un acuerdo de servicio firmado entre la entidad titular del servicio y la persona usuaria.

En todo caso el tratamiento de la información contenida en los expedientes se realizará de acuerdo con la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal.

Según la cartera de servicios para personas dependientes, prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal, el servicio de ayuda a domicilio incluye los siguientes servicios, algunos de carácter básico y otros optativo o suplementario:

Atenciones de carácter personal en la realización de las actividades básicas de la vida diaria en el propio domicilio

Comprende:

- Asistencia para levantarse y acostarse.
- Tareas de cuidado e higiene personal así como para vestirse.
- Control del régimen alimentario y, si es el caso, para alimentarse.
- Supervisión, cuando proceda, de las rutinas de administración de medicamentos prescritas por facultativos.
- Apoyo para cambios posturales, movilizaciones, orientación espacio-temporal.
- Apoyo a personas afectadas por problemas de incontinencia.
- Otras tareas para favorecer la atención integral de la persona usuaria.

Atenciones de las necesidades de carácter doméstico y de la vivienda

Comprende:

- Limpieza y mantenimiento de la higiene y salubridad de la vivienda.
- Compra de alimentos y otros productos de uso común.
- Preparación de los alimentos.
- Lavado y cuidado de las prendas de vestir, así como del menaje doméstico.
- Apoyo a la unidad familiar.
- Cuidados y mantenimiento básico de la vivienda.

Estimulación cognitiva y funcional

La estimulación cognitiva y funcional se engloban dentro del concepto de terapias no farmacológicas que son las intervenciones que, a través de agentes primarios no químicos, pretenden mejorar la calidad de vida de las personas sanas o enfermas.

La estimulación cognitiva es el conjunto de técnicas y estrategias que pretenden optimizar la eficacia del funcionamiento de las distintas capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, procesos de orientación y praxis) mediante una serie de situaciones y actividades concretas.

La estimulación funcional tiene como objetivo lograr el máximo nivel de independencia en actividades de la vida diaria y en las funciones motrices. Para eso se hacen actividades que incluyen la manipulación fina y destrezas manuales, entrenamiento en las actividades de la vida diaria, etc.

Acompañamiento personal en la realización de otras actividades complementarias, tales como apoyo en trámites urgentes de carácter administrativo, judicial o similar, así como el seguimiento de intervenciones realizadas por el personal sanitario.

Préstamo de ayudas técnicas.

A partir de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada por la Organización Mundial de la Salud en el año 2001, la discapacidad se explica como resultado de la interacción de un individuo (con una condición de salud) y su entorno o contexto, incorporando los aspectos sociales y contextuales como factores fundamentales relacionados con la salud.

Por lo tanto, el desempeño de cualquier actividad se describe en el entorno real de la persona. Los factores ambientales actuarán de forma positiva si su presencia supone un facilitador para superar la deficiencia, las limitaciones en la actividad o las restricciones en la participación; y será negativo cuando suponga una barrera u obstáculo que entorpezca o agrave cualquiera de los componentes anteriores.

Entre los factores ambientales facilitadores de la participación se encuentran las ayudas técnicas. Según el CEAPAT, Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas, la ayuda técnica se puede definir como cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico usado por una persona con discapacidad, fabricado especialmente o disponible en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia, discapacidad o minusvalía.

Así pues, las ayudas técnicas son elementos que asisten en las diferentes actividades de la vida diaria para:

- Facilitar la participación de la persona usuaria.
- Proteger, apoyar, entrenar, medir o sustituir funciones/estructuras corporales y actividades.
- Prevenir deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación.

El servicio de préstamo de ayudas técnicas debe incluir la valoración y evaluación de la ayuda técnica, selección de la que se precise dentro del catálogo disponible y entrenamiento de la persona usuaria en el uso de esta.

Las ayudas técnicas abarcan un amplio espectro que va desde grúas para facilitar movilizaciones o transferencias, sillas de ruedas o camas articuladas.

Asesoramiento para las adaptaciones funcionales del hogar

La vivienda es un elemento fundamental en la vida de cualquier persona. Disfruta de gran importancia por ser el espacio donde la persona crea su propio ambiente y desarrolla sus relaciones interpersonales más próximas. Una vivienda accesible garantiza una mayor autonomía y seguridad para la persona dependiente y una ayuda fundamental para quien la cuida.

La adaptación funcional del hogar consiste en la adquisición, instalación y/o adaptación de dispositivos necesarios que, por la discapacidad de la persona solicitante, sirvan para mejorar de modo claro las posibilidades de desarrollarse de forma autónoma en el hogar, incluidas aquellas que sirvan para eliminar barreras de comunicación.

Este servicio de asesoramiento comprende tanto las intervenciones de adaptación y mejora del hogar como la incorporación de tecnologías para facilitar las actividades de la vida diaria como la supresión de barreras en el edificio en que se sitúa la vivienda.

Incluye: adaptación del baño, instalación de ascensor, elevadores, sillas y plataformas elevadoras, eliminación de barreras arquitectónicas en portales...

Servicio de podología

Los problemas circulatorios, el desgaste osteoarticular y los propios déficits psicomotores que acompañan al envejecimiento se traducen en alteraciones estructurales que pueden causar anomalías en los pies de las personas mayores.

Estas deformidades pueden producir lesiones y dificultar la deambulaci3n. Así que, antes de que generen complicaciones mayores, se hace necesario cuidar los pies mediante la aplicaci3n de curas no quirúrgicas así como atenciones e intervenciones de podología básicas como eliminaci3n de las durezas y de los callos y cuidado de las uñas, que con los años aumentan su grosor y provocan molestias al caminar.

Servicio de fisioterapia

Las alteraciones estructurales en el cerebro junto con las alteraciones por otras enfermedades y los cambios que se producen con el envejecimiento provocan importantes efectos en el funcionamiento físico que reducen gradualmente las capacidades de la persona. Estos problemas tienen como consecuencia:

- Alteraci3n de la movilidad
- Disminuci3n de las capacidades físicas
- Modificaci3n de los patrones motores
- Alteraci3n de la postura
- Inestabilidad y caídas
- Úlceras por presi3n

Desde el punto de vista de la fisioterapia, debe actuarse sobre los síntomas físicos con el fin de conservar la máxima autonomía de la persona afectada. El deterioro físico suele ir acompañado de las afecciones articular y musculares propias de la edad, como artritis, artrosis, rigidez articular, contracturas musculares, etc.

Además, se ve muy afectada con el tiempo la capacidad de coordinaci3n, especialmente durante la marcha, en la que observamos que la persona afectada va perdiendo de forma gradual la ca-

pacidad de mantener el equilibrio.

En el trabajo con estas personas deberemos procurar que conserven una vida lo más independiente posible. Para eso, se intervendrá en los siguientes aspectos:

- Mantenimiento de las capacidades, coordinación psicomotriz y perceptivomotriz y equilibrio
- Entrenamiento de transferencias y traslados básicos
- Prevención de la incontinencia
- Prevención de deformidades
- Prevención de úlceras por presión
- Trastorno de la deglución
- Potenciación de la movilidad y deambulación y reeducación de la marcha
- Fisioterapia respiratoria
- Control postural
- Tratamiento del dolor
- Estiradas activas y asistidas

La intervención de fisioterapia en la enfermedad de alzhéimer varía en función de diversos factores, por lo que es fundamental la fase en la que se encuentra la persona afectada.

Así, en las personas afectadas en fase leve, aun no se manifiestan graves problemas o dificultades motrices y el objetivo principal será mantener sus facultades intentando retrasar, en la medida del posible, los efectos de la enfermedad. Sin embargo, en la etapa final, el propósito de la fisioterapia es prevenir las complicaciones que surgen con la inmovilización. A nivel músculo- esquelético, el tratamiento de fisioterapia tiene como objetivo prevenir la pérdida de la fuerza y el tono muscular, la degeneración articular y las deformidades de las extremidades producidas por las posturas no adecuadas.

También es fundamental la colaboración del/la fisioterapeuta con los cuidadores y cuidadoras profesionales y familiares sobre pautas de cambios posturales en la cama o asesoramiento sobre otros aspectos funcionales como movilizaciones y transferencias.

6.4. SERVICIO DE FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN EN ALZHÉIMER Y OTRAS DEMENCIAS

A. PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA FAMILIARES DE PERSONAS CON ALZHÉIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Una de las principales demandas de las familias de las personas afectadas cuando se diagnostica la enfermedad es una mayor información sobre esta puesto que se encuentran ante una situación desconocida para ellas. Muchas veces, los conocimientos que tienen de la enfermedad resultan escasos para enfrentarse al cuidado del día a día. Así, en un primer momento, se hace necesario resolver dudas y proporcionar pautas relacionadas con el afrontamiento de la enfermedad, la comunicación o el cuidado de la persona cuidadora. Además, a medida que la enfermedad avanza, la necesidad de formación también va mudando y se hace necesario adquirir nuevos conocimientos, por ejemplo, relacionados con movilizaciones y transferencias o aseo en la cama.

El objetivo principal del programa es dotar a los cuidadores y cuidadoras de conocimientos,

estrategias y habilidades que les ayuden durante el proceso de cuidado.

Cuidar a una persona afectada es una labor complicada que inevitablemente tendrá sobre el familiar cuidador unas repercusiones físicas y psicológicas.

La persona cuidadora que esté formada, que sabe actuar en cada momento de la mejor manera posible, estará más capacitada para manejar con éxito las situaciones complicadas que surjan, evitará muchos problemas que se puedan presentar por desconocimiento y sufrirán una menor sobrecarga.

Figura 14. Curso "Juntos en los Cuidados" celebrado en O Carballiño (AFAOR)



B. PROGRAMA DE FORMACIÓN PARA PROFESIONALES

Las y los profesionales que trabajan con personas afectadas cuentan con una titulación de la rama sociosanitaria: psicología, educación social, trabajo social, enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, auxiliar de enfermería o el correspondiente certificado de profesionalidad... pero además precisan de formación especializada en el campo de las demencias. Esta formación es importante realizarla de manera inicial, cuando se comienza a trabajar en este sector, pero también es importante que sea una formación continua que permita actualizar y aumentar los conocimientos, tanto teóricos como prácticos, de todos los agentes implicados en la mejora de la calidad de vida de las personas afectadas de alzhéimer u otras demencias.

Estas acciones formativas se basarán en criterios de calidad y se impartirán por expertos en la materia. Pueden desarrollarse de forma presencial o en la modalidad de teleformación.

C. PROGRAMAS DE SENSIBILIZACIÓN

Concienciar a la sociedad sobre la problemática del alzhéimer es uno de los fines de las asociaciones que tiene como objetivo conseguir una mayor sensibilización e implicación en la ayuda a las personas afectadas y a sus familias.

Para erradicar los estigmas existentes sobre la enfermedad es necesario dotar a la sociedad de la información adecuada que permita ayudar a afrontar su problemática y reducir la posible discriminación.

Dentro de este programa tienen lugar diferentes actividades que se planifican a lo largo de todo el año como distribución de información escrita, organización de conferencias y charlas de expertos en la materia o participación en eventos sociales donde la asociación tiene visibilidad.

Las actividades de sensibilización deben abarcar todos los sectores de la sociedad. Así, también se realizan actividades específicas en colaboración con los centros educativos como pueden ser los talleres intergeneracionales dirigidos a la infancia y a la juventud que acercan la realidad de la enfermedad de una forma que la puedan entender.

Sin duda, la fecha más significativa para las asociaciones de familiares es el 21 de septiembre, evento instituido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para celebrar el Día Mundial del Alzheimer. Este día, las diversas asociaciones organizan actos abiertos a toda la sociedad para conmemorar el evento: se instalan mesas informativas en las calles, se organizan charlas, se programan talleres especiales con las personas afectadas... En definitiva, se hace visible la realidad que rodea a la enfermedad y el trabajo de las asociaciones.

Figura 15. Caminata Solidaria celebrada en Santiago por el Día Mundial del Alzheimer 2016 (FAGAL)



D. PROGRAMA DE PRÁCTICAS Y TUTORÍAS

Las prácticas formativas tienen como objetivo enriquecer y complementar la formación académica de quien estudia mediante la adquisición de una serie de competencias profesionales sin que exista una relación laboral con la entidad.

Las prácticas estarán tuteladas y supervisadas por personal técnico del ámbito de especialización de la actividad de la práctica que será el encargado del seguimiento, orientación y evaluación del alumnado durante el período de prácticas.

Con estas prácticas se pretende conseguir, a través de un período de integración en un ambi-

to profesional, que el alumnado adquiriera las capacidades técnicas, de aprendizaje, metodológicas e interpersonales que lo capaciten para el desempeño profesional y les sirva, al mismo tiempo, para integrarse en el mundo laboral con mayores garantías de éxito.

La duración de las prácticas estará determinada por el correspondiente plan de estudios. Se firmará un convenio de colaboración entre la asociación y la entidad educativa y al finalizar las prácticas, se evaluará las competencias adquiridas por el alumnado.

E. PROGRAMA DE VOLUNTARIADO

El voluntariado en las asociaciones permite canalizar el deseo de participación social y ayuda de la sociedad en general al tiempo que acerca una oportunidad para dar a conocer la realidad de la enfermedad.

Definición del voluntariado

Concepto de acción voluntaria

Se entiende por acción voluntaria la realizada por personas físicas como resultado de su participación social organizada en el desarrollo de actividades de interés general a través de entidades de acción voluntaria, siempre que reúnan las siguientes condiciones:

- Que se trate de una decisión libremente adoptada y no traiga causa de una obligación o de un deber jurídico.
- Que se ejecute fuera del ámbito laboral, profesional, funcionarial o mercantil o de cualquier otro tipo de relación retribuida.
- Que la acción voluntaria se lleve a cabo sin contraprestación económica, sin perjuicio del derecho al reembolso de los gastos que esta acción pueda ocasionar o de los reconocimientos que correspondan.
- Que se lleve a efecto en función de programas concretos, ya sean promovidos por cualquier entidad de acción voluntaria o por las administraciones públicas de Galicia.

No tendrán la consideración de acción voluntaria:

- Las actividades que sean realizadas de forma espontánea.
- Las consideradas como prácticas, aprendizajes o experiencia profesional.
- Las que sean prestadas al margen de las entidades de acción voluntaria, de forma aislada o esporádica.
- Las promovidas por cualquier entidad para la consecución de beneficio económico o intereses propios.
- Las desarrolladas como consecuencia de una relación laboral, mercantil, funcionarial de cualquier tipo, así como las que constituyan ejercicio de funciones directivas o gerenciales en las entidades de acción voluntaria, a no ser cuando quien las lleve a cabo conserve la condición de persona voluntaria y las desarrolle en tal concepto sin percibir remuneración o contraprestación por ellas.

La acción voluntaria no podrá en ningún caso sustituir las prestaciones a las que estén obliga-

das las administraciones públicas u otras entidades, el trabajo remunerado o la prestación de servicios profesionales retribuidos.

Concepto de persona voluntaria

Persona física que, en virtud de su decisión personal, libre y altruista y en una situación de inexistencia de relación laboral, mercantil o de trabajo remunerado, participe en cualquier actividad de acción voluntaria mediante un programa propio de la asociación.

Las personas menores de edad podrán participar en programas y proyectos de voluntariado específicamente adaptados a sus características, mediante autorización expresa de sus padres, de sus tutores o de la institución que las tenga a su cargo, con respeto en todo caso a la voluntad de la persona menor.

La condición de persona voluntaria es compatible con la condición de miembro de la directiva de la entidad y con la de coordinador de programas o proyectos de voluntariado, siempre que el cargo no sea retribuido.

La condición de persona voluntaria es incompatible con el desempeño de cualquier actividad sujeta a la retribución económica por la asociación, cuya naturaleza, contenido y objeto puedan tener relación con los propios de la actividad voluntaria.

Toda persona voluntaria tiene unos derechos y unos deberes que se deben cumplir y que están contemplados en la legislación estatal vigente sobre voluntariado (Ley 45/2015, de 14 de octubre) y en la Ley 10/2011, de 28 de noviembre, de acción voluntaria.

Concepto de entidades de acción voluntaria

Tendrán la consideración de entidades de acción voluntaria aquellas entidades, públicas o privadas, sin ánimo de lucro, legalmente constituidas y dotadas de personalidad jurídica propia que de forma organizada y estable realicen programas específicos en relación con actividades de interés general.

Las entidades de acción voluntaria tendrán sus propias normas de funcionamiento interno de acción voluntaria (**Anexo VIII**), en el que se indicarán las condiciones específicas de admisión y la pérdida de la condición de persona voluntaria, los derechos y deberes de esta, los mecanismos para su participación en la entidad y los principios que regirán las relaciones entre esta y aquella.

Se firmará un compromiso de colaboración con la persona voluntaria donde quede reflejado, entre otros, el horario y el programa en el que participa (**Anexo IX**).

Además, se le facilitará a las personas voluntarias una acreditación que las habilite e identifique para el desarrollo de su actividad (**Anexo X**) y, después de la solicitud de la persona interesada, se expedirá un certificado que acredite su condición de persona voluntaria (**Anexo XI**), con indicación de fechas, duración y prestación efectuada en los programas en los que participó. Por petición de la persona interesada, y después de autorización de cesión de sus datos personales, se le remitirá una copia de esta certificación al Registro de Acción Voluntaria.

- Redactar anualmente una memoria y un plan de actividades con el contenido que se establezca reglamentariamente.
- Llevar un libro - registro interno de altas, bajas y otros incidentes en las que se puedan encontrar las personas voluntarias, con especificación de los programas y los proyectos en los

que colaboran y la naturaleza de las actividades que desarrollen (**Anexo XII**).

Funciones como persona voluntaria

La persona voluntaria es un nexo de unión entre las y los profesionales de la entidad y las personas afectadas y familiares. Entre sus funciones se encuentran:

- Proporcionar compañía y apoyo emocional.
- Ofrecer información general sobre la asociación.
- Acompañamiento para pasear.
- Charlar con las personas usuarias y/o familiares.
- Acompañar a la persona afectada para proporcionar respiro a quien la cuida.
- Actividades grupales dentro de la asociación.
- Acompañamiento en excursiones y convivencias.
- Colaborar en los diferentes talleres organizados por la asociación.
- Participar en las actividades programadas con el objeto de recaudar fondos para la asociación.
- Participar en las fiestas organizadas por la asociación.
- Participar en los encuentros intergeneracionales (familiares, personas afectadas y personas voluntarias)

6.5. SERVICIO DE PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA ESPECÍFICO DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Se concibe cómo una alternativa de atención dirigida a las personas con alzhéimer cuya situación demanda unas acciones de cara a prevenir situaciones de dependencia más graves y/o potenciar, en la medida que sea posible, el grado de autonomía o capacidad que poseen en cada momento las personas destinatarias.

Este servicio comprende un conjunto de intervenciones que tienen por finalidad mantener las habilidades, conocimientos y conductas que aún poseen las personas diagnosticadas de alzhéimer, utilizando técnicas dirigidas al entrenamiento en las actividades de la vida diaria (AVD), orientación a la realidad, estimulación cognitiva, terapia ocupacional, atención psicológica, logopedia y actividades de ocio y tiempo libre.

El servicio contará con las siguientes prescripciones:

- Información y orientación
- Asistencia a las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
- Terapia ocupacional
- Estimulación cognitiva
- Atención psicológica dirigida tanto a las personas usuarias como a familiares cuidadores
- Comunicación
- Actividades de ocio y tiempo libre

Objetivos:

Desde esta perspectiva podemos señalar, entre otros, los siguientes objetivos:

- Garantizar a las personas usuarias una atención específica que sirva para prevenir el agravamiento de su grado de dependencia.
- Promover el mantenimiento o la mejora de la capacidad personal de controlar, afrontar y tomar decisiones acerca de cómo vivir de acuerdo con las preferencias propias.
- Promover el mantenimiento o la mejora de habilidades ya adquiridas.
- Facilitar la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.
- Evitar la aparición de limitaciones en la actividad, deficiencias o déficits secundarios.
- Potenciar el desarrollo personal, la adaptación a su contorno y la integración social.
- Ganar un mayor nivel de autonomía y calidad de vida.

6.6. SERVICIO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El servicio de envejecimiento activo tiene como objetivo potenciar los niveles de autonomía de las personas mayores y de las personas en situación o en riesgo de padecer demencia.

Contempla diversas actividades dirigidas a personas sin diagnosticar con la finalidad de activar y mejorar el rendimiento de sus capacidades cognitivas, contribuyendo a su mantenimiento/recuperación.

Mantener una vida social e intelectual activa retrasa la aparición de los síntomas de la enfermedad de alzhéimer y de otras demencias, además de contribuir a un buen estado de salud física y mental.

De este modo, en las asociaciones se desarrollan diversas actividades dirigidas a la población mayor, por lo que acceden, según la actividad, personas mayores de 50 o 60 años.

El envejecimiento activo es el proceso en el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, favoreciendo sus oportunidades de desarrollo para una vida saludable, participativa y segura (OMS).

Los talleres de envejecimiento activo están dirigidos a personas mayores interesadas en prevenir la pérdida de memoria y otras capacidades intelectuales como consecuencia del envejecimiento. En el desarrollo de las actividades se pretende, entre otros, activar y mejorar el rendimiento de las capacidades cognitivas y disminuir posibles niveles de ansiedad.

Capítulo 7

El/la trabajador/a social como parte fundamental de los equipos técnicos. Funciones

7.1. INTRODUCCIÓN

En la concepción y desarrollo de los servicios sociales que se creó dentro de la etapa democrática española, el trabajo en equipo y el trabajo interdisciplinario tienen un papel explícito y determinante para conseguir objetivos que reconozcan la multiplicidad de factores que comprende lo que acabamos llamando “realidad social”. Las leyes de servicios sociales de las distintas comunidades autónomas definen claramente la composición de los equipos y los profesionales que deben desarrollar diferentes funciones en estos dentro de los programas de los servicios sociales.

El trabajo en equipo supone generalmente, explícita e implícitamente, la idea y la realidad del trabajo interdisciplinario, y une, por lo tanto, la noción de equipo, o grupo de trabajo, con la interdisciplinariedad.

En el campo social, las funciones que hace poco eran ejercidas por un profesional determinado, pongamos por ejemplo el/a trabajador/a social, se fueron desarrollando y constituyen, a veces, el campo específico de nuevos profesionales que antes no existían en nuestro país, por ejemplo, el/a educador/a social, o realizaban otras funciones como, por ejemplo, el/a psicólogo/a social. Con todo, junto con esta evolución, nadie duda en el presente que tanto para realizar análisis globales de la dinámica social y de los problemas que de ella emanan, como para realizar planteamientos de intervención social, es necesaria la estrecha colaboración de distintos profesionales del campo social que *“ofrezcan una perspectiva integral, que intente superar la dicotomía que la atención desde distintos servicios e instancias administrativas, muchas veces impone”* (Rossel, 1998).

La interdisciplinariedad se justifica por la tarea y por los objetivos que se van a realizar. Determinados objetivos pueden ser encomendados a profesionales de una misma disciplina o a profesionales que proceden de campos profesionales y científicos distintos.

La idea de equipo interdisciplinar comporta siempre un grado determinado de participación, implicación y responsabilidad sobre los objetivos que haya que conseguir, por parte de los miembros que lo componen, y un determinado grado de delegación de autoridad por parte de la estructura organizativa a la que pertenece el equipo. La interdisciplinariedad comporta un cierto grado de integración conceptual y metodológica que rompe la estructura de cada disciplina para construir una epistemología nueva, y una parte común a todas ellas, con la finalidad de construir una visión de conjunto en un determinado sector del saber, en este caso del sector social.

Ander Egg y Follari (1988) exponen lo siguiente: *“la interdisciplinariedad alcanza una conjunción teórica nueva, más allá de las particularidades de las disciplinas que intervienen sólo puede conseguirse a través de equipos compuestos por representantes de diferentes disciplinas reunidos en una tarea a largo plazo que posibilite la conceptualización y la creación de un lenguaje común ...”*. Para que esto sea posible, cada disciplina tiene que entrar en juego con su máxima especificidad para ir construyendo la interdisciplinariedad, resultado de la reflexión y de la acción común.

En esta misma línea, Rueda (1992) define el equipo interdisciplinar como *“el conjunto de profesionales diferentes, enfrentados a un objetivo común, igualados en el momento de efectuar sus aportaciones pero diferenciados en el tipo de información y de intervención que pueden ofrecer, y capacitados para reorganizar sus actuaciones de acuerdo con las características y las prioridades del*

problema que tienen que tratar”

Características

El equipo interdisciplinar es una modalidad del llamado “grupo de trabajo” que, como indican las definiciones anteriores, tiene por finalidad alcanzar objetivos que requieran la presencia de profesionales diversos. Algunas de sus características, son:

- Reunir a todos los miembros alrededor de un objetivo común.
- Cada miembro tiene unas funciones y tareas designadas que realizará desde la filosofía y el objetivo común del equipo.
- El equipo establece una estructura formal, organización y normas de trabajo que son conocidas y aceptadas por todos los miembros.
- La presencia de una persona coordinadora, es una función indispensable para que el equipo pueda funcionar como tal.
- El trabajo del equipo interdisciplinario se desarrolla dentro de un marco institucional en un contexto social determinado.

El trabajo en equipo no puede darse en servicios e instituciones en los que no se dan las condiciones reales para que los equipos interdisciplinares puedan desarrollarse como tal. La estructura de las instituciones muchas veces no sólo no facilita sino que impide claramente el trabajo en equipo.

La estructura piramidal de los servicios e instituciones es más frecuente en centros especializados que en servicios de atención primaria. Con todo, también es cierto que hay equipos en servicios especializados que presentan estructuras de trabajo basadas en criterios y orientaciones compartidas, desde la planificación, ejecución y evaluación.

El reconocimiento de los otros profesionales y el respeto a su disciplina y sus aportaciones son esenciales para el trabajo en equipo.

7.2. LA FIGURA DEL/LA PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN UN EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Según el artículo 23 de la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia, la intervención profesional en los servicios sociales tendrá como norma general un carácter interdisciplinar en la búsqueda de una atención integral.

Ya en el marco teórico de este manual, se hace referencia a las numerosas definiciones del trabajo social. La siguiente definición acerca cierta especificidad a la intervención del trabajador social en el ámbito de las demencias:

La Federación Internacional del Trabajo Social (F.I.T.S.), define el Trabajo Social como la profesión que promueve el cambio social, la solución de problemas en las relaciones humanas, el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social.

En un equipo técnico, el/a trabajador/a social realiza un análisis del tejido social de la persona enferma, lo cual permitirá, junto con los elementos teóricos de las demás disciplinas, definir estrate-

gias de intervención para el tratamiento y seguimiento. Otra especificidad del Trabajo Social, que queda establecida en el momento de la intervención, es la aplicación de las técnicas, las cuáles se diferencian de las demás disciplinas tanto en la forma como en el contenido. Las entrevistas domiciliarias y sociosanitarias, específicas de nuestra disciplina, establecen un enlace diferente con las familias, como así también un conocimiento de la persona enferma y de su entorno social.

Desde el Trabajo Social se interviene en un proceso de acompañamiento, asesoramiento, ayuda a la persona enferma y a su entorno social, con el objeto de desarrollar capacidades, de tal manera que las familias y personas afectadas puedan hacer frente a sus problemas actuales y a potenciales situaciones conflictivas, tratando de ayudarles a descubrir sus capacidades para utilizar sus recursos personales y los que les ofrece su entorno.

7.3. FUNCIONES DEL/LA TRABAJADOR/A SOCIAL

Son varias y diferentes las funciones de los/las trabajadores/as sociales, dependiendo del ámbito de aplicación de esta disciplina. Así, en el ámbito de las demencias y de las Asociaciones de Familiares de enfermos de Alzheimer, destacan las siguientes:

- Planificar y organizar el departamento de trabajo social mediante una adecuada programación de objetivos y racionalización del trabajo.
- Coordinar la labor del centro con instituciones públicas y privadas en las actividades propias del trabajo social.
- Gestionar las posibles ayudas y subvenciones de las que se pueda beneficiar la Asociación.
- Asesorar e informar a las familias sobre los recursos de la asociación o de la comunidad.
- Reorientar y derivar a otros recursos, tanto propios como externos, en caso de que sea necesario.
- Tramitar y gestionar ayudas y recursos sociales: información, envío de documentación, apoyo en la tramitación, acompañamiento en los casos en los que se requiera, etc...
- Realizar las gestiones necesarias para la resolución de problemas que afecten a las personas usuarias, principalmente con las entidades e instituciones locales.
- Informar a los miembros del Equipo Interdisciplinar de las acciones emprendidas y de las actuaciones realizadas.
- Facilitar información sobre los centros.
- Fomentar la integración y participación de las familias en la vida del centro y de la asociación.
- Gestionar la lista de espera de acceso a los centros.
- Coordinar el programa de voluntariado.
- Realizar la valoración sociofamiliar de las potenciales personas usuarias y de sus familias.
- Ser corresponsable de las visitas domiciliarias, previas a la incorporación de las personas usuarias a los centros.
- Participar en la preparación y puesta en marcha de programas de adaptación de los usuarios y usuarias a los centros.
- Realización del seguimiento de las personas usuarias.
- Colaborar en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información a las familias de las personas usuarias.
- Realizar el seguimiento de las personas usuarios que se dieron de baja en los centros.
- Participar en las reuniones del equipo interdisciplinar, así como en cualquier otro grupo de trabajo que se forme para la ejecución y el buen desarrollo de los servicios de la entidad.

Estas y otras complementarias a las de los compañeros del equipo técnico, son algunas de las funciones realizadas por el/la profesional del Trabajo Social.

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

1. INFORME SOCIAL
2. PAI
3. CONTRATO DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y PSICOMOTRIZ
4. SOLICITUD DE SERVICIOS
5. PROYECTO DE INTERVENCIÓN
6. ACUERDO DEL SERVICIO DE AYUDA EN EL HOGAR
7. REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE AYUDA EN EL HOGAR
8. REGLAMENTO INTERNO DE ACCIÓN VOLUNTARIA
9. COMPROMISO DE COLABORACIÓN VOLUNTARIA
10. CERTIFICADO DE ACCIÓN VOLUNTARIA
11. ACREDITACIÓN/IDENTIFICACIÓN DEL VOLUNTARIO
12. LIBRO DE REGISTRO DE VOLUNTARIOS/AS
13. HISTORIA SOCIAL

ANEXO 1

INFORME SOCIAL

LOGO DE LA AFA	INFORME SOCIAL
-----------------------	-----------------------

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD

Entidad: Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias de _____

Emitido por: _____ Núm. colegiado/a

Fecha: _____

Dirigido a: _____

Motivo del informe: _____

2. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA USUARIA

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

3. UNIDAD DE CONVIVENCIA DE LA PERSONA USUARIA

Nombre y apellidos	Fecha de Nacimiento	Estado civil	Relación con el usuario	Situación laboral	Teléfono de contacto

OBSERVACIONES:

4. SITUACIÓN DE LA VIVIENDA

<p>Tipo de vivienda:</p> <p><input type="checkbox"/> Casa</p> <p><input type="checkbox"/> Piso</p> <p>Régimen de posesión:</p> <p><input type="checkbox"/> Sin vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda en propiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda en alquiler</p> <p><input type="checkbox"/> Cedida en uso</p> <p>Número de plantas:</p> <p><input type="checkbox"/> Unifamiliar de planta baja</p> <p><input type="checkbox"/> Unifamiliar con más de una planta</p> <p><input type="checkbox"/> 1ª planta</p> <p><input type="checkbox"/> 2ª planta o más</p> <p>Localización/ entorno:</p> <p><input type="checkbox"/> Centro urbano</p> <p><input type="checkbox"/> Zona rural</p>	<p>Condiciones de habitabilidad:</p> <p><input type="checkbox"/> Pésimas. En estado de ruína o con grandes humedades o brechas.</p> <p><input type="checkbox"/> Deficientes. Vivienda en condiciones de habitabilidad inadecuada.</p> <p><input type="checkbox"/> Aceptables. Dispone de servicios mínimos y habitabilidad aceptable.</p> <p><input type="checkbox"/> Buenas. Dispone de todos los servicios que garantizan unas buenas condiciones de habitabilidad.</p> <p>Observaciones:</p> <p>Barreras arquitectónicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Cuenta con barreras arquitectónicas en el acceso a la vivienda. Descripción de dichas barreras:</p> <p><input type="checkbox"/> Cuenta con barreras arquitectónicas en el interior de la vivienda: Descripción de dichas barreras:</p>
--	---

5.SITUACIÓN DE SALUD DE LA PERSONA USUARIA

Diagnóstico: _____

Fecha del diagnóstico: _____

Centro del diagnóstico: _____ Profesional: _____

Valoración de la discapacidad:

Fecha de la valoración: _____

Grado de discapacidad: _____

LOGO DE LA AFA	INFORME SOCIAL
-----------------------	-----------------------

Valoración de la dependencia:

Fecha de la valoración: _____

Grado de dependencia: _____

Observaciones:

6. OTROS DATOS DE INTERÉS

7. VALORACIÓN PROFESIONAL

Firma del/la profesional y sello

_____, _____ de _____ de 201__

ANEXO 2

PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

LOGO DE LA AFA	PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO
-----------------------	---

VALORACIÓN

Inicial Semanal Mensual Semestral Anual

DATOS DE LA PERSONA USUARIA

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____

Núm. expediente: _____

Fecha de alta: _____ Jornada: _____

ÁREA PSICOLÓGICA Y COGNITIVA

ÁREA SANITARIA

ÁREA FUNCIONAL

ÁREA SOCIAL

ANEXO 3

CONTRATO DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y PSICOMOTRIZ

LOGO DE LA AFA	CONTRATO PROGRAMA ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y PSICOMOTRIZ
----------------	---

En _____, el _____

REUNIDOS:

De una parte, **(presidente/a)**, mayor de edad, con el DNI _____, en representación de la (ASOCIACIÓN) con CIF _____ y dirección en _____ Y de otra parte, _____, mayor de edad y con el DNI, en calidad de **(parentesco)** de _____.

EXPONEN:

1. Que **(ASOCIACIÓN)** es una entidad sin ánimo de lucro que tiene entre sus fines la atención a personas afectadas de alzhéimer u otro tipo de demencias.
2. Que la asociación oferta servicios de estimulación terapéutica para personas con alzhéimer y otras demencias como el Programa de estimulación cognitiva y psicomotriz que tiene como finalidad primordial fomentar la autonomía de las personas afectadas optimizando sus capacidades residuales a través de una atención especializada y terapéutica.
3. Que el/la familiar y/o representante conoce las instalaciones donde se desarrolla el programa así como las condiciones de la estadía y aportaciones económicas, que considera de su completa satisfacción.
4. Que el/la familiar y/o representante está interesado/a en que _____ participe en el Programa de estimulación cognitiva y psicomotriz, para lo cual ambas partes libre y voluntariamente,

ACUERDAN:

1. Don/Doña **(familiar y/o representante legal)** de _____, solicita su incorporación en el Programa de estimulación cognitiva y psicomotriz y, valorada su solicitud y su estado, se acepta su admisión en el servicio solicitado.
2. La prestación de este servicio incluye terapias de orientación a la realidad, psicomotricidad y estimulación cognitiva y funcional.
3. Don/Doña _____ se compromete al cumplimiento del Reglamento de régimen interno y de las normas generales y específicas de funcionamiento que los órganos directivos determinen en cada momento, así como a cumplir las normas y condiciones específicas de prestación de cada uno de los servicios empleados.

LOGO DE LA AFA

CONTRATO PROGRAMA ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y PSICOMOTRIZ

4. Las causas de extinción del presente contrato son:

- La solicitud de darse de baja por Don/Doña _____ o la persona que en ese momento sea la tutora legal de la persona enferma, deberá realizarse por escrito, de forma que sea expresa e inequívoca, con un mes de antelación a la fecha en la que desee causar baja, excepto que existan causas de fuerza mayor que justifiquen su incumplimiento.
- Cuando el equipo técnico informe de que la persona usuaria no se esté beneficiando de las terapias debido a su avanzado deterioro.
- Por falta de colaboración de la persona usuario o familiares en la consecución de los objetivos terapéuticos.
- Por ausencia del programa durante más de 30 días continuados sin justificación.
- Por impago de las cuotas económicas que se determinen en cada caso.
- Cuando la persona beneficiaria y/o su familia y/o persona tutora y/o representante legal incumplan las normas que establece el Reglamento de régimen.

5. Don/Doña _____ se compromete a abonar las aportaciones económicas establecidas y aprobadas por la Junta Directiva de **(ASOCIACIÓN)**, **(COSTE)** mediante domiciliación bancaria o pago en efectivo entre el día 1 y 5 de cada mes. Las aportaciones serán revisadas anualmente por la Junta Directiva y las variaciones que se acuerden serán comunicadas a las personas beneficiarias con la suficiente antelación.

6. La incorporación al programa es elegida de modo libre y voluntaria por el familiar y/o representante de la persona usuaria, quien será conocedora de todas las normas específicas.

7. El/la familiar y/o persona tutora legal en este momento Don/Doña _____ se compromete a respetar el horario de los talleres ocupacionales como requisito indispensable dentro de las normas de **(ASOCIACIÓN)**.

8. **(ASOCIACIÓN)**, en cumplimiento con la normativa vigente de los centros de carácter social para las personas mayores, las actividades que se desarrollan en el programa, tienen suscrita una Póliza de Seguros así como responsabilidad civil.

9. En todo lo no expresamente pactado en este contrato, se regirá por lo que se establece en el Reglamento de régimen interno aprobado por la Junta Directiva.

AUTORIZA:

A la utilización del Servicio de transporte adaptado de la asociación para su desplazamiento al programa.

A la realización de salidas culturales con el personal de **(ASOCIACIÓN)** y a su desplazamiento para este fin.

LOGO DE LA AFA

**CONTRATO PROGRAMA ESTIMULACIÓN
COGNITIVA Y PSICOMOTRIZ**

A la toma de imágenes y reproducciones y su posterior publicación en memorias, folletos, boletines informativos, páginas web de la asociación, redes sociales y otros medios de comunicación con el fin de divulgar las distintas actividades que lleva a cabo la asociación.

A conservar mis datos de carácter personal, y los de quien me representa, con el fin de llevar a cabo las oportunas gestiones relacionadas con la documentación referente a la enfermedad y estoy debidamente informado/a de que **(ASOCIACIÓN)** ha registrado ante la Agencia Española de Protección de Datos un fichero para tal fin, entendiéndolo que en todo momento podré ejercer mi derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición según establece la Ley orgánica 15/99 de protección de datos de carácter personal (L.O.P.D.).

Y para que conste y suministre los efectos oportunos, los contratantes firman el presente contrato por duplicado, en el lugar y fecha indicados en el encabezado.

Fdo: D./Dña.

Fdo.:

El/la presidente/a **(ASOCIACIÓN)**

ANEXO 4

SOLICITUD DE SERVICIOS

LOGO DE LA AFA	SOLICITUD DE SERVICIOS
-----------------------	-------------------------------

Fecha _____

DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE/GUARDADORA DE HECHO

Nombre y apellidos: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

DNI: _____

Cómo tuvo conocimiento de la Asociación: _____

DATOS DE LA PERSONA AFECTADA

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____

Parentesco: _____

Diagnóstico: _____

Núm. tarjeta sanitaria: _____

Otros datos de interés

DEMANDA

- Programa de estimulación cognitiva y psicomotriz
- Programa de información, valoración, seguimiento y orientación
- Programa de atención psicológica
- Servicio de préstamo de ayudas técnicas
- Servicio de formación y sensibilización en alzhéimer y otras demencias
- Servicio de prevención de la dependencia específico de alzhéimer y otras demencias
- Otros

INTERVENCIÓN

OBSERVACIONES

ANEXO 5

PROYECTO DE INTERVENCIÓN

LOGO DE LA AFA	PROYECTO DE INTERVENCIÓN (SAF)
-----------------------	---------------------------------------

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EXPEDIENTE

Nombre y apellidos: _____

DNI: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Fecha de elaboración del proyecto: _____

Elaborado por: _____ Perfil profesional: _____

TIPOLOGÍA DEL SERVICIO QUE SE VA A PRESTAR:

Modalidad: _____ Grado/nivel: _____

Horas concedidas: _____ Horas semanales _____

Antecedentes relevantes en relación con la persona usuaria y su familia _____

Días de la semana y horario concreto de la prestación

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo

Tipo de atenciones que se van a prestar

Atención de carácter personal	
Atenciones de carácter doméstico	
Atenciones de carácter complementario	
Atenciones de carácter psicosocial y educativa	

Perfil de los/as profesionales

Trabajador/a social del ayuntamiento	
Trabajador/a social de la empresa gestora	
Auxiliar ayuda a domicilio	

LOGO DE LA AFA	PROYECTO DE INTERVENCIÓN (SAF)
-----------------------	---------------------------------------

EXISTENCIA DE OTROS SERVICIOS/APOYOS

Servicio/apoyo	Num. horas semanales

OBJETIVOS DEL SERVICIO PROPUESTO

Nivel individual	
Nivel Familiar	
Nivel social	
Otros objetivos	

TAREAS DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Nombre y apellidos de la persona usuaria: _____

Auxiliar de ayuda en el hogar: _____

Horas mensuales: _____

Días y horario de atención: _____

LOGO DE LA AFA

PROYECTO DE INTERVENCIÓN (SAF)

	ATENCIÓNES DE CARÁCTER PERSONAL	FRANJA HORARIA	PERIODICIDAD			
			DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	TRIMESTRAL
MOVILIZACIONES	Levantar y acostar					
	Incorporación cama/silla					
	Transferencias					
	Cambios posturales					
	Ayudar a subir y bajar escaleras					
	Apoyo en los desplazamientos					
	Otras, :					
HIGIENE PERSONAL	Baño/ducha					
	Aseo parcial (miembros superiores, inferiores, pies...)					
	Lavado de cabeza					
	Cambio de pañales					
	Echar cremas					
	Cortar uñas					
	Peinar					
	Depilar/afeitar					
	Limpiar dentadura					
	Lavar los dientes					
	Cambio o vaciado de bolsa					
	Cambio de colectores					
	Ayudar a vestir/desnudar					
	Limpiar ayudas técnicas					
Supervisar higiene personal						
	Otras,:					
MEDICACIÓN	Solicitar y supervisar citas médicas					
	Recogida de recetas					
	Comprar medicación					
	Supervisión de las rutinas de administración de medicamentos prescritos por personal facultativo					
	Supervisar administración de insulina y heparina					
	Curas menores					
		Otras,:				

LOGO DE LA AFA

PROYECTO DE INTERVENCIÓN (SAF)

	ATENCIONES DE CARÁCTER DOMÉSTICO	FRANJA HORARIA ¹	PERIODICIDAD			
			DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	TRIMESTRAL
LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO DEL HOGAR	Hacer las camas					
	Cambiar las camas					
	Sacudir/aspirar alfombras					
	Limpiar piezas de los baños					
	Limpiar azulejos baños					
	Limpiar salón/sala					
	Limpiar cocina					
	Limpiar electrodomésticos					
	Limpiar mesas					
	Limpiar armarios de cocina					
	Ordenar utensilios de cocina y comida					
	Barrer					
	Fregar suelos					
	Ordenar la casa					
	Fregar loza					
	Limpiar azulejos cocina					
	Limpiar cristales					
	Limpiar puertas					
	Hacer la compra					
	Comprobar grifos, luz...					
	Sacar la basura					
	Comprobar telefonía móvil, teleasistencia					
	Ventilar habitaciones					
Encender el fuego y poner calefacción						
Limpiar escaleras						
Limpiar el polvo						
Supervisar tareas domésticas						
Otras,:						

¹ Para cubrir aquellos casos nos que se acode ao servizo en máis dunha franxa horaria
² De ser o caso, especificamos outras tarefas que se consideren necesarias

LOGO DE LA AFA	PROYECTO DE INTERVENCIÓN (SAF)
-----------------------	---------------------------------------

	ATENCIÓNES DE CARÁCTER DOMÉSTICO	FRANJA HORARIA	PERIODICIDAD			
			DIARIO	SEMANAL	MENSUAL	TRIMESTRAL
ALIMENTACIÓN	Planificar menús					
	Hacer la comida					
	Poner y recoger la mesa					
	Torar, enfriar, batir					
	Administrar comida					
	Administrar comida por sonda					
	Supervisar alimentación					
	Gestión económica de aprovisionamiento					
Otras,:						
	Poner la lavadora					
	Tender la ropa					
	Recoger la ropa					
	Ordenar la ropa en los armarios					
	Pasar la plancha					
	Coser					
	Limpiar el calzado					
	Comprar ropa					
	Otras,:					
	Acompañamiento personal en la realización de otras actividades necesarias de la vida diaria					
	Acompañamiento al médico					
	Hacer compras y/u otras gestiones					
	Gestiones telefónicas					
	Gestión de la correspondencia					
	Paseos terapéuticos					
	Acompañamiento centro de día, ocio, etc.					
	Cualquier otra tarea que se considere necesaria para la atención integral de la persona usuaria					

PERIODICIDAD DE LOS SEGUIMIENTOS (MÍNIMO BIMESTRALMENTE)

Firmado en _____ en la fecha _____

Recibí copia: persona usuaria/ representante legal

Técnico/a responsable empresa gestora

Recibí copia: auxiliar asignado/a

Visto y place del/la trabajador/a social del ayuntamiento₃

₃ En aquellos casos en que la gestión del programa sea indirecta

ANEXO 6

ACUERDO DEL SERVICIO DE AYUDA EN EL HOGAR

LOGO DE LA AFA	ACUERDO DE SERVICIO DE AYUDA EN EL HOGAR
-----------------------	---

Reunidos en _____ el día _____ de una parte Don/ Doña _____ con DNI: _____ como persona responsable de _____ con DNI _____.

Y de otra _____, en calidad de técnico/a responsable del servicio de ayuda en el hogar de _____.

ACUERDAN:

1. Que la entidad prestadora _____, prestará el Servicio de ayuda en el hogar (SAD) a la persona arriba citada, desde el día _____ del _____ de 20____.
2. Que la prestación del servicio de ayuda en el hogar se realizará por un plazo de _____, con posibilidad de prórroga según valoración técnica de la entidad prestadora acreditada.
3. Que el SAD se llevará a cabo los días de la semana _____ en horario de _____ por un total de _____ horas semanales según lo marcado en el Programa individual de atención.
4. Que la persona usuaria acepta domiciliar el abonamiento de la tasa del SAD establecido en el punto 4º en la entidad bancaria de su elección, en el número de cuenta autorizada para tal efecto.
5. Que, de acuerdo con el proyecto de intervención establecido para el caso, las actividades que se fijan inicialmente para el desarrollo del SAD son las siguientes:
 - a. atenciones de carácter personal
 - b. atenciones de carácter de apoyo psicosocial
 - c. atenciones de carácter doméstico
 - d. atenciones de carácter socioeducativo
 - e. atenciones de carácter técnico y complementario
6. Que las tareas que se fijan inicialmente para el desarrollo del SAD, y que serán llevadas a cabo por el personal auxiliar del servicio, serán las siguientes:
7. Que, asimismo, la persona usuaria, su familia o personas allegadas se comprometen a llevar a cabo las siguientes tareas:

LOGO DE LA AFA	PROYECTO DE INTERVENCIÓN (SAF)
-----------------------	---------------------------------------

8. Que las modificaciones que pudiese haber en las condiciones inicialmente estipuladas en este acuerdo deberán ser recogidas en un documento nuevo firmado por la persona usuaria y la persona responsable del SAD, que serán anexadas al acuerdo original.

9. Que el servicio se prestará atendiendo a las condiciones reguladas en la Orden de 22 de enero de 2009, que regula el servicio de ayuda en el hogar, y en la ordenanza municipal sobre el SAD, donde están recogidos los derechos y deberes de la persona usuaria, bajas temporales y causas de la extinción.

10. Que la persona responsable afirma haber recibido una copia del contrato firmado tanto por ella, como por el/a técnico/a responsable del servicio de ayuda en el hogar.

11. Que la persona responsable consiente el tratamiento informatizado de los datos personales del usuario, de conformidad con lo dispuesto en la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Ambas partes dan su conformidad a este acuerdo de prestación del SAD y lo firman.

_____ , _____ de _____ de 20__

La persona responsable

El/la técnico/a responsable

ANEXO 7

REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE AYUDA EN EL HOGAR

LOGO DE LA AFA	REGLAMENTO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE AYUDA EN EL HOGAR
-----------------------	---

El programa de ayuda en el hogar se regula por lo establecido en la Orden de 22 de enero de 2009, por la que se regula el servicio de ayuda en el hogar, por el Decreto 254/2011, de 23 de diciembre, que regula el régimen de registro, autorización, acreditación y la inspección de los servicios sociales en Galicia, así como por lo establecido en la Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia.

El servicio de ayuda en el hogar tiene por objeto prestar un conjunto de atenciones a las personas en su domicilio, desde una perspectiva integral y normalizadora, en aquellas situaciones en que tengan limitada su autonomía personal o en los casos de desestructuración familiar.

1. Identificación de la entidad titular, sede oficial y oficina base del programa

El objeto de esta ordenanza es la regulación del servicio de ayuda en el hogar en la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de _____ con el CIF: _____ y con sede oficial y oficina base en la dirección _____, teléfono _____ y con horario de oficina de _____ a _____.

2. Ámbito de actuación

El ámbito de actuación del programa abarca, además del ayuntamiento donde está la sede de la base operativa del programa (Ayuntamiento de _____), los siguientes municipios:

3. Derechos y deberes de la persona usuaria y de la entidad

a. Derechos de las personas usuarias de la entidad

- A ser tratadas con el respeto debido a su dignidad.
- A recibir una atención adaptada a sus necesidades, con la calidad y duración prescritas en cada caso.
- A conocer la organización y el reglamento del servicio.
- A conocer la situación de su expediente.
- Al tratamiento confidencial de sus datos de acuerdo con lo dispuesto en la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- A recibir información precisa y clara sobre las posibles modificaciones sobrevenidas durante la prestación efectiva.
- A presentar quejas y sugerencias al personal coordinador del servicio cuando expresen reclamaciones o hacer sugerencias sobre su prestación efectiva.

b. Deberes de las personas usuarias de la entidad

- Cumplir con las condiciones del servicio, facilitándole la ejecución de las tareas al personal a cargo y poniendo a su disposición, si es el caso, los medios materiales necesarios.
- Colaborar, en la medida de sus posibilidades, en el desarrollo del servicio en función de sus capacidades y en los términos acordados en cada caso.
- A facilitar y colaborar en el seguimiento y evaluación del servicio.
- Respetar la dignidad personal y profesional de las personas que presten el servicio, así como respetar los límites de sus deberes laborales.
- Informar de los cambios de cualquier circunstancia que impliquen una modificación en su capacidad económica, así como de circunstancias relevantes de carácter personal o familiar que pudieran dar lugar a la modificación, suspensión o extinción en la prestación del servicio.
- Participar en el pago del servicio en los términos que se establezca en su norma reguladora.
- A comunicar, en circunstancias comunes y previsibles, con diez días de antelación, cualquier ausencia temporal del domicilio que pudiera impedir la prestación del servicio.

4. Descripción de los servicios que se prestan

a. Atenciones de carácter personal en la realización de las actividades básicas de la vida diaria

- Asistencia para levantarse y acostarse.
- Apoyo en el cuidado del aseo personal, así como vestirse.
- Control del régimen alimentario, así como ayuda para alimentarse.
- Supervisión, cuando proceda, de la administración de la medicación prescrita por el personal facultativo.
- Apoyo a la movilización, cambios posturales y orientación espacio-temporal.
- Apoyo a personas afectadas por problemas de incontinencia.
- Las atenciones que sean precisas para prestar una atención integral a la persona usuaria.

b. Atenciones de carácter personal para la realización de otras actividades de la vida diaria

- Acompañamiento fuera del hogar para acudir a tratamientos o consultas.
- Apoyo para realizar gestiones necesarias o urgentes.

c. Atenciones en las necesidades de carácter doméstico y de la vivienda que incidan y ayuden en la mejora del entorno de las personas usuarias y de su familia

- Limpieza y mantenimiento de la higiene y salubridad de la vivienda.
- Compra de alimentos y otros productos de uso común.
- Preparación de alimentos.
- Lavado y cuidado de las prendas de vestir.
- Cuidados básicos de la vivienda.

d. Atenciones de carácter psicosocial y educativo: intervención técnico-profesionales formativas y de apoyo al desarrollo de las capacidades personales, a la afectividad, a la convivencia y a la integración en la comunidad así como a la mejora de la estructuración familiar.

Con carácter complementario, el servicio de ayuda en el hogar podrá incorporar los siguientes tipos de atención:

- e. Actividades de acompañamiento, socialización y desarrollo de hábitos saludables.*
- f. Servicio de podología.*
- g. Servicio de fisioterapia.*
- h. Adaptaciones funcionales del hogar.*

5. Procedimiento para causar alta, baja, modificación o suspensión del servicio

a. Alta en el servicio

Para cada persona usuaria o por cada unidad de convivencia a la que se presta el servicio, se abrirá un expediente en el cual constará, cuando menos:

- Informe social, firmado por un trabajador o trabajadora social.
- Un proyecto de intervención, firmado por el/a técnico/a responsable que designe la entidad titular del servicio.
- Un acuerdo de servicio firmado entre la entidad titular del servicio y la persona usuaria.

b. Causas de extinción del servicio

- A renuncia de la persona usuaria.
- Traslado definitivo de su residencia a otro ayuntamiento fuera del ámbito de actuación de este servicio.
- Fallecimiento de la persona usuaria.
- Incumplimiento reiterado de los deberes y obligaciones establecidos para las personas usuarias en la prestación del servicio.
- La falta reiterada de pago del servicio.
- Desaparición de las causas que motivaron la prestación del servicio.

c. Causas de suspensión temporal del servicio.

- Ausencia temporal del domicilio: en este caso el servicio podrá suspenderse por un máximo de tres meses, debiendo acreditar la persona usuaria las causas que motivan su ausencia.
- Modificación temporal de las causas que motivaron la necesidad del servicio: podrá suspenderse el servicio en tanto persista el cambio de circunstancias causante de la suspensión.

6. Protocolo para inicio de la prestación efectiva y establecimiento del vínculo entre la/el auxiliar de ayuda en el hogar y la persona usuaria del servicio

- a. Identificación de las personas que deberán estar en el domicilio de la persona usuaria en el

momento de la visita del/a técnico/a responsable, preferiblemente hijos/as, pareja o familiares directos..

b. Visita del/a técnico/a responsable al domicilio de la persona usuaria, estudio y valoración del caso y elaboración del proyecto de intervención que deberá contener por lo menos:

- Objetivos que se pretenden conseguir con la aplicación del proyecto de intervención.
- Tareas concretas que va a realizar el/la auxiliar de ayuda en el hogar u otros profesionales.
- Días y horario concreto de la prestación del servicio.
- Personal de atención directa encargado de realizar las tareas.

c. Presentación a las personas usuarias y/o familiares en el domicilio del/la auxiliar de ayuda en el hogar e indicación concreto de las tareas que hay que realizar.

7. Modelo del acuerdo de servicio entre la persona usuaria y la entidad

El contrato debe expedirse por duplicado e irá firmado por ambas partes. Se entregará una copia a la persona usuaria.

En el contrato, la persona usuaria firmará recibir una copia del reglamento del régimen interior, que le será acercado con la copia de este.

También firmará una autorización a la entidad bancaria para el cargo en la cuenta correspondiente de las cantidades debidas por los servicios prestados.

De realizar un tratamiento informático de los datos personales de la persona usuaria, se incluirá una cláusula con el fin de que se autorice o no el mencionado tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Se hará constar el lugar, la fecha y la firma de ambas dos partes. El contrato no podrá establecer cláusulas abusivas, contrarias o sustancialmente diferentes a lo recogido en las normas de funcionamiento.

8. Horarios de atención al público en la oficina base del programa

El horario de atención al público en la oficina base del programa de ayuda en el hogar de la Asociación de Familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias de _____ es de _____ horas a _____ horas.

9. Límites horarios para la prestación del servicio

La intensidad del servicio se determinará, con carácter general, en horas mensuales de atención, distribuidas en función de las necesidades de la persona usuaria y establecidas en el proyecto individualizado de atención.

Su aplicación horaria será flexible y conforme con el proyecto de intervención, de manera que, cuando menos, se garantice la cobertura de las necesidades de atención de carácter personal en la reali-

zación de las actividades básicas de la vida diaria, relacionadas en el artículo 4.1º a) de la Orden de 22 de enero de 2009, por la que se regula el servicio de ayuda en el hogar, todos los días de la semana.

El horario establecido para la atención de las personas usuarias es el siguiente:

- a) Horario diúrno: de _____ horas a _____ horas.
- b) Horario nocturno: de _____ horas a _____ horas.

10. Régimen de visitas a los domicilios del/la técnico/a que coordine o supervise el programa

La persona que ejerza como responsable técnica del servicio garantizará una supervisión del servicio efectivamente prestado, mediante la realización de visitas a los domicilios de los usuarios, que será realizada, siempre que las circunstancias la hagan necesaria y, como mínimo, con una periodicidad de dos meses. De la supervisión realizada quedará constancia en el correspondiente expediente individual mediante los informes de seguimiento.

11. Protocolo de actuación en el caso de urgencias

- a) Identificación de las urgencias.
- b) Elaboración de un protocolo que llevarán a cabo las y los profesionales en ese momento: en el caso de producirse una situación urgente con una persona usuaria en su domicilio, el/la auxiliar debe ponerse en contacto con el médico de cabecera o el servicio de urgencias que le corresponda, avisar de forma inmediata a la familia y a la asociación y permanecer en el domicilio todo el tiempo necesario, aunque sea fuera de su horario, hasta que se resuelva la urgencia o se hagan cargo de la situación los familiares o la persona responsable del usuario o usuaria. El/a trabajador/a social de la asociación se desplazará al domicilio en la mayor brevedad, con el fin de valorar y estudiar la situación y elaborar el informe correspondiente.
- c) Información de los distintos profesionales de las distintas intervenciones que se van a llevar a cabo.

12. Protocolo de actuación en el caso de incidencias

Visita del/a técnico/a titulado/a en el área social al domicilio de la persona usuaria, estudio y valoración del caso y elaboración del informe con las medidas adoptadas para resolver el incidente. Este informe se incorporará al expediente individual de la persona usuaria.

13. Protocolos de relevo de la persona auxiliar de ayuda en el hogar que realiza la prestación

- a) Avisar con tiempo suficiente a los usuarios, de los cambios que se realicen, con indicación de la causa del cambio y duración de este. La empresa notificará con un plazo de dos días este cambio, siempre que la causa que lo motive no se produzca de forma repentina e imprevisible.

b) Visita del/a técnico/a coordinador/a del programa al domicilio de la persona usuaria y presentación en el domicilio de la nueva persona auxiliar de ayuda en el hogar e indicación de las tareas que hay que realizar.

14. Protocolo de actuación en el supuesto de cese del servicio por parte de la empresa

Causa de cese y aviso a las personas usuarias con un tiempo de por lo menos quince días de antelación.

15. Protocolo de actuación en el caso de queja en el libro de reclamaciones

- a) La entidad deberá establecer un procedimiento de resolución de quejas y reclamaciones.
- b) Facilitará una copia de queja al usuario o usuaria.
- c) Realizará las acciones pertinentes para resolver el caso, dando traslado a la persona interesada y/ o su familia de las medidas adoptadas.
- d) Remitir original al Servicio de Inspección de Servicios Comunitario e Inclusión Social en el plazo máximo de tres días hábiles, junto con un informe justificativo de los antecedentes y de las actuaciones realizadas para su gestión, según establece el artículo 6 i) del Decreto 254/2011, de 23 de diciembre, por el que se regula el régimen de registro, autorización, acreditación y la inspección de los servicios sociales de Galicia.

ANEXOS

16. Cuadro de personal

Nombre y apellidos	DNI	Profesión	Titulación	Tipo de contrato	Observaciones

17. Cuadro de precios

ANEXO 8

REGLAMENTO INTERNO DE ACCIÓN VOLUNTARIA

LOGO DE LA AFA	REGLAMENTO INTERNO DE ACCIÓN VOLUNTARIA
-----------------------	--

El presente Reglamento interno parte del compromiso asumido por **(ASOCIACIÓN)** de fomentar la participación de la sociedad en general y de la oportunidad que supone la acción voluntaria para dar a conocer la realidad de la enfermedad y canalizar los deseos de la sociedad de poder ayudar las personas afectadas de alzhéimer y otras demencias.

EL VOLUNTARIADO EN **(ASOCIACIÓN)**

(Descripción de la entidad y sus fines)

La **(ASOCIACIÓN)** tiene su ámbito de actuación en _____ donde desarrolla los siguientes servicios y programas:

- Servicio específico de estimulación terapéutica para personas con alzhéimer y otras demencias.
- Servicios específicos de intervención con familiares de personas con alzhéimer y otras demencias.
- Servicio de atención personal en el hogar.
- Servicio de formación y sensibilización en alzhéimer y otras demencias.
- Servicio de prevención de la dependencia específico de alzhéimer y otras demencias.
- Servicio de envejecimiento activo.

Consideramos que dentro de nuestra misión como asociación se encuentra divulgar y dar a conocer todo aquello que implica padecer una demencia, bien sea como persona afectada o como familiar. Por eso, el voluntariado ofrece una colaboración de calidad para concienciar a la población sobre la enfermedad basándose en valores como la solidaridad, la tolerancia y la corresponsabilidad social.

Estos son los objetivos que persigue el voluntariado en **(ASOCIACIÓN)**

Objetivo general

- Promover la participación del voluntariado en todos los programas que se lleven a cabo en la Asociación, en relación con las familias y personas afectadas.

Objetivos específicos

- Aumentar el bienestar emocional de las personas usuarias durante la estadía a través de actividades de ocio.
- Motivar a la persona usuaria en la participación de las actividades evitando la desconexión entre los miembros del grupo.
- Fomentar el sentido de pertenencia a un grupo, dinamizando a las personas que lo componen para evitar la rutina y el desinterés general.
- Sensibilizar a la población ante la gravedad de la enfermedad de alzhéimer y sus repercusiones en la persona usuaria y en su familia.

- Fomentar el espíritu solidario a través del ejemplo de la labor de las personas voluntarias de la asociación.
- Fomentar la participación de la localidad y los municipios próximos en actividades voluntarias en beneficio de las personas afectadas de alzhéimer.
- Promocionar la labor de **(ASOCIACIÓN)**.
- Practicar un voluntariado de manera eficaz.
- Garantizar el desarrollo de la actividad voluntaria bajo condiciones óptimas.
- Favorecer el cambio social hacia la mejora de las condiciones de vida de las personas afectadas de alzhéimer.

DEFINICIÓN DEL VOLUNTARIADO

Concepto de acción voluntaria

Se entiende por acción voluntaria la realizada por personas físicas como resultado de su participación social organizada en el desarrollo de actividades de interés general a través de entidades de acción voluntaria, siempre que reúnan las siguientes condiciones:

- Que se trate de una decisión libremente adoptada y no traiga causa de una obligación o de un deber jurídico.
- Que se ejecute fuera del ámbito laboral, profesional, funcionarial o mercantil o de cualquier otro tipo de relación retribuida.
- Que la acción voluntaria se lleve a cabo sin contraprestación económica, sin perjuicio del derecho al reembolso de los gastos que esta acción pueda ocasionar o de los reconocimientos que correspondan.
- Que se lleve a efecto en función de programas concretos, ya sean promovidos por cualquier entidad de acción voluntaria o por las administraciones públicas de Galicia.

No tendrán la consideración de acción voluntaria:

- Las actividades que sean realizadas de forma espontánea.
- Las consideradas como prácticas, aprendizajes o experiencia profesional.
- Las que sean prestadas al margen de las entidades de acción voluntaria, de forma aislada o esporádica.
- Las promovidas por cualquier entidad para la consecución de beneficio económico o intereses propios.
- Las desarrolladas como consecuencia de una relación laboral, mercantil, funcionarial de cualquier tipo, así como las que constituyan ejercicio de funciones directivas o gerenciales en las entidades de acción voluntaria, a no ser cuando quien las lleve a cabo conserve la condición de persona voluntaria y las desarrolle en tal concepto sin percibir remuneración o contraprestación por ellas.

La acción voluntaria no podrá en ningún caso sustituir las prestaciones a las que estén obligadas las administraciones públicas u otras entidades, el trabajo remunerado o la prestación de servicios profesionales retribuidos.

Principios orientadores de la acción voluntaria

- Participación, promoviendo el desarrollo de un tejido asociativo propio, desde el pleno reconocimiento de la autonomía funcional al pluralismo de la propia acción voluntaria.
- Implicación y participación de la ciudadanía en la consecución de los intereses públicos.
- Solidaridad, altruismo y gratitud de la acción que se desarrolla, excluyéndose la búsqueda o el aprovechamiento de un beneficio material.
- Libertad personal y respeto del pluralismo y de las opciones personales de las personas voluntarias y de las personas destinatarias de su acción.
- Colaboración y complementariedad entre las entidades de acción voluntaria y las administraciones públicas.

Concepto de persona voluntaria

Persona física que, en virtud de su decisión personal, libre y altruista y en una situación de inexistencia de relación laboral, mercantil o de trabajo remunerado, participe en cualquier actividad de acción voluntaria mediante un programa propio de **(ASOCIACIÓN)**.

Las personas menores de edad podrán participar en programas y proyectos de voluntariado específicamente adaptados a sus características, mediante autorización expresa de sus progenitores, de sus tutores o de la institución que las tenga a su cargo, con respeto en todo caso a la voluntad de la persona menor.

La condición de persona voluntaria es compatible con la condición de miembro de la directiva de la entidad y con la de coordinador de programas o proyectos de voluntariado, siempre que el cargo no sea retribuido.

La condición de persona voluntaria es incompatible con el desempeño de cualquier actividad sujeta a retribución económica por **(ASOCIACIÓN)**, cuya naturaleza, contenido y objeto puedan tener relación con los propios de la actividad voluntaria.

Toda persona voluntaria tiene unos derechos y unos deberes que se deben cumplir y que están contemplados en la legislación estatal vigente sobre voluntariado (Ley 45/2015, de 14 de noviembre, de voluntariado) y en la Ley 10/2011, de 28 de noviembre, de acción voluntaria.

Derechos de las personas voluntarias

- Ser tratadas sin ningún tipo de discriminación con respeto a su libertad, dignidad, intimidad y creencias.
- Ser informadas y formadas, particularmente en materia de prevención de riesgos, y a desarrollar la actividad voluntaria en las condiciones de seguridad, higiene y salud que su naturaleza y características reclamen.
- Disponer de una acreditación identificativa de su condición de persona voluntaria.
- Recibir información, formación, asesoramiento y apoyo técnico así como los medios materiales que requiera el ejercicio de las actividades y de las tareas que se le asignen.
- Participar activamente en la entidad conforme a sus estatutos, colaborando en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas en los que participen.

- Acordar libremente el contenido y las condiciones de su actividad voluntaria, el ámbito de actuación, la definición de las tareas, el tiempo y el horario de dedicación, el lugar de desarrollo y las responsabilidades que van a asumir, pudiendo variar sus características de permitirse las circunstancias de la entidad.
- Estar aseguradas mediante póliza que cubra los riesgos de accidente de la propia persona voluntaria, así como por daños y pérdidas causadas a terceros, derivados directamente de su acción voluntaria.
- Ser reembolsadas o compensadas por los gastos realizados en el desarrollo de sus acciones voluntarias en los términos previamente acordados con la entidad.
- Recibir certificación de su participación en los programas y proyectos de la acción voluntaria, en la que se expresen, por lo menos, su naturaleza y las fechas en las que se realicen, y a que el citado certificado se remita al Registro de Acción Voluntaria a los efectos que pudieran acreditar su historial de experiencias en la acción voluntaria.
- Obtener el cambio de programa asignado cuando existan causas que lo justifiquen, dentro de las posibilidades de la entidad.
- Renunciar libremente, después de aviso, su condición de persona voluntaria.
- Cualquier otro derecho reconocido en el resto del ordenamiento jurídico.

Deberes de las personas voluntarias:

- Realizar su actividad conforme a los principios establecidos en la normativa correspondiente.
- Observar las medidas de salud y seguridad que se adopten.
- Guardar la debida confidencialidad sobre la información recibida y conocida en el desarrollo de su actividad voluntaria.
- Actuar de forma diligente, coordinada, responsable y solidaria en el desarrollo de la actividad voluntaria, realizando su actividad voluntaria conforme a las normas y a los principios establecidos en la normativa reguladora, y colaborando con la entidad en la que participe y con el resto de personas voluntarias en la consecución de la mayor eficacia y calidad en los programas y en los objetivos que se lleven a cabo.
- Participar en las actividades formativas que se entiendan necesarias para un desarrollo adecuado de la acción voluntaria.
- Respetar los derechos de las personas destinatarias de su acción voluntaria y de las demás personas voluntarias con las que colaboren.
- Cumplir los compromisos adquiridos con la entidad en la que se integren, respetando los fines, los objetivos y la normativa interna.
- Rechazar cualquier contraprestación que puedan recibir por su actividad.
- Utilizar debidamente la acreditación identificativa de su condición de persona voluntaria y los distintivos de la entidad en la que se integren, así como devolverlos cuando finalice la actividad.
- Cuidar y hacer buen uso de los recursos materiales que ponga a su disposición la entidad.
- Notificar a la entidad la renuncia con la antelación previamente acordada, con motivo de que puedan adoptarse las medidas necesarias para evitar perjuicios para la actividad en la que participen.
- Los demás deberes establecidos por el ordenamiento jurídico.

Concepto de entidades de acción voluntaria

Tendrán la consideración de entidades de acción voluntaria aquellas entidades, públicas o privadas, sin ánimo de lucro, legalmente constituidas y dotadas de personalidad jurídica propia que de forma organizada y estable realicen programas específicos en relación con actividades de interés general.

Derechos de las entidades de acción voluntaria

Las entidades de acción voluntaria tienen derecho a:

- Elaborar sus propias normas de funcionamiento interno atendiendo a principios democráticos y participativos.
- Seleccionar a las personas voluntarias de acuerdo con la naturaleza y las características de la tarea que deban desarrollar y de acuerdo con las normas establecidas en su estatuto de funcionamiento interno.
- Suspender la colaboración de las personas voluntarias que infrinjan su compromiso.
- Concurrir a las medidas de fomento de la actividad voluntaria efectuadas por las administraciones públicas o las entidades privadas.
- Cualquier otro derecho reconocido por el resto del ordenamiento jurídico referido a la acción voluntaria.

Obligaciones de las entidades de acción voluntaria

- Elaborar y aprobar su reglamento interno de acción voluntaria, en el que se indicarán las condiciones específicas de admisión y la pérdida de la condición de persona voluntaria, los derechos y deberes de esta, los mecanismos para su participación en la entidad y los principios que regirán las relaciones entre esta y aquella.
- Informar a las personas voluntarias sobre los fines y el régimen de funcionamiento de la entidad de acción voluntaria.
- Impedir que se sustituyan, a través de las actividades que realicen las personas voluntarias, puestos de trabajo que deban ser retribuidos.
- Cumplir los acuerdos establecidos con las personas voluntarias en su compromiso de colaboración.
- Facilitarles a las personas voluntarias una acreditación que las habilite e identifique para el desarrollo de su actividad.
- Expedir, después de la solicitud de la persona interesada, un certificado que acredite su condición de persona voluntaria, con indicación de fechas, duración y prestación efectuada en los programas en los que participó. Por petición de la persona interesada, y después de autorización de cesión de sus datos personales, se le remitirá una copia de esta certificación al Registro de Acción Voluntaria.
- Garantizarles a las personas voluntarias la realización de sus actividades en las debidas condiciones de higiene y seguridad, en función de su naturaleza y características, así como el establecimiento de las pertinentes medidas de prevención de riesgos.
- Suscribir una póliza de seguros que cubra a las personas voluntarias de los riesgos de accidentes derivados del desarrollo de la actividad voluntaria, así como a los terceros por los daños y pérdidas eventualmente causados por las personas voluntarias en el ejercicio de la dicha actividad.

- Facilitar la participación de las personas voluntarias en la elaboración, diseño, ejecución y evaluación de los programas en los que intervengan.
- Redactar anualmente una memoria y un plan de actividades con el contenido que se establezca reglamentariamente.
- Llevar un libro-registro interno de altas, bajas y otros incidentes en las que se puedan encontrar las personas voluntarias, con especificación de los programas y los proyectos en los que colaboran y la naturaleza de las actividades que desarrollen.
- Garantizar la información, la orientación, la formación y el asesoramiento adecuado de las personas voluntarias que colaboren con las entidades para conseguir la mayor eficacia en su actividad, así como dotarlas de los medios precisos.

Las entidades de acción voluntaria responderán frente a terceros por los daños y pérdidas causados por las personas voluntarias que participen en sus programas, como consecuencia de la acción voluntaria desarrollada por aquellas. Para tal fin, las entidades de acción voluntaria suscribirán una póliza de seguros de acuerdo con las condiciones establecidas en la normativa estatal aplicable.

Funciones como persona voluntaria

La persona voluntaria es un nexo de unión entre las y los profesionales de la entidad y las personas afectadas y familiares. Entre sus funciones se encuentran:

- Proporcionar compañía y apoyo emocional.
- Ofrecer información general sobre la asociación.
- Acompañamiento para pasear.
- Charlar con las personas usuarias y/o familiares.
- Acompañar persona afectada para proporcionar respiro a quien la cuida.
- Actividades grupales dentro de la asociación.
- Acompañamiento en excursiones y convivencias.
- Colaborar en los diferentes talleres organizados por la asociación.
- Participar en las actividades programadas con el objeto de recaudar fondos para la asociación.
- Participar en las fiestas organizadas por la asociación.
- Participar en los encuentros intergeneracionales (familiares, personas afectadas y personas voluntarias).

Perfil de la persona voluntaria

Para (**ASOCIACIÓN**), persona voluntaria es toda persona que de una forma reflexiva, solidaria y desinteresada desarrolle una actividad en beneficio de las personas afectadas y familiares de alzhéimer dentro de los estatutos y objetivos de la asociación. Habrá de cumplir las siguientes características:

- Personas mayores de 18 años o menores de edad mediante autorización expresa de sus progenitores, de sus tutores o de la institución que los tenga a su cargo, con respeto en todo caso a la voluntad de la persona menor.
- Madurez y estabilidad emocional (comprometido).
- Con conocimiento del sector de las personas mayores.
- Sensibilidad hacia este colectivo.

- Comprometidas con la labor de la asociación y con las personas a las que atiende.
- Capacitadas para la labor voluntaria con familiares y personas afectadas.
- Disponibles, motivadas y participativas.
- Polivalentes y flexibles para el desempeño de diferentes tareas.
- Deben poseer paciencia, cariño y comprensión, además de sentido de la confidencialidad, discreción y sentido común.
- Presencia junto a quien sufre, para ayudarlo a sostener su autoestima y hacerle más llevaderos los padecimientos de la enfermedad.
- Claridad personal en su motivación como persona voluntaria en el apoyo a personas mayores.
- Amabilidad y cercanía en el trato.
- Puntualidad.
- Sensibilidad hacia las personas mayores y a los problemas que les son propios.

La persona voluntaria podrá colaborar en los servicios y programas de **(ASOCIACIÓN)**. Nuestra intención es aprovechar las competencias y habilidades específicas de las personas voluntarias y facilitar, en la mayor medida posible, el ajuste entre el modo en que las personas voluntarias desean colaborar con nosotros y las nuevas oportunidades-necesidades de la asociación y de los familiares y personas afectadas.

Formación

La formación es indispensable para fomentar la evolución de las personas voluntarias en las organizaciones y para que todas ellas puedan desarrollar sus responsabilidades adecuadamente.

(ASOCIACIÓN) proporcionará a todas las personas voluntarias dos tipos de formación:

Formación básica

Es la que imparte la organización en los momentos iniciales y que tratan los temas relativos a qué es el voluntariado, actitudes y aptitudes, campos de intervención, marco legislativo y aspectos generales sobre la entidad, sus programas y actividades, etc. Durante los primeros días de su incorporación, la persona voluntaria desempeñará un papel de espectador de los programas para, poco a poco, adquirir una actitud más participativa y asumir sus funciones.

Formación específica

Es la que recibe la persona voluntaria en función de la actividad que vaya a realizar y de las necesidades detectadas por la persona coordinadora de voluntariado.

LEGISLACIÓN DE REFERENCIA

Disposición de carácter internacional:

- Resolución de Naciones Unidas sobre el Día Internacional del Voluntario de 17 de diciembre de 1985.
- Resolución 40/212, de 19 de febrero de 1986, adoptada por la Asamblea General de Nacio-

nes Unidas.

- Carta Social Europea de 18 de octubre de 1951 ratificada por España en 1980.
- Resolución del Parlamento Europeo sobre Voluntariado, de 16 de diciembre de 1983.
- Recomendación núm. 85 del Comité de Ministros de Estados Miembros sobre el trabajo voluntario en actividades de bienestar social, de 21 de junio de 1985.
- Recomendación 85/308/CEE del Consejo, de 13 de junio sobre la protección social de los voluntarios para el desarrollo.
- Resolución del Parlamento Europeo sobre las asociaciones sin fines de lucro en la Comunidad Europea, de 13 de marzo de 1987.
- Proyecto de recomendación núm. 94 del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre promoción del servicio voluntario.
- Declaración Universal sobre Voluntariado emitida por el Congreso Mundial LIVE 90, celebrado en París en septiembre de 1999.
- Carta Europea para los voluntarios.

Legislación estatal:

- Ley 45/2015, de 14 de noviembre, de voluntariado.

Legislación autonómica:

- Ley 10/2011, de 28 de noviembre, de acción voluntaria de Galicia. Diario Oficial de Galicia núm. 242, de 21 de diciembre de 2011.
- Decreto 405/2001, de 29 de noviembre, por el que se regula el Registro de Entidades de Acción Voluntaria de Galicia.

ANEXO 9

COMPROMISO DE COLABORACIÓN VOLUNTARIA

LOGO DE LA AFA	COMPROMISO DE COLABORACIÓN VOLUNTARIA
----------------	--

En _____, _____

REUNIDOS:

DE UNA PARTE: la Asociación _____ con el CIF _____ y dirección en _____, con el registro de entidad prestadora de voluntariado número _____ y, en su nombre y representación, D./Dña. _____, mayor de edad, con el DNI _____, en calidad de presidente/la.

Y DE LA OTRA: D./Dña. **(persona voluntaria)**, con el DNI _____ y dirección en _____

Ambas partes se reconocen mutuamente plena capacidad para realizar el presente COMPROMISO DE COLABORACIÓN VOLUNTARIA

MANIFIESTAN:

I. Que **(ASOCIACIÓN)** es una asociación sin ánimo de lucro creada el _____ por un grupo de familiares de enfermos de alzhéimer y otras demencias, y cuya origen fue la necesidad de dar forma a las demandas de un colectivo de personas afectadas por las consecuencias de la enfermedad. Está inscrita en el Registro de Asociaciones con el núm. _____ y Declarada de Utilidad Pública el _____ y está constituida con personalidad jurídica propia.

II. Que D./Dña. **(persona voluntaria)** contactó con **(ASOCIACIÓN)** con la intención de prestar colaboración voluntaria en el Programa _____ cuya persona responsable es _____ con una dedicación **(horario)**

CLÁUSULAS:

PRIMERA: D./Dña. **(persona voluntaria)** colaborará como persona voluntaria en el Programa _____, gestionado por **(ASOCIACIÓN)** y realizará labores de _____ de forma totalmente altruista y gratuita, estando excluida de toda calificación laboral, realizando su labor voluntaria de conformidad con las instrucciones y tareas que le asigne la persona responsable de esta y teniendo en cuenta, no obstante, las siguientes

Condiciones generales:

a) No utilizará los medios, recursos y nombre de **(ASOCIACIÓN)** para fines particulares, ni la representará salvo que expresamente y por escrito sea autorizado/a para eso.

b) **(ASOCIACIÓN)** se reserva el derecho a dar por finalizado este compromiso si, a juicio de sus responsables, la tarea de la persona voluntaria se desarrollara de forma incorrecta, incompleta o, en ge-

neral, perjudicial para los fines de **(ASOCIACIÓN)**.

SEGUNDA: La persona voluntaria declara haber sido informada de los siguientes puntos:

- Sus datos serán incorporados a un fichero de datos de carácter personal, automatizado o no, cuya persona responsable es **(ASOCIACIÓN)** con dirección social en _____
- La finalidad de este fichero es la gestión y control de todos los aspectos relacionados con el personal voluntario.
- Podrá ejercer en todo momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, siguiendo los canales habituales de la asociación, empleando el modelo de documento que se le indique.
- De acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, D./Dña _____ se obliga en este acto a guardar secreto de toda la información relativa a datos de carácter personal recogida en los ficheros que forman parte de los sistemas de información de la asociación. Este deber subsistirá aún después de finalizada la relación de voluntariado.
- D./Dña. _____ se obliga en este acto a tratar la información a la que tenga acceso en virtud del presente contrato con total confidencialidad y deberá cumplir en todo momento las normas establecidas en el Documento interno de seguridad de la asociación.

Respecto a la toma de imágenes:

AUTORIZO a **(ASOCIACIÓN)** a la toma de imágenes y a su posterior publicación en memorias, folletos, boletines informativos, páginas web de la asociación, redes sociales y otros medios de comunicación con el fin de divulgar las distintas actividades que lleva a cabo a asociación.

NO AUTORIZO a **(ASOCIACIÓN)** a la toma de imágenes ni a la posterior publicación y difusión de estas.

TERCERA: **(ASOCIACIÓN)** se compromete a suscribir a D./Dña. **(persona voluntaria)** en la póliza de seguro de accidentes y responsabilidad civil conforme a lo estipulado en la legislación vigente.

CUARTA: D./Dña. **(persona voluntaria)** se compromete a prestar su colaboración voluntaria en el programa con una duración indefinida, con las funciones indicadas en la cláusula primera del presente compromiso. Se establece un período de prueba de un mes contado desde la firma del presente compromiso. Si una vez asumido este compromiso, la persona voluntaria no pudiera cumplirlo en los términos establecidos, deberá avisar a **(ASOCIACIÓN)** con una antelación de 15 días o la máxima que le sea posible.

QUINTA: La persona voluntaria recibirá la formación necesaria que contempla el Plan de voluntariado de la entidad para el desarrollo de los programas, proyectos o actividades que le sean asignados. Por solicitud de la persona voluntaria o una vez finalizado el compromiso, podrá expedir una acreditación de las prestaciones efectuadas.

SEXTA: La persona voluntaria tiene unos derechos y unos deberes que se recogen en el **ANEXO I**.

LOGO DE LA AFA	COMPROMISO DE COLABORACIÓN VOLUNTARIA
-----------------------	--

SÉPTIMA: Para los demás términos no contemplados en este compromiso, se regirá por la Ley 10/2011, de 28 de noviembre, de acción voluntaria así como el resto del ordenamiento jurídico aplicable en materia de voluntariado.

Fdo.:

El/la presidente/a

D. /Dña. **(persona voluntaria)**

LOGO DE LA AFA	COMPROMISO DE COLABORACIÓN VOLUNTARIA
-----------------------	--

ANEXO I

DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS VOLUNTARIAS

Derechos de las personas voluntarias:

- Ser tratadas sin ningún tipo de discriminación con respeto a su libertad, dignidad, intimidad y creencias.
- Ser informadas y formadas, particularmente en materia de prevención de riesgos, y a desarrollar la actividad voluntaria en las condiciones de seguridad, higiene y salud que su naturaleza y características reclamen.
- Disponer de una acreditación identificativa de su condición de persona voluntaria.
- Recibir información, formación, asesoramiento y apoyo técnico así como los medios materiales que requiera el ejercicio de las actividades y de las tareas que se le asignen.
- Participar activamente en la entidad conforme a sus estatutos, colaborando en la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de los programas en los que participen.
- Acordar libremente el contenido y las condiciones de su actividad voluntaria, el ámbito de actuación, la definición de las tareas, el tiempo, el horario de dedicación, el lugar de desarrollo y las responsabilidades que van a asumir, pudiendo variar sus características de permitirlo las circunstancias de la entidad.
- Estar aseguradas mediante póliza que cubra los riesgos de accidente de la propia persona voluntaria, así como por daños y pérdidas causados a terceros, derivados directamente de su acción voluntaria.
- Ser reembolsadas o compensadas por los gastos realizados en el desarrollo de sus acciones voluntarias en los términos previamente acordados con la entidad.
- Recibir certificación de su participación en los programas y proyectos de la acción voluntaria, en la que se expresen, por lo menos, su naturaleza y las fechas en las que se realicen, y que el citado certificado se remita al Registro de Acción Voluntaria a los efectos que habían podido acreditar su historial de experiencias en la acción voluntaria.
- Obtener el cambio de programa asignado cuando existan causas que lo justifiquen, dentro de las posibilidades de la entidad.
- Renunciar libremente, después de aviso, a su condición de persona voluntaria.
- Cualquier otro derecho reconocido en el resto del ordenamiento jurídico.

Deberes de las personas voluntarias:

- Realizar su actividad conforme a los principios establecidos en la normativa correspondiente.
- Observar las medidas de salud y seguridad que se adopten.
- Guardar la debida confidencialidad sobre la información recibida y conocida en el desarrollo de su actividad voluntaria.
- Actuar de forma diligente, coordinada, responsable y solidaria en el desarrollo de la actividad voluntaria, realizando su actividad voluntaria conforme a las normas y a los principios establecidos en la normativa reguladora, y colaborando con la entidad en la que participe y con el resto de personas voluntarias en la consecución de la mayor eficacia y calidad en los programas y en los objetivos que se lleven a cabo.
- Participar en las actividades formativas que se entiendan necesarias para un desarrollo ade-

LOGO DE LA AFA	COMPROMISO DE COLABORACIÓN VOLUNTARIA
-----------------------	--

cuado de la acción voluntaria.

- Respetar los derechos de las personas destinatarias de su acción voluntaria y de las demás personas voluntarias con las que colaboren.
- Cumplir los compromisos adquiridos con la entidad en la que se integren, respetando los fines, los objetivos y la normativa interna.
- Rechazar cualquier contraprestación que puedan recibir por su actividad.
- Utilizar debidamente la acreditación identificativa de su condición de persona voluntaria y los distintivos de la entidad en la que se integren, así como proceder a su devolución cuando finalice la actividad.
- Cuidar y hacer buen uso de los recursos materiales que ponga a su disposición la entidad.
- Notificar a la entidad la renuncia con la antelación previamente acordada, con motivo de que puedan adoptarse las medidas necesarias para evitar perjuicios para la actividad en la que participen.
- Los demás deberes establecidos por el ordenamiento jurídico.

ANEXO 10

ACREDITACIÓN / IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA VOLUNTARIA

LOGO DE LA AFA	IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA VOLUNTARIA
----------------	---

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

VOLUNTARIO

Nombre de la AFA

Este documento es expedido por la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de _____ y con él se reconoce la condición de voluntario dentro de esta organización, por lo que el uso de sus datos queda restringido para cualquier otro fin.

Presidente/a de la asociación Sello de la asociación

ANEXO 11

CERTIFICADO DE ACCIÓN VOLUNTARIA

LOGO DE LA AFA	CERTIFICADO DE ACCIÓN VOLUNTARIA
-----------------------	---

D./Dña. _____ con DNI _____, como _____ de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de _____, con dirección social en _____, con el CIF núm. _____, en nombre y representación de esta,

CERTIFICO:

Que D./Dña. _____ con DNI _____, colaboró como persona voluntaria en el programa/servicio de _____ que la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de _____ desarrolla en la ciudad de _____ desde el ____ de _____ de _____ hasta el ____ de _____ de _____.

Que en el mencionado proyecto realizó labores de _____ con una dedicación total de _____ horas.

Para que conste a los efectos oportunos, expido esta certificación en _____ a ____ de _____ de _____.

Cargo en la asociación

Firma y sello

ANEXO 12

LIBRO DE REGISTRO DE PERSONAS VOLUNTARIAS

LOGO DE LA AFA	LIBRO DE REGISTRO DE PERSONAS VOLUNTARIAS
----------------	--

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA INICIO	FECHA FIN	PROGRAMA	INCIDENCIAS/OBSERVACIONES

ANEXO 13

HISTORIA SOCIAL

LOGO DE LA AFA	HISTORIA SOCIAL
-----------------------	------------------------

Fecha de emisión: _____

Núm. de expediente: _____

1. Datos de la persona usuaria

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ DNI: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Código postal: _____ Provincia: _____

Teléfono de contacto: _____

2. Datos del/a cuidador/a principal

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: _____ DNI: _____

Dirección: _____ Localidad: _____

Código postal: _____ Provincia: _____

Teléfono de contacto: _____ Relación de cuidado: _____

3. Datos familiares

	Nombre y Apellidos
Cónyuge	
Hijos/as - Yernos/Nueras	
Nietos/as	
Padre/Madre	
Hermanos/as	

LOGO DE LA AFA	HISTORIA SOCIAL
-----------------------	------------------------

4. Datos de convivencia

Nombre y apellidos	Relación de cuidado	Fecha de nacimiento	Situación laboral	Nivel de Estudios	Teléfono de contacto

- Otros dependientes en el núcleo familiar

5. Datos médicos

Núm. Seguridad Social: _____
 Diagnóstico de la persona usuario: _____
 Fecha de emisión del diagnóstico: _____ Profesional: _____
 Centro de salud de referencia: _____
 Médico de atención primaria: _____
 Médico de atención especializada: _____
 Valoración de discapacidad: _____ Fecha de la valoración: _____
 Valoración de la dependencia: _____ Fecha de la valoración: _____
 Otras enfermedades: _____

6. Aspectos legales

Incapacitación legal. Fecha de la incapacitación: _____
 Tutor/curador: _____

7. Recursos utilizados o en trámite

Públicos

 Privados

LOGO DE LA AFA	HISTORIA SOCIAL
-----------------------	------------------------

8. Datos de la vivienda

<p>Tipo de vivienda:</p> <p><input type="checkbox"/> Casa</p> <p><input type="checkbox"/> Piso</p> <p>Régimen de posesión:</p> <p><input type="checkbox"/> Sin vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Vivenda en propiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Vivenda en alquiler</p> <p><input type="checkbox"/> Cedida en uso</p> <p>Número de plantas:</p> <p><input type="checkbox"/> Unifamiliar de planta baja</p> <p><input type="checkbox"/> Unifamiliar con más de una planta</p> <p><input type="checkbox"/> 1ª planta</p> <p><input type="checkbox"/> 2ª planta o más</p> <p>Localización/ entorno:</p> <p><input type="checkbox"/> Centro urbano</p> <p><input type="checkbox"/> Zona rural</p>	<p>Condiciones de habitabilidad:</p> <p><input type="checkbox"/> Pésimas. En estado de ruína o con grandes humedades o brechas.</p> <p><input type="checkbox"/> Deficientes. Vivienda en condiciones de habitabilidad inadecuada.</p> <p><input type="checkbox"/> Aceptables. Dispone de servicios mínimos y habitabilidad aceptable.</p> <p><input type="checkbox"/> Buenas. Dispone de todos los servicios que garantizan unas buenas condiciones de habitabilidad.</p> <p>Observaciones:</p> <p>Barreras arquitectónicas:</p> <p><input type="checkbox"/> Cuenta con barreras arquitectónicas en el acceso a la vivienda.</p> <p>Descripción de dichas barreras:</p> <p><input type="checkbox"/> Cuenta con barreras arquitectónicas en el interior de la vivienda:</p> <p>Descripción de dichas barreras:</p>
--	---

9. Datos biográficos y/o culturales

Nivel de estudios: _____ Profesión: _____

Residencia en otras ciudades o países: _____

Duración de la residencia: _____

Intereses y aficiones: _____

Relaciones con el contorno: _____

Mascotas: _____

LOGO DE LA AFA

HISTORIA SOCIAL

10. Datos del ingreso

Centro: _____ Aula: _____

Servicios que empleará:

Jornada: _____

Utilización del transporte: _____

Otros:

11. Observaciones

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

ACRÓNIMO	SIGNIFICADO
AA	Acompañamiento y accesibilidad
ABVD	Actividades básicas de vida diaria
AFABER	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Bergantiños
AFACHANTADA	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Chantada
AFACO	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Coruña
AFAGA	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Galicia y otras demencias (de Vigo)
AFAL FERROLTERRA	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Ferrol y Comarca
AFALU	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Lugo
AFAMO	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Morrazo
AFAMON	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Monforte
AFAOR	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Ourense
AFAPO	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Pontevedra
AFAS	Asociacións de Familiares de Persoas con Alzheimer y otras demencias
AFASAL	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias del Salnés
AFAVI	Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Viveiro
AGADEA	Asociación Gallega de Ayuda a los Enfermos con Demencias tipo Alzheimer de Santiago
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
ATAM	Asociación Telefónica para Asistencia a Personas con Discapacidad
AVD	Actividades de la vida diaria
BOE	Boletín Oficial del Estado
CEAFA	Confederación Española de Alzheimer
CEAPAT	Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas
COS	Organizaciones sociales de la caridad
CRE ALZHEIMER	Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias
DNI	Documento nacional de identidad
EVO	Equipo de Valoración y Dependencia
FAGAL	Federación Alzheimer Galicia
FEEISS	Federación de Escuelas de la Iglesia de Servicio Social
FITS	Federación Internacional de Trabajo Social
GDS	Escala de Deterioro Global
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales

ACRÓNIMO	SIGNIFICADO
IRPF	Impuesto sobre la renta de las personas físicas
MEC	Mini examen cognoscitivo
MSW	Maestría en Trabajo Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAI	Plan de atención individualizado
PAR	Programa de asignación de recursos
SAAD	Sistema para la autonomía y atención a la dependencia
SAF	Servicio de ayuda en el hogar

BIBLIOGRAFÍA

Capítulo 1

Trabajo social. Marco teórico

1. Escartín Caparrós, M^a 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

Las demencias. Definición y tipologías

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 y otras 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 sociales

1. *Aspectos jurídicos de interés para familiares de personas con alzhéimer* (coord. R. Marrero Macías). Landwell, PwC. Madrid. 2010
2. Circular interna de la Dirección Xeral de Maiores e Persoas con Discapacidade por la que se convoca el Programa de Respiro Familiar para cuidadores de personas en situación de dependencia. (Derogada la circular núm. 13/2010, del 4 de noviembre que regulaba el Programa de Respiro Familiar para cuidadores de personas en situación de dependencia y la núm. 2 del 28 de enero de 2011 que modi-

ficaba la anterior).

3. Decreto 1/2011, del 28 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales de la Comunidad Autónoma de Galicia en materia de tributos cedidos por el Estado (DOG núm. 201, del 20/10/2011).

4. Decreto 15/2010, del 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes (DOG núm. 34, del 19/02/2010).

5. Decreto 35/2000, de 28 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo y ejecución de la ley de accesibilidad y supresión de barreras en la Comunidad Autónoma de Galicia (BOE núm. 41, del 29/02/2000).

6. Decreto 99/2014, del 24 de julio, por el que se regula el Servicio Gallego de Apoyo a la Movilidad Personal para personas con discapacidad y/o en situación de dependencia (DOG núm. 149, del 07/08/2014).

7. Decreto 176/2007, de 6 de Septiembre, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Galicia (DOG núm. 187, del 26/09/2007).

8. Instrucción 18/2012, del 27 de noviembre de 2012. Gerencia del Servizo Galego de Saúde y Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública.

9. Ley 3/2011, del 30 de junio, de apoyo a la familia y a la convivencia de Galicia (DOG núm. 134, del 13/07/2011).

10. Ley 8/1997, de 20 de agosto, de accesibilidad y supresión de barreras en la Comunidad Autónoma de Galicia (BOE núm. 166, del 29/08/1997).

11. Orden del 1 de julio de 2009, por la que se establecen las bases reguladoras que regirán la concesión de subvenciones para facilitar la autonomía personal y la accesibilidad y se procede a su convocatoria (DOG núm. 142, del 22/07/2009).

12. Orden del 2 de enero de 2012, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía personal y la atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa Individual y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes (DOG núm. 9, del 13/01/2012).

13. Orden del 10 de febrero de 2016 por la que se ofertan plazas para estadias y tratamiento termal dentro del programa de Bienestar en balnearios 2016 (DOG núm. 31, del 16/02/2016).

14. Orden del 16 de abril de 2014 por la que se regulan las condiciones de los ingresos y traslados en servicios prestados en centros propios o concertados, en el ámbito de la atención a la dependencia y de la promoción de la autonomía personal (DOG núm. 91, del 14/05/2014).

15. Orden de 17 de diciembre de 2007, por la que se establecen los criterios para la elaboración del Programa Individual de Atención, fijación de las intensidades de protección de los servicios, régimen de compatibilidades de las prestaciones y gestión de las prestaciones económicas del Sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de Galicia (DOG núm. 246, del 21/12/2007).

16. Orden del 20 de julio de 2016, por la que se crea la tarjeta acreditativa del grado de discapacidad y se regula el procedimiento para su obtención (DOG núm.147, del 07/08/2016).
17. Orden SSI/1688/2015, de 30 de julio, por la que se regula el Programa de Termalismo del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (BOE núm.190, del 10/08/2015).
18. Orden de la Vicepresidencia de Igualdade e de Benestar de 22 de enero de 2009, por la que se regula el servicio de ayuda en el hogar (DOG núm. 22, del 02/02/2009).
19. Resolución de 2 de diciembre de 2015, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se convocan plazas para pensionistas que deseen participar en el Programa de Termalismo.
20. Resolución de 18 de marzo de 2016, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se convoca la concesión de subvenciones sometidas al régimen xeral de subvenciones del IMSERSO para las actuaciones de turismo y termalismo para personas con discapacidad durante el año 2016.
21. Boletín informativo digital núm. 114 (abril 2016). Recuperado el 7 de octubre de 2016, de <http://www.cruzroja.es/boletines/114/pagina-6.html>
22. Imsero, (2016). CRE Alzheimer. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca. Recuperado el 7 de octubre de 2016, de http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_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
24. Política Social- Planes y programas. (2016). Recuperado el 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
25. Política Social – Servicios para el cuidador. (2016). Recuperado el 7 de octubre de 2016 de <https://politicasocial.xunta.gal/web/portal/servizos-para-o-coidador>
26. Política Social- Xantar na casa. (2016). Recuperado el 19 de agosto de 2016 de <https://politicasocial.xunta.gal/web/portal/xantar-na-casa>
27. Portal de Productos de Apoyo. (2016). Recuperado el 7 de octubre de 2016 de <https://produtosapoio.xunta.gal/gl>
28. SafetyGPS. (2016). Recuperado el 7 de octubre de 2016, de <http://safetygps.com/es/>
29. SerCuidador – SerCuidadora. (2016). Recuperado el 7 de octubre de 2016, de <http://www.sercuidador.org/>
30. Sistema de atención al mayor a través de la TV (SAM-TV). (2016). Portal de Productos de Apoyo. Recuperado el 7 de octubre de 2016, de http://produtosapoio.xunta.gal/es/wikiasistencia/273_sistema-de-atenci%C3%B3n-al-mayor-trav%C3%A9s-de-la-tv-sam-tv

31. Sistemas de Telegerontología. (2016). Portal de Productos de Apoyo. Recuperado el 7 de octubre de 2016, de http://produtosapoio.xunta.gal/es/wikiasistencia/272_sistemadetelexerontolox%C3%A9Da%C2%AE
32. ViveLibre – Soluciones Inteligentes para la Autonomía Personal. (2016). ViveLibre. Recuperado el 7 de octubre de 2016, de <http://vivelibre.es/>
33. Voluntariado Galego. (2016). Recuperado el 6 de octubre de 2016, de <http://www.voluntariado-galego.org/web/asocia.php>
34. YoTeCuido. (2016). Recuperado el 10 de octubre de 2016, de <http://afaco.es/yotecuido-la-app-para-cuidadores-y-afectados-de-alzheimer>.

Capítulo 4

Las Asociaciones de familiares de personas con alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas (AFAS)

1. FAGAL, (2016). Federación Alzhéimer Galicia. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://www.fagal.org>
2. AFAVI, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer y Otras Demencias de Viveiro. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://www.fagal.org>
3. AFABER, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer de Bergantiños. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://www.xestion.net/afaber/>
4. AFACHANTADA, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer y otras demencias de Chantada. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://asociaciondefamiliaresdelalzheimerdechantada.com/weblog/inicio>
5. AFACO, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer de A Coruña. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://www.afaco.es/>
6. AFAGA, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer de Galicia y otras demencias (de Vigo). Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://www.afaga.com/>
7. AFAL-FERROLTERRA, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer y otras demencias de Ferrol y Comarca. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://www.alzheimerferrolterra.com/>
8. AFALU, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer y otras demencias de Lugo. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://www.afalu.org/>
9. AFAMO, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer de Morrazo. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://www.afamomorrazo.es>
10. AFAMON, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer y otras demencias de Monforte. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://www.afamon.com>
11. AFAOR, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzhéimer y otras demencias de Ourense. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://www.afaor.com>

12. AFAPO, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias de Pontevedra. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://afapo.es/>

13. AFASAL, (2016). Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras demencias del Salnés. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://afasalarousa.blogspot.com/>

14. AGADEA, (2016). Asociación Gallega de Ayuda a los Enfermos con Demencias tipo Alzheimer de Santiago. Recuperado el 10 de noviembre de 2016 de <http://www.agadea.org/>

Capítulo 5

Los centros de día de alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas

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 Alzheimer*. Madrid. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 2008

2. Decreto 19/2008, del 7 de febrero, por el que se crea la Red Gallega de Centros de Día de Atención Social para personas con alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas.

3. Ley 39/2006, del 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

4. Orden del 16 de abril de 2014 por la que se regulan las condiciones de los ingresos y traslados en servicios prestados en centros propios o concertados, en el ámbito de la atención a la dependencia y de la promoción de la autonomía personal. (DOG núm. 91)

5. Orden del 25 de junio de 2008 por la que se regulan los requisitos específicos que deben cumplir los centros de día y las unidades de atención social para personas que padecen alzhéimer y otras demencias (DOG núm.138)

6. Sánchez, M.P, Oliveira, P. 2012. *Protocolo de Inspección de Servicios Sociales sobre los Centros de Mayores, Discapacidad y Dependencia de la Comunidad Autónoma de Galicia*.

Capítulo 6

Programas y servicios de los centros especializados en alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas

1. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. *Guías de implantación. Intervenciones no farmacológicas. Reeduación psicomotriz y Alzheimer*. 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 Alzheimer*.

4. J Olazarán, R Muñiz. *Estimulación cognitiva posible y recomendable. En Alzheimer 2004: la pragmática necesaria*. JM Martínez Lage, T del Ser (eds). Aula Médica, Madrid. 2004.

5. Ley 10/2011, del 28 de noviembre, de acción voluntaria (DOG núm. 242, del 21 de diciembre de 2011).
6. Ley 45/2015, del 14 de octubre, de voluntariado (BOE núm. 247, del 15 de octubre 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. Orden del 22 de enero de 2009 por la que se regula el servicio de ayuda en el hogar (DOG núm. 22, del 2 de febrero 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, del 5 de septiembre, por el que se define la cartera de servicios sociales para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia y se determina el sistema de participación de las personas usuarias en la financiación de su coste (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 en el entorno familiar*. 2010.
16. Xunta de Galicia. Consellería de Traballo e Benestar y Federación de Asociacións Galegas de Familiares de Alzheimer e outras Demencias. *Manual de formación para cuidados en el entorno familiar de personas 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
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://politicasocial.xunta.gal/web/portal/guias?activo2=sop10&category=Tema/Dependencia/Tiposenumerados/Tipodocumento/Guia/>

Capítulo 7

El/La trabajador/a social como parte fundamental de los equipos técnicos. Funciones

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^a. *El psicólogo social de la comunidad*. Text i contest, Barcelona. 1992



El ***Manual de Trabajo Social en alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas*** de FAGAL pretende ser una herramienta práctica y de referencia para las personas cuidadoras que atienden a su familiar o para las que se dedican profesionalmente a este ámbito. Este manual fue elaborado por el Grupo de Trabajo de Trabajadoras Sociales de FAGAL, creado en el año 2016 y formado por profesionales de las AFAs gallegas.

El objetivo de este manual es que sea referencia para los/las Trabajadores/as Sociales del área sociosanitario especializados/as en demencias, y unificar criterios en la atención e intervención de personas con alzhéimer y otras demencias neurodegenerativas así como con sus familiares.



FAGAL
FEDERACIÓN ALZHEIMER GALICIA



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE POLÍTICA SOCIAL