

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO
GRADO EN TRABAJO SOCIAL
Trabajo Fin de Grado.

CENTROS DE DÍA PÚBLICOS DE PERSONAS DEPENDIENTES.

**Evolución del servicio y cambios tras la
Ley de Dependencia.**



Alumno/a:

- Asensio Aranda, Marta.
- Ortega Hernández, Isabel.

Director/a:

- Miranda Aranda, Miguel.

Zaragoza, Junio de 2013.



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

ÍNDICE

	AGRADECIMIENTOS_____	Pág. 2
1.	INTRODUCCIÓN_____	Pág. 3
2.	MARCO TEÓRICO, LEGAL Y CONTEXTO DEMOGRÁFICO_____	Pág. 8
3.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS_____	Pág. 40
4.	DISEÑO METODOLÓGICO_____	Pág. 43
5.	RESULTADOS_____	Pág. 51
6.	CONCLUSIONES_____	Pág. 84
7.	REFLEXIÓN Y PROPUESTAS_____	Pág. 92
8.	BIBLIOGRAFÍA_____	Pág. 104
9.	GLOSARIO_____	Pág. 113
10.	ANEXOS	

AGRADECIMIENTOS.

Este trabajo no habría sido posible sin la influencia directa o indirecta de muchas personas a las que damos las gracias por su ánimo y ayuda durante todo este tiempo.

Le agradecemos al Dr. Miguel Miranda Aranda por dirigir nuestro Trabajo Fin de Grado, por su confianza, colaboración y apoyo.

A todos los docentes de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo de Zaragoza que compartieron sus conocimientos, dentro y fuera de clase, haciendo posible que nuestra formación profesional se resumiera en satisfacciones académicas e inquietudes insatisfechas en continua indagación.

A nuestros amigos y compañeros. A quienes han trabajado con nosotras hombro a hombro y nos han ido enseñando en el día a día profesional poniendo lo mejor de su energía y empeño por el bien de nuestra formación profesional y crecimiento personal. Un especial agradecimiento y mención a Carmen Lorente, Directora-médica de la Residencia y Centro de Día Las Fuentes, excelente Profesional, quien nos ha ofrecido su colaboración y sus saberes dentro del mundo de la geriatría, dándonos ejemplo continuo con sus valores morales, éticos y su gran humanismo.

A nuestros queridos ancianos y sus familiares, sin ellos nada hubiera sido posible.

Por último a nuestras familias y seres más queridos, en especial a nuestros padres por no perderse un sólo día de nuestras vidas, alegrándonos con sus particulares modos de ver, de ser y por animarnos día a día a ser constantes en nuestro trabajo diario y hacernos ver que los grandes esfuerzos tienen su recompensa.

"El agradecimiento es la memoria del corazón." – Lao-tse.

1. INTRODUCCIÓN.

El objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel de autonomía personal en las Personas Mayores dependientes con el fin de desarrollar su vida cotidiana de la forma más normalizada posible, es una meta cada vez más difícil de alcanzar, ello se debe a las diversas modificaciones en la Ley de Dependencia, que han hecho que la finalidad y utilidad de los Centros, así como el perfil de usuarios/as de los mismos sufran grandes transformaciones.

La prestación económica por cuidados en el entorno familiar, que a pesar de su carácter excepcional se ha convertido, con diferencia, en la prestación con más peso del Sistema de Dependencia, y la falta de recursos, ocasionados por las políticas de ajuste, son algunas de las causas que han provocado bajos niveles de ocupación en los Centros Públicos, y aumento de usuarios/as con Gran Dependencia.

FUNDAMENTACIÓN.

De forma tradicional y tal y como observamos en nuestro día a día, la provisión de cuidados a la persona dependiente proviene fundamentalmente de la red informal, donde la familia, especialmente la mujer, desempeña un papel primordial en los cuidados y asistencia de la Persona Mayor.

Sin embargo, el progresivo envejecimiento, los cambios en el rol social de la mujer y la incorporación de ésta al mundo laboral, y el estrés causado habitualmente por compaginar la vida laboral con los cuidados de una persona dependiente, han conllevado a un debilitamiento de esta red de cuidados.

Como dijo José Martí, político y escritor cubano: "Quién ha andado mundo, y visto reyes, sabe que no hay mejor palacio que la casa de familia".

El objetivo fundamental de la Gerontología y la Geriatría es mantener a la Persona Mayor en el seno familiar y en su entorno comunitario con la mayor calidad de vida posible, por lo que las políticas sociales deben mantener la permanencia de la persona dependiente en su domicilio, en su entorno, sin

desgastar la calidad de vida de los cuidadores principales. Por este motivo, los recursos sociales intermedios aparecen como eslabón imprescindible en la continuidad necesaria entre los servicios de proximidad, que se desarrollan en el domicilio del usuario, y aquellos que implican la institucionalización.

La crisis económica iniciada en el año 2007, ha hecho retroceder, o avanzar -si consideramos la crisis como una interrupción del ciclo productivo dentro del contexto capitalista- hacia la invisibilidad de los recursos sociales intermedios. La crisis financiera, la crisis económica, la crisis de la deuda, etc., como la queramos etiquetar, ha hecho aferrarnos de nuevo a las redes de apoyo familiar, por lo que el máximo dentro de estos grupos es el ahorro.

ESTUDIOS PREVIOS.

Una vez que determinamos el tema de estudio procedimos a conocer el estado de desarrollo del conocimiento alrededor del tema elegido, el cual consistió en la revisión de todo trabajo realizado anteriormente a la formulación del problema planteado. Esta búsqueda y revisión de los estudios previos (a través de Dialnet, BUZ, etc.) nos ha servido para aclarar e interpretar el objeto de estudio.

Este aparatado está constituido por una síntesis conceptual (o conclusiones) de las investigaciones o trabajos realizados sobre el tema planteado, lo que nos ha permitido:

- Un mayor conocimiento del tema, y estructuración de la idea de investigación (delimitación).
- Seleccionar temas o aspectos que definitivamente no se han estudiado.
- Determinar el alcance de la investigación.
- Saber cómo abordar y estructurar adecuadamente el tema de investigación.
- Determinar el enfoque metodológico de dicha investigación.

Para ello nos planteamos la siguiente cuestión: ¿La revisión de la información existente sobre el tema, responde a la situación problemática que nos inquieta?

De todos los estudios previos encontrados al respecto, dos de ellos han respondido a nuestra pregunta formulada.

A continuación detallaremos la temática y las conclusiones de cada uno de ellos.

☛ “El Centro de Día como recurso (I): el punto de vista de las familias y cuidadores no profesionales” (Fernández A., Pablo A., Pallerola L., Sánchez A. y Vicente, F. 2012).

En este trabajo se profundiza sobre los puntos de vista de las familias y de los cuidadores informales acerca del servicio de los Centros de Día para estas personas, tanto en el ámbito público como en el privado. A través de este trabajo de investigación se ha podido llegar a conocer la problemática en torno a ellos, así como los deseos de los familiares para su mejora:

- Un factor determinante en la elección del Centro por parte de los familiares es la edad de estos.
- Existen amplias diferencias entre los servicios que ofertan los Centros Públicos y Privados, estos últimos brindan más servicios tanto a los usuarios como a sus familias.
- Los Centros Públicos disponen de unos horarios cerrados con los que la administración es muy estricta. En ocasiones restan estabilidad tanto al dependiente como a su familia, ya que los familiares necesitan horarios mucho más flexibles, para adaptarse a la nueva circunstancia.
- Cuidadores con una necesidad urgente tienen que esperar más de un año hasta conocer el Grado y Nivel de dependencia de sus familiares y por tanto para obtener una resolución. La situación de estrés y agobio la que

los cuidadores llegan a encontrarse les lleva a buscar un Centro Privado, en el que les den una respuesta inmediata para su situación.

- En los casos en los que se dispone prestación económica por cuidados en el entorno familiar, es más rentable acudir a un Centro Privado.
- Agilizar el proceso de valoración, supondría agilizar el proceso de adjudicación, lo que aumentaría el nivel de ocupación de los Centros Públicos.
- Existe la necesidad de dar una mejor información a los familiares sobre el recurso de Centro de Día en el Programa Individual de Atención (P.I.A.).

☛ "Centros de Día para ancianos dependientes: características de los usuarios e influencia sobre la calidad de vida del anciano y de su cuidador." (Lorente Mirallas, M.C, 2005).

Se trata de un estudio observacional longitudinal prospectivo realizado a una cohorte de usuarios/as del Centro de Día las Fuentes y a su vez a otra cohorte que son los cuidadores principales de dichos usuarios/as. El periodo de estudio contempla cinco años de experiencia (1997-2002). Entre sus conclusiones destacamos:

- El perfil de usuarios/as de Centro de Día era el de ancianos dependientes leves-moderados tanto para las ABVD como en su estado cognitivo.
- Con una Valoración Geriátrica Integral (VGI) se consigue un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario diseñado para identificar, describir y cuantificar problemas físicos, funcionales, psicológicos y sociales del anciano.
- El perfil encontrado en los cuidadores fue en su mayoría de mujeres, de una edad media de 58,28 años, casadas y con estudios primarios incompletos.
- Existe un bajísimo grado de soledad de los usuarios.

- El Centro de Día proporciona un servicio muy efectivo para los mayores y familia y evita la institucionalización.
- Sería deseable que aumentase el número de Centros de Día para poder atender las necesidades que va demandando la población, cada vez más envejecida.

2. MARCO TEÓRICO, LEGAL Y CONTEXTO DEMOGRÁFICO.

2.1 MARCO TEÓRICO.

El marco teórico, nos ha permitido la construcción y el desarrollo de la parte teórica del Trabajo Fin de Grado (TFG). La función gnoseológica nos ha posibilitado la interpretación conceptual de los datos empíricos obtenidos a lo largo del estudio, y gracias a ellos hemos podido profundizar en el conocimiento de las regularidades y cualidades esenciales del fenómeno de estudio.

Los métodos teóricos han participado en la etapa de asimilación de los hechos, fenómenos, fundamentación y en la construcción de modelo e hipótesis del análisis.

Hemos manejado y empleado diversos métodos teóricos que se han complementado entre sí en el proceso de realización del estudio. Entre éstos destacamos: el análisis y la síntesis, la inducción y deducción, el método hipotético-deductivo, y análisis histórico y lógico.

2.1.1 CENTRO DE DÍA.

2.1.1.1 Definición.

Existe un desconocimiento generalizado por parte de la sociedad de lo que es un Centro de Día, mucha gente lo define como un lugar de ocio, un hogar de jubilados/as o un espacio donde la Persona Mayor se encuentra entretenida. No obstante, un Centro de Día aporta mucho más que eso, puesto que la Persona Mayor dependiente recibe tratamientos a sus patologías y/o prevención de envejecimiento para mantener y mejorar su calidad de vida, así como la de sus familiares, pues tan importante es tratar al mayor como a su familia, explicándoles, informándoles y haciéndoles partícipes en el cuidado y mejora del mayor.

Se utilizan indistintamente los términos de Centro de Día/Servicio de Estancias Diurnas.

Fue el Plan Gerontológico el que introdujo el término Servicio de Estancias Diurnas con el fin de distinguir este servicio de los Hogares, en un intento de no favorecer equívocos entre diferentes niveles de atención.

El IMSERSO en la publicación "Seminario de estudio sobre Centros de Día (1996)", los define de la siguiente forma:

"El Centro de Día es un servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante todo el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de la persona dependiente, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual".

De las múltiples definiciones que aparecen en la literatura sobre lo que es un Centro de Día o Servicio de Estancias Diurnas, una de las más integradoras es la recogida en el Documento Técnico "Centros de Día para personas mayores con dependencias" elaborado por la Consejería de Servicios Sociales del Principado de Asturias (2000) que lo define como "un Centro socioterapéutico y de apoyo a la familia que durante el día presta atención a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la Persona Mayor frágil promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual".

A partir de todas estas descripciones, nosotras definimos un Centro de Día como un servicio de estancia asistencial que proporciona una atención integral, durante el periodo diurno, a personas mayores en situación de dependencia. Su objetivo es promover la autonomía de la Persona Mayor y la permanencia de ésta en su domicilio.

Al hablar de estancia asistencial, hacemos referencia a servicios sociosanitarios y socioculturales, al concepto de atención centrada en la persona la cual "se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y

derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva". (Rodríguez, 2006: 9).

Los Centros de Día constituyen el eslabón intermedio entre la total independencia del mayor y la estancia en residencias. Un paso tremendamente necesario para mejorar la calidad de vida, ralentizando síntomas propios de la edad. Los Centros de Día previenen, y mejoran la calidad de vida de las personas mayores, sin olvidarnos de la disminución de sobrecarga, el respiro diario y de, por tanto, la mejora del estilo de vida del núcleo familiar.

Cabe señalar que dentro de la Guía de Prestaciones para Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Personas en Situación de Dependencia dependientes de Aragón publicada en 2009 por el IMSERSO, se distinguen tres tipos de centros especializados:

- **Centros de Día para personas mayores de 65 años con un grado de dependencia moderado o severo.**
- Centros de Día para personas con discapacidad intelectual.
- Centros de Día para personas con discapacidad física.

2.1.1.2 Antecedentes históricos.

Como afirman Cefalu, C. y Heuser M. (1993: 723-24) la perspectiva histórica de los Centros de Estancia Diurna, remonta a 1920, cuando en la antigua Rusia se empezaron a desarrollar programas de cuidados diurnos para enfermos mentales, y un poco más tarde para discapacitados psíquicos, en un intento de de buscar alternativas a la hospitalización.

En los años cincuenta, la idea es aplicada al cuidado de personas mayores en el Oxford Hospital, de la mano de Lionel Z. Cousin.

Ocho años más tarde, en 1958, se puso en marcha el primer Centro destinado expresamente a este fin, con su propio personal y ubicado en Cowley Road, Oxford.

Baztán JJ. (1993: 96-100) afirma que en 1991, se encuentran 27.000 plazas de Centros de Día en el Reino Unido. Al mismo tiempo, en EE.UU se registran 1.400 plazas en el año 1988.

En el resto de Europa, el proceso de implantación es más lento.

En España, aunque con bastantes años de retraso, como afirman Salgado A., y Alarcón MT., (1994: 52-68), el modelo de atención geriátrica, de clara inspiración anglosajona, comienza su andadura con la creación en 1968, del primer dispensario, y posterior Servicio de geriatría en el Hospital central de la cruz Roja, dirigido por el mismo doctor Salgado Alba. Cinco años más tarde, en 1973, este mismo centro sanitario pone en marcha el primer hospital de día geriátrico. "El desarrollo de éste, como otros niveles de atención en España, es lento y dificultoso, pudiendo contabilizar en 1993, 29 equipamientos sanitarios de este tipo". (Brockehurst J.C., 1985: 403).

2.1.1.3 Servicios.

Al hablar de Centros de Día en el presente trabajo, hacemos referencia a aquellos Centros que pone a disposición el Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

Servicios que ofrecen:

- Transporte adaptado.
- Estancia: manutención con menús y dietas adaptadas.
- Cuidados personales: ayuda para las necesidades básicas, alimentación, aseo, movilización, desplazamiento, etc.
- Atención médica y de enfermería: promoción de la salud prevención de la dependencia y seguimiento de los problemas de salud.
- Peluquería.
- Podología: cuidados de los pies para mejorar y mantener la función locomotora.

- Atención Social.
- Terapia ocupacional y fisioterapia: promoción de la autonomía, estimulación funcional.
- Atención psicosocial: estimulación sensorial y cognitiva.
- Actividades de ocio, formativas y culturales.

El servicio de Centro de Día se ofrece en la mayoría de Centros de lunes a viernes. Dependiendo de cada uno de éstos, incluyen sábados domingos y festivos.

2.1.1.4 Perfil de usuarios/as de un Centro de Día.

Requisitos.

Según ORDEN de 21 mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón, se considerarán personas en situación de dependencia (Artículo 7):

1. Se considerarán beneficiarios, en su condición de personas en situación de dependencia, aquellos que, siendo personas mayores o personas con discapacidad, tengan reconocido un grado de dependencia efectivo en los términos previstos en el artículo 28 y en la Disposición Final Primera de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
2. A los efectos de esta Orden se considerarán personas mayores aquellas que tengan 65 años o más a la fecha del inicio del procedimiento de asignación de plazas, y sus acompañantes en los términos del artículo 10.2, si bien, excepcionalmente y de forma justificada, se podrá eximir del requisito de edad, cuando la tipología de las plazas específicas para personas mayores en situación de dependencia, sea la más adecuada para la atención de un determinado usuario.

Por tanto, serán beneficiarias aquellas personas mayores que tengan reconocido un grado de dependencia efectivo y para quienes se haya considerado un recurso idóneo en el correspondiente Programa Individual de Atención.

Lorente Mirallas M.C. (2005: 4), distingue dos tipos de usuarios/as de Centro de Día.

- Aquellas personas que por su mayor discapacidad física o psíquica precisan además ayuda para levantarse o acostarse, deambular, vestirse, el aseo e higiene personal, etc. Situación que puede verse agravada cuando la situación de soledad, incluso momentánea por la actividad normal de la familia cuidadora, entraña riesgos de diverso tipo, o porque también son precisos ciertos cuidados sanitarios.
- Aquellas personas que, además de la severa discapacidad antes descrita, precisan de cuidados especializados de enfermería, fisioterapia o terapia ocupacional para una adecuada rehabilitación, o al menos las actuaciones de mantenimiento que permiten ralentizar el proceso de deterioro en curso.

Según Gil M. (1994:113: 8-10), serán por tanto, aquellas personas con dependencia física o psíquica, y con escasos apoyos por parte de la unidad de convivencia, o que precisan de una atención especializada, los que deberán constituir el núcleo de usuarios de un Centro de Día.

Si nos remitimos a la ORDEN de 18 de noviembre de 2002, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que regulaba el acceso y adjudicación de plazas en los Centros de Atención a Personas Mayores, integradas en la red del Gobierno de Aragón (orden anterior a Ley de Dependencia), observamos que la definición de Centro de Día no ha surgido ningún cambio, sin embargo los requisitos de ingreso sí.

En el artículo 5 de dicha orden figuraban los requisitos para poder ser usuarios de los centros. Éstos eran los siguientes:

- a) Ser español o extranjero residente en la comunidad de Aragón o ser transeúnte extranjero en evidente estado de necesidad de asistencia y protección social.
- b) Estar empadronado en alguno de los municipios de la Comunidad de Aragón durante los dos últimos años inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud.
- c) No padecer enfermedad infecto contagiosa.
- d) No padecer trastornos de conducta que pudiesen perturbar la convivencia en el Centro.
- e) No haber sido sancionado con expulsión definitiva de una de las plazas de la red del Gobierno de Aragón.
- f) Haber sido calificado de persona asistida
- g) Tener cumplidos sesenta y cinco años en el momento de solicitar el ingreso.

Además se podía reconocer la condición de usuario a quienes cumpliendo con los requisitos c, d y e fuesen cónyuges o parientes por consanguineidad o afinidad hasta el segundo grado que tuviesen sesenta años siempre y cuando hubiesen convivido con el solicitante.

2.1.1.5 Recurso dentro de Cartera de Servicios de Ley de Dependencia. Requisitos.

Desde el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (I.A.S.S) se gestionan y/o financian los siguientes servicios, programas y prestaciones para la Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón:

- Servicios de promoción de Autonomía Personal.
- Servicios de prevención de las situaciones de Dependencia.
- Servicios para la atención a la Dependencia.

- Otros programas (comisión de tutela y defensa judicial de adultos).

Los Centros de Día se engloban dentro de la cartera de servicios de prevención y atención de la dependencia.

Según la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (2008: 167) los Centros de Día, para la Ley de la Dependencia, representan:

- Un recurso de indudable valor enmarcado en el catálogo de servicios de la Ley que da respuesta eficaz a aproximadamente el 60% de los dependientes que actualmente pueden censarse en España.
- Un importante avance en lo que a coordinación sociosanitaria se refiere, abordando una dependencia con amplia prevalencia integrando su doble dimensión sanitaria y social, lo cual es un aspecto a tener en cuenta máxime si se considera que los Centros de Día forman parte de un catálogo de servicios promovido desde el Departamento de Servicios Sociales de la Administración General del Estado.

Cuando el Programa Individual de Atención de una persona en situación de dependencia contenga como recurso idóneo la asignación de plaza de estancia diurna, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales recabará de la persona interesada, o de quien la represente, conforme al modelo de acreditación de Trámite de Consulta que figura como anexo I a la Orden de 21 de mayo de 2010, aceptación del servicio asignado con, en su caso, indicación de preferencias sobre localización de la plaza a asignar.

2.1.2 LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACION DE DEPENDENCIA.

2.1.2.1 Definición.

La definición de dependencia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) representó un importante avance en la descripción, cuantificación y gradación del fenómeno.

Dorentes Mendoza G, y otros (2001) definen dependencia como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”, se especifica en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM: 1980). En dicha clasificación, específicamente en la dimensión correspondiente a “Minusvalía de Independencia Física”, Querejeta M, (2004) al igual que la OMS definió “Independencia Física” como la “capacidad del sujeto para llevar habitualmente una existencia independiente efectiva” y por contra, la dependencia correspondería a la incapacidad para llevar habitualmente una existencia independiente efectiva.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, define dependencia en el artículo 2 como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

2.1.2.2 Factores que se tienen en cuenta a la hora de establecer un grado de dependencia.

El grado de dependencia se determina mediante la aplicación de un baremo único para todo el Estado, Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD). Este baremo valora la capacidad de la persona para llevar a cabo por si misma las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), como por ejemplo:

- Comer y beber.
- Regulación de la micción/defecación.
- Lavarse.
- Otros cuidados corporales.
- Vestirse.
- Trasferencias corporales.
- Desplazarse dentro del hogar.
- Desplazarse fuera del hogar.
- Realizar tareas domesticas.
- Tomar decisiones.

Así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental.

El baremo tiene el objetivo de mejorar la fiabilidad del instrumento, facilitar su aplicación por parte de los profesionales encargados de la valoración e incorporar la coordinación sociosanitaria en el proceso de valoración mediante la mejora de los informes de salud.

Así pues, la valoración tiene en cuenta los informes existentes relativos a la salud de la persona y al entorno en que se desenvuelve (ayudas técnicas, órtesis y prótesis prescritas y necesarias para la persona dependientes).

Además, también incluye la información obtenida mediante la observación, la comprobación directa y la entrevista personal de evaluación llevada a cabo por profesional cualificado.

Este instrumento de valoración de la situación de dependencia incluye instrucciones de aplicación, un protocolo de los procedimientos y técnicas a seguir y la determinación de los intervalos de puntuación que corresponden a cada uno de los grados de dependencia.

La persona valorada recibe una evaluación de hasta 100 puntos, que le definirá como persona en situación de dependencia en los siguientes grados:

Grado III. Gran Dependencia:**75-100 puntos.**

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia Severa:**50-74 puntos.**

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado I. Dependencia Moderada:**25-49 puntos.**

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces

al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

El plazo máximo para el reconocimiento el grado es de tres meses.

2.1.2.3 Cambios y modificaciones en la LAAD.

El Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de Julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad está estructurado en siete títulos, cada uno de los cuales habla de una materia y ámbito concreto.

- TÍTULO I. Medidas de reordenación y racionalización de las Administraciones Públicas.
- TÍTULO II. Medidas en materia de Seguridad Social y Empleo.
- **TÍTULO III. Medidas de racionalización del sistema de dependencia.**
- TÍTULO IV. Medidas fiscales.
- TÍTULO V. Medidas de liberalización comercial y de fomento de la internacionalización empresarial.
- TÍTULO VI. Medidas en materia de infraestructuras, transporte y vivienda.
- TÍTULO VII. Medidas para la supresión de desajustes entre los costes e ingresos en el sector eléctrico.

Como ya queda enunciado en el título de este apartado del Proyecto, nuestra tarea, llegados a este punto, es explicar el Título III sobre las medidas de racionalización tomadas en el sistema de dependencia.

El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, adopto el acuerdo de llevar a cabo mejoras en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que fueran necesarias para asegurar su sostenibilidad. En una reunión posterior, se aprobaron propuestas de mejora necesarias para asegurar dicha sostenibilidad, presente y futura del Sistema, adoptando unos criterios comunes mínimos para todo el ámbito nacional en el desarrollo de dicha ley.

Además del Gobierno, también han sido las distintas Comunidades Autónomas, quienes han expresado la necesidad de realizar mejoras para asegurar la tan importante sostenibilidad del Sistema.

Los cambios y medidas tomadas en la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia son los siguientes:

1. En lo relacionado a los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia, toda persona en situación de dependencia y, en su caso, sus familiares o representantes, están obligados a suministrar todos los datos y la información requerida por la Administración. En ningún lugar estarán exentos de aportar información y documentación a la Administración a pesar de que esta tenga lo necesario en su poder o pueda hacerse con ello. (Art. 4, parte 4).
2. En el artículo 8 de la ley en el que se habla del Consejo Territorial, se añade un tercer apartado en el que queda reflejado que es labor del Consejo Territorial el conseguir la máxima coherencia en la determinación y aplicación de diferentes políticas sociales. (Art. 8).
3. En el artículo 19, la prestación económica de asistencia personal, promueve la autonomía de las personas en situación de dependencia en

cualquiera de los grados y no únicamente la promoverá a los grandes dependientes. (Art. 19).

4. El artículo 23, en el que se habla sobre el Servicio de Ayuda a Domicilio, incluye una frase en la que dice que los servicios ofrecidos en dicho artículo, únicamente pueden prestarse de manera conjunta entre ellos. (Art. 23).
5. La Ley de Dependencia incluye una Sección 4ª en el Capítulo II del Título I, que tiene como título; "Incompatibilidad de las prestaciones".

Así pues, las prestaciones económicas son incompatibles entre sí y con los servicios del catálogo (Art 15), salvo con los servicios de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal y de teleasistencia.

Por otro lado, los servicios serán incompatibles entre sí, a excepción del servicio de teleasistencia que será compatible con el servicio de prevención de las situaciones de dependencia, de promoción de la autonomía personal, de ayuda a domicilio y de centro de día y de noche.

6. En el artículo 26 de dicha ley, queda suprimido el segundo apartado, eliminando con él los niveles en los que se clasificaban los grados de dependencia. De este modo solo quedaran vigentes los Grados de dependencia. (Art. 26).

A raíz de la eliminación de los niveles de dependencia, muchos de los artículos de la ley se han visto modificados a la hora de suprimir la palabra <<nivel>> (Art. 9., Art. 14., Art. 17., Art. 18., Art. 28., Art. 29., Art. 30., Art. 38., Disposición adicional novena).

7. En el artículo 27, además de eliminar la palabra <<nivel>>, como en los casos anteriores, recalca que únicamente podrá determinarse el grado de dependencia de las personas mediante un baremo determinado. (Art. 27).

8. Por último, queda modificada la disposición final primera, en la que la garantía del derecho a las prestaciones de dependencia se realizará de acuerdo con el siguiente calendario a partir del 1 de enero de 2007:

- El primer año a quienes sean valorados en el Grado III de Gran Dependencia, niveles 1 y 2.
- En el segundo y tercer año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 2.
- En el tercer y cuarto año a quienes sean valorados en el Grado II de Dependencia Severa, nivel 1.
- El quinto año, que finaliza el 31 de diciembre de 2011, a quienes sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, Nivel 2, y se les haya reconocido la concreta prestación.
- A partir del 1 de julio de 2015 al resto de quienes fueron valorados en el Grado I de Dependencia Moderada, nivel 2.
- A partir del 1 de julio de 2015 a quienes hayan sido valorados en el Grado I, nivel 1, o sean valorados en el Grado I de Dependencia Moderada.»

Además dicho artículo incorpora lo siguiente:

“El derecho de acceso a las prestaciones derivadas del reconocimiento de la situación de dependencia se generará desde la fecha de la resolución de reconocimiento de las prestaciones o, en su caso, desde el transcurso del plazo de seis meses desde la presentación de la solicitud sin haberse dictado y notificado resolución expresa de reconocimiento de la prestación, salvo cuando se trate de las prestaciones económicas previstas en el artículo 18 que quedarán sujetas a un plazo suspensivo máximo de dos años a contar, según proceda, desde las fechas indicadas anteriormente, plazo que se interrumpirá en el momento en que el interesado empiece a percibir dicha prestación”.

Tras haber reflejado los cambios que se llevaron a cabo en la Ley 30/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia podemos observar que el cambio más significativo, y el que aparece a lo largo de toda la Ley es la eliminación de los niveles de dependencia. Al comienzo del Decreto-ley 20/2012, de 13 de Julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad explica por qué se llegó a la idea de eliminar los niveles de dependencia:

“La clasificación en grados y niveles de la situación de dependencia no ha significado una diferenciación en las prestaciones y servicios que se reconocen a las personas beneficiarias dentro de un mismo grado e, incluso, entre niveles próximos de distintos grados. Ello ha producido continuos procesos de revisión de la valoración, que ha hecho destinar recursos y tiempo que podrían haberse dedicado a la valoración de las personas con mayor grado de dependencia. Para solventarlo, se establece una nueva estructura manteniendo los tres grados en los que se clasifica la situación de dependencia, pero sin niveles, lo que simplificará la gestión, permitirá atender de forma prioritaria a las personas con un mayor grado de dependencia que están pendientes de recibir atención y mejorará el proceso de valoración de la dependencia y el procedimiento para el acceso a las prestaciones”.

Por otro lado encontramos la Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.

Dicha Resolución trata de mejorar, simplificar y ordenar el actual Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, con el fin de garantizar su sostenibilidad actual y para el futuro, y la adopción de medidas de mejora

básicas en las materias identificadas, que garanticen la igualdad y equidad en el acceso a las prestaciones y servicios en el conjunto del territorio nacional.

Las Comunidades Autónomas, la representación de las Administraciones Locales a través de la Federación Española de Municipios y Provincias y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, manifiestan la necesidad de realizar mejoras para la sostenibilidad del Sistema de la Dependencia.

A continuación se van a describir aquellas mejoras que se quieren llevar a cabo en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

1. Como ya hemos dicho en el Real Decreto-ley 20/2012, se modifica la clasificación de la situación de dependencia establecida por grados y niveles. La nueva estructura pasará a tener una única división en tres grados, desapareciendo la división de dichos grados en niveles.

Los nuevos grados serán los siguientes:

- Grado III. Gran Dependencia.
- Grado II. Dependencia Severa.
- Grado I. Dependencia Moderada.

Todas las nuevas resoluciones de valoración de grado de dependencia, desde la entrada en vigor de la norma que recoja el contenido de este apartado, se ajustarán a la nueva estructura de grados, incluidas las derivadas de procesos de revisión u otras causas.

Las personas que ya tuvieran reconocido grado y nivel, seguirán manteniéndolos, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 30 de la Ley a efectos de revisión.

2. Además, en esta resolución, se acuerda modificar las intensidades de protección, referidas a horas/mes en el Servicio de Ayuda a Domicilio, conforme a los siguientes criterios:

- Para las personas que ingresen en el Sistema de Atención a la Dependencia, a partir de la entrada en vigor de la norma que reforme la clasificación de la situación de dependencia exclusivamente en grados, la intensidad hora/mes para el servicio de Ayuda a Domicilio será:
 - Grado III: Entre 46 y 70 horas/mes.
 - Grado II: Entre 21 y 45 horas/mes.
 - Grado I: Máximo de 20 horas/mes.
- Para las personas que a la entrada en vigor de la reforma, ya tuvieran reconocido grado y nivel, la intensidad para la ayuda a domicilio será:
 - Grado III, nivel 2: Entre 56 y 70 horas/mes.
 - Grado III, nivel 1: Entre 46 y 55 horas/mes.
 - Grado II, nivel 2: Entre 31 y 45 horas/mes.
 - Grado II, nivel 1: Entre 21 y 30 horas/mes.
 - Grado I, niveles 1 y 2: Máximo de 20 horas/mes.

En el Programa Individual de Atención, se deberá diferenciar, dentro de las horas de ayuda a domicilio, las relativas a necesidades domésticas o del hogar, de las de atención personal para las actividades de la vida diaria.

3. Se persigue mejorar y adecuar de las prestaciones y servicios, para garantizar la sostenibilidad del Sistema, y ampliación de la prestación económica por asistencia personal a todos los Grados de dependencia.
4. En cuanto a los traslados de personas en situación de dependencia reconocida a otras Comunidades Autónomas. Las Comunidades Autónomas se comprometen a comunicar al Instituto de Mayores y

Servicios Sociales (IMSERSO) los traslados que se produzcan. El IMSERSO por su parte lo comunicará a la Comunidad Autónoma receptora y, en un plazo máximo de 60 días, procederá a la regularización correspondiente.

5. La Resolución, también trata de introducir mejoras en el Procedimiento y transparencia en la gestión.
 - a) Respecto de la solicitud de inicio del Procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia.
 - b) Respecto de la Resolución de reconocimiento de la situación de dependencia.
 - c) Respecto de la Resolución de concesión de servicios o prestaciones en base al Programa Individual de Atención y efectividad del derecho.
6. También habla sobre las mejoras en los Sistemas de Información, con la finalidad de conseguir una mejor gestión y explotación de los datos.
7. Se revisará la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Para ello se examinará en profundidad el actual sistema de Afiliación, Alta y Cotización a la Seguridad Social de los cuidadores en el entorno familiar.
8. Establecer criterios comunes en la asignación de prestaciones en casos de fallecimiento del dependiente.
9. Prevención de las situaciones de Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal. En el plazo máximo de seis meses, se acordarán los criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las situaciones de Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal que elaboren las Comunidades Autónomas.
10. Se establece una normativa para determinar la capacidad económica y aportación del beneficiario.

- La capacidad económica personal de los beneficiarios del Sistema de la Autonomía y Atención a la Dependencia se determinará en atención a su renta y su patrimonio.
 - o Se considera renta los ingresos del beneficiario, derivados tanto del trabajo como del capital, así como cualesquiera otros sustitutivos de aquellos.
 - o Se considera patrimonio del beneficiario el conjunto de bienes y derechos de contenido económico de que sea titular, con deducción de las cargas y gravámenes que disminuyan su valor, así como de las deudas y obligaciones personales de las que deba responder.
- 11. Se establecerán indicadores de referencia para el coste de los distintos Servicios y Prestaciones contenidos en el Catálogo de Servicios de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia.
- 12. Efectos retroactivos de las prestaciones económicas previstas en el artículo 18 de la Ley, que, podrían ser aplazadas y su abono periodificado en pagos anuales de igual cuantía en un plazo máximo de 5 años desde la fecha de la resolución firme de reconocimiento expreso de la prestación.
- 13. Medidas de ahorro y reducción del déficit público: cuantías máximas de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar.

La medida de ahorro adoptada en este Consejo Territorial es reducir en un 15% las cuantías máximas de las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar.

Con todos estos cambios expuestos en líneas superiores, se ha recortado de manera drástica la intensidad de los servicios y el carácter universal y general de la Ley.

2.1.2.4 La Valoración Geriátrica Integral.

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) definida por Rubenstein, es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinar, diseñado para identificar, describir y cuantificar problemas físicos, funcionales, psicológicos y sociales que pueda presentar el paciente, con el fin de alcanzar un plan de tratamiento global, optimizar la utilización de recursos y garantizar el seguimiento de los casos.

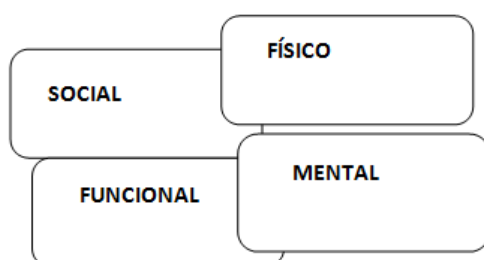
Hoy en día se considera que la VGI es la “tecnología” básica de la geriatría.

Según Rubenstein L.Z (1984: 26) la Valoración Geriátrica Integral consigue:

- Mayor precisión diagnóstica.
- Reducción de la mortalidad.
- Mejoría del estado funcional.
- Ubicación más adecuada.
- Disminución de la institucionalización.
- Reducción de la hospitalización aguda.
- Reducción del número de fármacos.

La Valoración Geriátrica Integral incluye una valoración mental (en la que se valora la esfera cognitiva y afectiva del anciano), una valoración social (que analiza aspectos como la economía, las relaciones sociales, etc.) y por último la valoración de la capacidad funcional del anciano, que viene determinada por factores físicos, mentales y sociales.

ÁREAS DE LA VALORACIÓN INTEGRAL EN EL ANCIANO



2.1.2.5 Valoración de Dependencia del Equipo Interdisciplinar (EID)

Las Fuentes dentro de un Plan de Atención Individual (PAI).

La complejidad de la atención a personas ancianas hace necesario que se evalúen de forma sistemática sus necesidades para poder responder a ellas de forma efectiva y eficiente. La evaluación se lleva a cabo mediante escalas validadas con la suficiente fiabilidad para poder elaborar un plan de atención personalizado.

La Valoración Geriátrica Integral inicial se realiza en la fase de Post-ingreso, que abarca los primeros cuarenta y cinco días de estancia en el Centro. Se hace constar en el formato Expediente Individual del/de la usuario/a, e incluye valoración social, funcional en fisioterapia, funcional de las ABVD, psicológica, las necesidades detectadas a nivel médico/sanitario y psicosocial. Una vez cumplimentado se realiza la puesta en común en una de las reuniones del Equipo Gerontológico Interdisciplinar, y se elabora el Plan de Atención Individualizado (PAI).

Las escalas validadas que se aplican para llevar a cabo la valoración son:

- Escala Barthel (anexo I), para la valoración de las ABVD. Supone un 70% de la valoración total del EID.
- Escala MEC (anexo II) o Cruz Roja (anexo III), para la valoración cognitiva. Supone un 10% del total del EID.
- Escala OARS (anexo IV), para la medición de los recursos de los que dispone el usuario/a. Representa el 10%. Es uno de los instrumentos sociales más conocidos que proporciona información sobre la estructura familiar, los patrones de amistad y de visitas sociales, y la disponibilidad de cuidador.
- Escala Norton (anexo V), para la valoración de riesgo de úlceras por presión. Supone el 5% de las valoraciones.

- Escala Tinetti (anexo VI), para la valoración del equilibrio y la marcha. Representa el 5% del total.

Además pueden utilizarse instrumentos o técnicas complementarios, como la escala de autoestima de Rosenberg (anexo VII) o el Test del Reloj de Shulman (anexo VIII) en aquellos casos que se requiera.

El Plan de Atención Individualizado contiene los objetivos a conseguir en cada dimensión de intervención, las estrategias para su consecución, el método para evaluar el grado de consecución del objetivo, los/as profesionales implicados/as y/o responsables de cada objetivo y fecha en que se revisara el mismo. Esta información queda recogida en el PAI, que se cumplimenta durante la reunión del Equipo Gerontológico Interdisciplinar, dejando constancia de su carácter interdisciplinar mediante la firma del mismo.

Como mínimo semestralmente, para los/as usuarios/as dependientes, y anualmente, para los/as no dependientes, se revisan los expedientes para dejar constancia de los cambios en su evolución, y del grado de consecución de los objetivos planteados para cada uno/a. Se realiza una nueva puesta en común, y se reflejan los cambios en el formato del PAI.

Por último decir que los resultados de las valoraciones, se clasifican y/o catalogan en tres niveles:

- Dependencia Alta: si el usuario/a ha obtenido entre 75 y 100 puntos.
- Dependencia Media: si el usuario/a ha obtenido entre 50 y 74 puntos.
- Dependencia Baja: si el usuario/a ha obtenido entre 0 y 49 puntos.

2.2 MARCO LEGAL.

A continuación se va a reflejar la normativa que regula el Servicio de Centros de Día.

Normativa general:

- Artículo 51 de la Constitución Española de 1978.

Leyes Orgánicas:

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal y Ley 87/2001, de 13 julio, de Protección de Datos de Carácter Personal en la Comunidad de Madrid.

Leyes y Reales Decretos:

- Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.
- Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio y Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio.
- 22/2006, de 4 de julio, de Capitalidad y de Régimen Especial de Madrid.
- Real Decreto Legislativo 2/2004, de 5 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley Reguladora de las Haciendas Locales.
- Ley 57/2003, de 16 de diciembre, de Medidas para la Modernización del Gobierno Local.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, No Discriminación y Accesibilidad Universal de las personas con discapacidad.
- Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

- Real Decreto Legislativo 781/1986, de 18 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de las Disposiciones Legales vigentes en materia de Régimen Local.
- Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local.

Aragón:

- ORDEN de 21 mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón.

2.3 CONTEXTO DEMOGRÁFICO.

La Comunidad Autónoma de Aragón cuenta, según datos del Instituto Nacional de Estadística con¹ 1.349.467 habitantes distribuidos en tres provincias: Huesca, Teruel y Zaragoza.

Es en esta última, donde se concentra la mayor parte de la población, del total de los habitantes de esta comunidad, un 50,12% viven en la capital, Zaragoza, única ciudad de la comunidad que supera los 100.000 habitantes (701.887 habitantes, según INE 2012). Esta concentración es reciente, ya que en 1950 la capital autonómica concentraba solamente el 24% de la población total. Consecuencia del despoblamiento rural, debido a la escasez de infraestructuras e inversiones públicas en gran parte del territorio, el resto del territorio presenta una ocupación muy débil; no en vano, Aragón, con 28,52 hab. /km², es la cuarta comunidad autónoma de España con menor densidad de población.

Los cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en Aragón han traído consigo un proceso de envejecimiento notable y de crecimiento cada vez más acelerado. El aumento de la longevidad ha coincidido además con importantes cambios sociales que han llevado a que instituciones sociales y políticas deban ajustar sus objetivos a la nueva realidad, que demanda más protección social.

El Gobierno de España a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad, cuenta con una Guía de Prestaciones para Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Personas en situación de Dependencia. El Instituto de Mayores y Servicios Sociales Gobierno de España (2012) señala que las diferentes prestaciones que aparecen en dicha cartera de recursos en relación a la Comunidad Autónoma de Aragón son:

¹ Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Demografía de la Comunidad Autónoma de Aragón en 2012.

- Servicio de Teleasistencia y otras ayudas técnicas.

Ofrece a las personas usuarias la posibilidad de acceder con inmediatez, mediante los recursos tecnológicos adecuados, a los servicios oportunos en situaciones de emergencia o de inseguridad, soledad o aislamiento, y posibilita al centro de comunicación atender y conocer el estado de la persona usuaria.

Las ayudas técnicas son aquellos mecanismos, instrumentos técnicos y adaptaciones del hogar, que contribuyen al desenvolvimiento de las personas en sus actividades cotidianas.

- Servicio de Ayuda a Domicilio.

Proporciona un conjunto de atenciones orientadas a facilitar un entorno de convivencia adecuado y tiene como objetivo la prestación de una serie de atenciones a las personas y, en su caso, a las familias en su domicilio para facilitar el desarrollo de las actividades de la vida diaria a aquellas personas con limitaciones de autonomía personal, y evitar o, en su caso, retrasar el ingreso en centros de carácter residencial, así como para intervenir, en su caso, en situaciones de conflicto psicofamiliar para alguno de los miembros de la unidad de convivencia.

- Servicios especializados de centros de día, hogares y centros ocupacionales.

Centros de Día. Dentro de este Servicio especializado, cabe distinguir tres tipos:

- Centros de Día para personas mayores de 65 años con un grado de dependencia moderado o severo. Estos Centros ofrecen atención para cubrir las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales. Promueven la autonomía y la permanencia de las personas en su entorno habitual y proporcionan apoyo a las familias.
- Centros de Día para personas con discapacidad intelectual. Estos Centros son servicios de acogimiento diurno que prestan atención

integral a personas con discapacidad intelectual gravemente afectadas, fomentando el desarrollo de habilidades adaptativas, que proporcionen bienestar emocional y favorezcan la autodeterminación del individuo a través de apoyos, ayudas técnicas y programas habilitadores; asimismo sirven de apoyo a la familia y favorecen el mantenimiento de la persona en su domicilio.

- Centros de Día para personas con discapacidad física. Estos Centros prestan servicios especializados de acogimiento diurno para personas con discapacidad física, gravemente afectadas, que por la naturaleza de su afectación exigen tratamientos específicos. El objetivo es desarrollar, hasta donde sea posible, la autonomía en las actividades de su vida diaria y la integración social, así como proporcionar soporte a la familia y favorecer la estancia en el domicilio.
- Servicios especializados de centros de residencia permanentes o temporales.

Dentro de este Servicio especializado, cabe distinguir dos tipos de Centros

Residenciales:

- Centros de Atención a Personas Mayores. En estos Centros se prestan Servicios dirigidos a personas mayores de 65 años, que necesitan una atención continuada, por su grado de dependencia y/o por su situación social, recibiendo una asistencia integral según las necesidades de cada persona. La estancia puede ser permanente o temporal.
- Centros de Atención a Personas con Discapacidad. Estos Centros, donde, asimismo, la estancia puede ser permanente o temporal.
- Becas de atención en centros para personas mayores.

Prestaciones económicas de carácter personal dirigidas a sufragar los gastos de atención en Centros Residenciales y de Día.

- Becas de atención en centros para personas con discapacidad.

Prestaciones económicas de carácter personal dirigidas a sufragar los gastos de atención en Centros de Servicios Sociales especializados.

- Ayudas de carácter individual para personas discapacitadas y en situación de dependencia.

Ayudas individuales para personas con discapacidad y personas en situación de dependencia, destinadas a favorecer su autonomía personal mediante la financiación de gastos dirigidos a garantizar la máxima integración social y a mejorar su bienestar, comunicación y participación en la vida de su entorno.

- Prestaciones por dependencia.

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.

- Ingreso aragonés de inserción (IAI).

Prestaciones económicas destinadas a garantizar recursos mínimos de subsistencia, así como actuaciones dirigidas a lograr la autonomía personal, familiar, social y laboral de los destinatarios.

- Ayudas de urgencia.

Prestaciones económicas de pago único y carácter extraordinario, destinadas a resolver situaciones de emergencia que afecten a personas o familias a las que sobrevengan situaciones de necesidad, en las que se vean privadas de los medios de vida primarios e imprescindibles, siendo su finalidad dispensarles una atención básica y urgente en el momento en que aquéllas se produzcan.

- Ayudas sociales de carácter extraordinario a favor de pensionistas por jubilación e invalidez en sus modalidades no contributivas y de los beneficiarios de pensiones asistenciales y de enfermedad.

Son ayudas económicas de carácter personal, intransferible y extraordinario, para el año en curso, sin que se consoliden para el futuro.

- Tarjeta de estacionamiento para personas con discapacidad.

Documento acreditativo de la condición de persona con discapacidad y movilidad reducida, a los efectos de permitir el estacionamiento de vehículos a motor en lugares reservados o que no causen grave interrupción de la circulación.

- Balnearios para personas mayores.

Servicio que proporciona a las personas mayores que por prescripción facultativa lo precisen, tratamientos en balnearios, a precios reducidos en balnearios aragoneses. Pueden ir acompañados por el cónyuge u otra persona que reúna los requisitos exigidos.

- Servicio de alojamiento temporal.

Proporcionar un alojamiento digno, con carácter temporal, a las personas que se encuentren en situación de carencia de alojamiento o de conflictos convivenciales que pongan en peligro la integridad física o emocional de algún miembro.

- Servicio de apoyo al cuidador.

Servicio dirigido a la sustitución del cuidador en el domicilio, atención temporal de la persona cuidada en un centro diurno, sustitución del cuidador en periodo vacacional o en especiales situaciones personales, así como a su formación para la adquisición de técnicas y habilidades de mejora de la atención.

- Servicio de intervención familiar.

Conjunto de atenciones para favorecer la convivencia y la integración social en situaciones de crisis, riesgo o vulnerabilidad en una familia o de alguno de los miembros de cualquier unidad de convivencia, especialmente se dirige, entre otras situaciones, al riesgo de maltrato hacia personas mayores. Consiste en fomentar la adquisición de habilidades básicas y hábitos de conducta, tanto en el ámbito de las capacidades personales como en el ámbito relacional.

Cada uno de estos recursos cuenta con unos requisitos, una normativa aplicable y un modo para tramitar su solicitud.

Los Centros de Día Públicos de la Comunidad Autónoma de Aragón son servicios para Personas Mayores que se encuentren en situación de dependencia, Personas Mayores en situación de violencia de género y para Personas Mayores en riesgo de exclusión. No obstante, los Centros atienden principalmente a Personas Mayores que, en situación de dependencia precisan de cuidados permanentes para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). También cuenta con usuarios/as anteriores a la Ley de Dependencia, que pueden realizar y llevar a cabo el día a día por ellos mismos, sin necesidad de terceras personas.

Éstos Centros, proporcionan un enfoque biopsicosocial, atención continuada y especializada en función del grado de dependencia, de la situación social y de otras características personales del beneficiario.

El Instituto Aragonés de Servicios Sociales cuenta con nueve Centros de Día Públicos, de los cuales dos pertenecen a la provincia de Huesca y los siete restantes a la provincia de Zaragoza.

El Centro de Día Las Fuentes, en el cual se centra nuestro estudio, está situado en el Barrio Las Fuentes de la ciudad de Zaragoza. Dicho barrio, según el Plan General de Ordenación Urbana (2007) se extiende a lo largo de 6,31km²., y cuenta con una población de 44.466 habitantes en 2011, lo que supone una densidad de 3 hab. /ha. La población está decreciendo en relación a los últimos

censos. Por su parte, la estructura demográfica del barrio, aunque tiende a un ligero envejecimiento, el reemplazamiento de la población potencialmente activa es positivo, al ser uno de los barrios donde suelen instalarse nuevos matrimonios.

En el barrio predomina el sexo femenino y la edad media de la población es superior en mujeres que en hombres. No obstante las tasas de dependencia son superiores en hombres que en mujeres.

Los Centros que van a colaborar con nosotras para la realización de nuestro Proyecto de Investigación en nuestro Trabajo de Fin de Grado son:

- Centro de Día San Blas. *C/ San Blas, 20 – 50003.*
- Centro de Día San José. *C/ Ramón Arribas Sánchez, 4 – 50008.*
- Centro de Día La Caridad. *C/ Moret, 4 – 50001.* (único Centro de Día con plazas concertadas que hemos considerado en el presente estudio).

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

Los objetivos que vamos a exponer a continuación representan las guías del estudio y su alcance es determinante para el Trabajo Fin de Grado. Como bien ya sabemos, los objetivos deben expresarse con claridad y además deben ser susceptibles de ser alcanzados.

En esta sección se establece el “qué pretendemos con la investigación”, por tanto para nosotras deben representar lo que se quiere hacer, lograr o, simplemente, analizar.

Es necesario tener en cuenta que durante la investigación pueden surgir objetivos adicionales, modificarse los objetivos iniciales e incluso ser sustituidos por nuevos objetivos, según la dirección que tome la investigación.

Objetivo general:

- **Analizar la evolución de los Centros de Día Públicos de personas dependientes tras la Ley de Dependencia y sus últimas modificaciones.**

Objetivos específicos:

- **Conocer la tipología de usuarios/as de Centro de Día antes y después de la implantación de la Ley de Dependencia.**
- **Comparar el nivel de ocupación de varios Centros de Día.**
- **Comparar el grado de dependencia de usuarios/as de varios Centros de Día.**
- **Identificar las consecuencias de los cambios producidos en los Centros de Día Públicos tras la Ley de Dependencia.**

Niveles de los objetivos específicos:

Niveles	Finalidad
Perceptual	Explorar ✓
	Describir ✓
Aprehensivo	Analizar ✓
	Comparar ✓
Comprensivo	Predecir
	Proponer ✓
Integrativo	Confirmar
	Evaluar
	Modificar

Como se puede observar, con los objetivos específicos pretendemos:

Explorar: Indagar, observar y revisar nuestro objeto de estudio.

Describir: Identificar la evolución y los cambios en el recurso.

Analizar: Conocer las causas que han provocado estos cambios en el servicio.

Comparar: Diferenciar antes y después de la LAAD.
Asociar con otros Centros de Día Públicos.

Proponer: Plantear y formular alternativas a los déficits observados.

Las hipótesis establecidas en este proyecto van a representar un elemento fundamental en el proceso de investigación. Las hipótesis van a orientar el proceso y permitirán llegar a conclusiones concretas del proyecto que comenzamos hace seis meses. Por todo ello encauzarán el trabajo que se desea llevar al efecto.

Tamayo y Tamayo M. (1989: 75) afirma que: "La hipótesis es una proposición que nos permite establecer relaciones entre los hechos. Su valor reside en la capacidad para establecer mas relaciones entre los hechos y explicar el por qué se producen".

Pardinas (1991: 151) definió la hipótesis como una "proposición enunciada para responder tentativamente a un problema."

Nuestras hipótesis de trabajo van a ser las siguientes:

- **El perfil de usuarios/as de los Centros de Día Públicos es más dependiente tras la incorporación de la Ley de Dependencia.**
- **En los Centros de Día Públicos hemos pasado del mantenimiento de las funciones al asistencialismo.**
- **La crisis económica ha influido en los bajos niveles de ocupación de los Centros.**
- **El servicio es poco demandado pero no por inflexible, desconocido y por cuestión de mentalidad.**
- **La libertad de elección del ciudadano/a ha condicionado la valoración profesional en los P.I.A.**

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

Una vez establecidos los objetivos e hipótesis, la fundamentación del proyecto, y el marco teórico y legal así como el contexto demográfico, hemos definido cual iba a ser el diseño metodológico de la investigación, es decir los procedimientos, métodos y técnicas mediante las cuales hemos recogido datos, los hemos analizado e interpretado.

Así pues, este apartado se subdivide en cuatro aspectos a tener en cuenta:

1. Tipo de proyecto.

En primer lugar debemos señalar que el tipo de estudio que hemos llevado a cabo es un proyecto de investigación. La finalidad es conocer, arribar a proposiciones verdaderas o más completas sobre el objeto de estudio y así generar, confirmar, refutar o verificar las hipótesis establecidas en relación con los Centros de Día de titularidad pública.

2. Tipo de estudio realizado.

Eyssautier De La Mora M. (2006: 124-6), establece en su obra una clasificación de los diferentes tipos de estudio de investigación en función de:

- El propósito de estudio (causales, predictivos, analíticos descriptivos y/o exploratorios).
- Los tiempos y alcances del estudio (seccional o longitudinal).
- Los acercamientos y procesos de investigación (cuantitativo o cualitativo).
- Los aspectos lógicos de la investigación (deductivo o inductivo).

El presente TFG se trata de un **estudio observacional descriptivo** en el que hemos observado la evolución del servicio de Centro de Día de titularidad pública así como los cambios que ha producido la Ley de Dependencia en este servicio sociosanitario.

El factor de estudio no ha sido controlado, y nos hemos limitado a observar y medir los datos ya existentes.

Si atendemos a la secuencia temporal establecemos que nuestro estudio es de tipo **longitudinal**, ya que las variables de estudio se han recogido en tiempos diferentes.

El inicio del estudio ha sido posterior a los hechos estudiados, y los datos se han recogido de archivos y/o entrevistas para poder confirmar o refutar las hipótesis establecidas a priori. Por este motivo señalamos el carácter **retrospectivo** del mismo, así como el carácter **inductivo** (estudio de los hechos particulares para fundamentar lo general).

Durante el proceso de investigación hemos recurrido a datos cuantitativos y a datos cualitativos (actitudes, conceptos y percepciones) por lo que podemos afirmar que hemos empleado un **enfoque mixto**. En este contexto, Hernández, Fernández y Baptista (2010: 4) en su obra Metodología de la Investigación, sostienen que todo trabajo de investigación se sustenta en dos enfoques principales: el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo, los cuales de manera conjunta forman un tercer enfoque: el enfoque mixto.

Según el alcance y la finalidad del estudio realizado podemos concluir que la investigación ha sido **descriptiva y analítica** con el matiz de la búsqueda de causa y efecto (hipótesis 1,2 y 3).

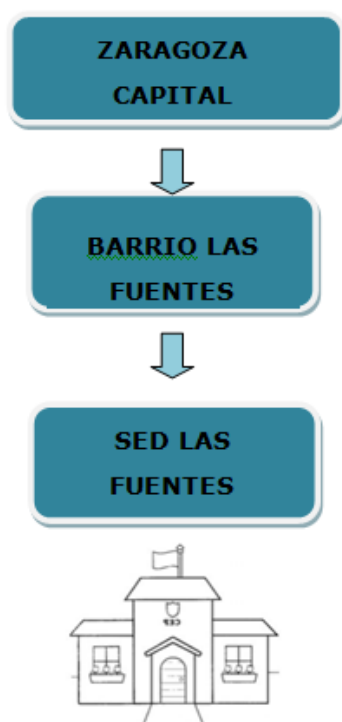
3. Periodo y lugar donde se desarrolla la investigación.

El **periodo** de estudio ha comprendido los meses de Diciembre de 2012 a Junio del año 2013. Podemos esclarecer el periodo de tiempo en las siguientes fases:

- Diciembre: delimitación del tema de estudio, introducción y fundamentación.

- Enero-Febrero: marco teórico, marco legal, antecedentes históricos, contexto demográfico y estudios previos. Estudios previos, revisión y búsqueda bibliográfica.
- Febrero-Marzo: elaboración del glosario, formulación de objetivos e hipótesis, descripción de la metodología de estudio.
- Marzo- Mayo: estudio de investigación. Resultados y conclusiones.
- Mayo-Junio: reflexión. Formulación y/o planteamiento de posibles propuestas/soluciones a las conclusiones del estudio.

En cuanto al **lugar**, el trabajo de investigación Fin de Grado se define dentro de la provincia de Zaragoza, dentro de un distrito y un servicio específico:



A nivel sectorial, y dado que nuestro estudio se centra, principalmente, en el Centro de Día Las Fuentes, realizaremos una enmarcación del mismo situado en el Barrio Las fuentes de Zaragoza.

El Centro es un recurso de naturaleza pública con gestión integral privada, gestionado por Fundación Salud y Comunidad y Valoriza dependencia en forma

de UTE las Fuentes II en convenio de colaboración con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales.

Se inauguro en 1997, con la finalidad de cubrir las necesidades de las Personas Mayores carentes de recursos a través de una atención integral y consiguiendo su completo bienestar.

*** MISIÓN.**

Proporcionar Calidad de Vida a las Personas Mayores, aportando un nuevo espacio en el que estas personas puedan, por una parte, convivir con otros/as usuarios/as y, por otra, recibir atención y asistencia física, psíquica y social continuada, que proporcione respuesta a sus necesidades y demandas.

*** VISIÓN.**

Garantizar el bienestar de las Personas Mayores, a través del Centro de Día. Esto se consigue con el compromiso, atención personalizada y cercana de los profesionales y la satisfacción de los usuarios/as. Por ello el Centro asume una clara vocación para la mejora continua en su actuación.

*** VALORES.**

Desde el concepto de CALIDAD y siendo fieles a la Misión, implantan en sus proyectos un modelo de Gestión fundamentado en los VALORES que rigen la práctica diaria de los servicios ofrecidos. Estos valores que los definen son: la **ÉTICA**, la **SENSIBILIDAD** y la **RENTABILIDAD SOCIAL**.

Del mismo modo, y siendo fieles a dichos valores, se llevan a cabo acciones con los/as trabajadores/as, usuarios/as y sus familiares que les permitirá - junto con la Dirección del Servicio- definir, identificar e implantar sus propios valores.

El Centro de Día las Fuentes cuenta con 35 plazas de estancia diurna asistencial cuyo funcionamiento es de lunes a sábados de 9:00 horas a 18:00 horas, que proporciona atención integral a personas en situación de

dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal. Ofrece un enfoque biopsicosocial, asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación, atención asistencial y personal y posibilidad de transporte desde el domicilio del usuario/a a las instalaciones del Centro.

4. Materiales y métodos.

A lo largo de la investigación hemos utilizado diferentes materiales y métodos en función de nuestros objetivos específicos.

Para nuestro primer objetivo específico: **conocer la tipología de usuarios/as de Centro de Día antes y después de la implantación de la Ley de Dependencia** ha sido necesario estudiar las características físicas, cognitivas y sociales de los usuarios/as del Centro de Día Las Fuentes a través del análisis y comparación de datos obtenidos mediante escalas validadas (Barthel, MEC, OARS, etc.).

Para conocer la tipología de usuarios/as hemos tenido en cuenta el siguiente universo:

Durante el periodo comprendido entre el 2009-2012 formaron parte del Centro de Día Las Fuentes el siguiente número de usuarios/as:

- 2009: 49 usuarios/as.
- 2010: 47 usuarios/as.
- 2011: 31 usuarios/as.
- 2012: 27 usuarios/as.

Eliminando los casos repetidos de usuarios/as que utilizaron el recurso de un año a otro, podemos concluir que durante el periodo comprendido entre 2009 y 2012 han sido beneficiarios del Centro de Día Las Fuentes 76 usuarios/as (27 usuarios/as con los que contaba el Centro a día 1 de enero de 2009 más 49 ingresos producidos en 2009, 2010, 2011 y 2012).

- Ingresos en centro de Día las Fuentes 2009: 22.
- Ingresos en Centro de Día las Fuentes 2010: 14.
- Ingresos en centro de Día Las Fuentes 2011: 6.
- Ingresos en centro de Día Las Fuentes 2012: 7.

Los métodos y técnicas utilizados para llevar a cabo este objetivo han sido:

La observación, ya que nos ha permitido la obtención y elaboración de datos y el conocimiento de los hechos fundamentales relativos al objeto de estudio.

La medición nos ha permitido la obtención de información numérica acerca de una propiedad o cualidad del objeto o fenómeno, donde hemos comparado magnitudes medibles y conocidas. En la medición hemos tenido en cuenta el objeto, la propiedad que se va a medir, y el para qué (los resultados que pretendemos alcanzar). Para ello hemos utilizado cuestionarios de evaluación, como el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, la escala OARS, la escala de Tinetti, etc.

En cuanto al segundo y tercer objetivo: **comparar el nivel de ocupación y grado de dependencia de usuarios/as de varios Centros de Día** señalamos que los métodos y técnicas utilizados han sido la observación, y empleo del método estadístico.

No sólo nos ha bastado con la realización de las mediciones, sino que ha sido necesario el empleo de la estadística descriptiva para organizar la información a través de gráficos, porcentajes y medias.

En el trabajo de investigación la pretensión de utilizar el proceso de medición ha sido el poder comparar los resultados de nuestro objeto de estudio con las mismas variables de otros Centros de Día (ej. niveles de ocupación, grados de dependencia, etc.) y así poder o no rebatir las hipótesis planteadas.

Es imprescindible hacer referencia a los Centros de Día que han formado parte del universo de estudio de la investigación. Por ello exponemos la media de

usuarios/as que se han tenido en cuenta en el estudio comparativo para poder establecer conclusiones más generalizadas.

Centro de Día San Blas.

- Media anual en 2011 de 14,33 usuarios/as.
- Media anual en 2012 de 8,33 usuarios/as.

Centro de Día San José.

- Media anual en 2011 de 26,5 usuarios/as.
- Media anual en 2012 de 21,75 usuarios/as.

Centro de Día La Caridad.

- Media anual en 2011 de 23,08 usuarios/as.
- Media anual en 2012 de 10,84 usuarios/as.

Por último, para el cuarto objetivo: **identificar las consecuencias de los cambios producidos en los Centros de Día Públicos tras la Ley de Dependencia** ha sido necesario emplear la técnica de la entrevista.

Para poder acceder a datos más concretos, y sobre todo a la hora de establecer un marco comparativo se han realizado entrevistas personales a tres Trabajadoras Sociales de otros Centros de Día. Todas las entrevistas llevadas a cabo fueron semiestructuradas. Disponíamos de un guión (anexo IX) que recogía los temas que se debían tratar a lo largo de la entrevista. Sin embargo, el orden en el que se abordaban los diversos temas y el modo de formular las preguntas se dejaron a la libre decisión y valoración de ambas entrevistadoras. Este tipo de entrevista nos ha permitido plantear las conversaciones de forma que diesen lugar al diálogo, pedir a los/as entrevistados/as aclaraciones en determinados momentos, profundizar en algún extremo cuando nos ha parecido necesario y por último establecer un estilo propio y personal de conversación.

Para este objetivo, además de la entrevista hemos llevado a cabo encuestas telefónicas (anexo X) las cuales nos han permitido verificar o disentir las hipótesis de trabajo.

Para ello pedimos al I.A.S.S un listado de personas cuidadoras de mayores dependientes pertenecientes al barrio de Las Fuentes. De las 800 personas cuidadoras del listado, hemos seleccionado una muestra de 100 personas, con un error muestral del 5%. Como el listado de personas cuidadoras del Barrio de Las Fuentes estaba en formato Excel, generamos una muestra aleatoria de ellos (97 personas cuidadoras) a través de la hoja de cálculo.

5. RESULTADOS.

Los datos recogidos a lo largo del Trabajo de Fin de Grado, nos han permitido obtener una serie de gráficos que se analizar a continuación, para ello, deben exponerse en función de los objetivos específicos propuestos clasificándolos en función de:

- Usuarios/as del Centro de Día Las Fuentes.
- Comparativa con otros Centros de Día.
- Información obtenida a través de las entrevistas y encuestas telefónicas realizadas a Profesionales y personas cuidadoras.

Usuarios/as del Centro de Día Las Fuentes.

Durante el periodo comprendido entre 2009 y 2012 han utilizado el servicio de Centro de Día Las Fuentes 76 usuarios/as. 27 usuarios/as con los que contaba el Centro a día 1 de enero de 2009 más 49 ingresos producidos en 2009, 2010, 2011 y 2012.

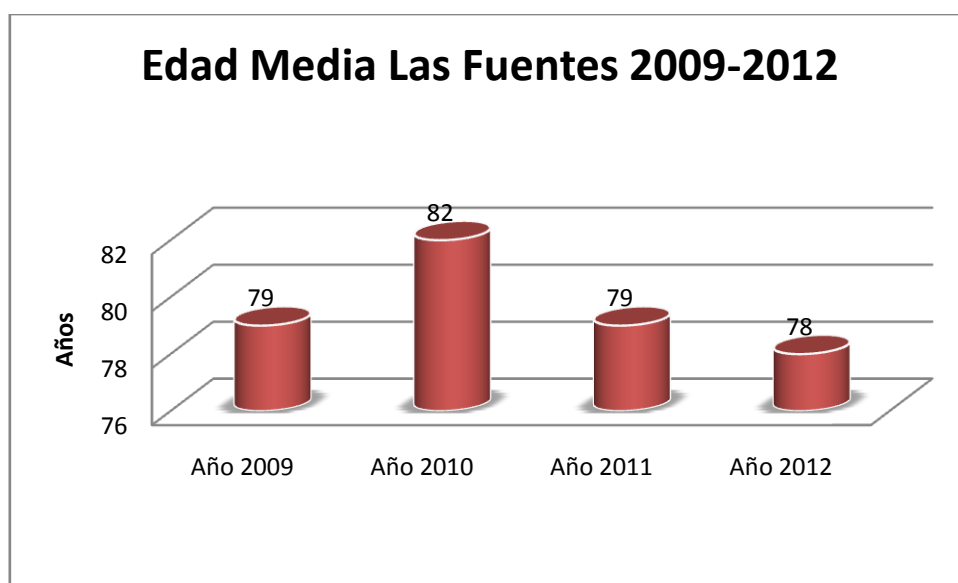
Estos datos han sido recogidos a través de los Libros de Socios, en los cuales quedan reflejados los datos de usuarios/as así como la fecha de alta y de baja de los mismos.

En relación al perfil sociodemográfico de los/as usuarios/as:

- **Edad media.**

Como se puede observar en la gráfica 1, la edad media de los/as usuarios/as del Centro de Día se ha ido manteniendo. Durante el 2009-2012 la edad media global ha sido de 79,5 años.

Gráfica 1

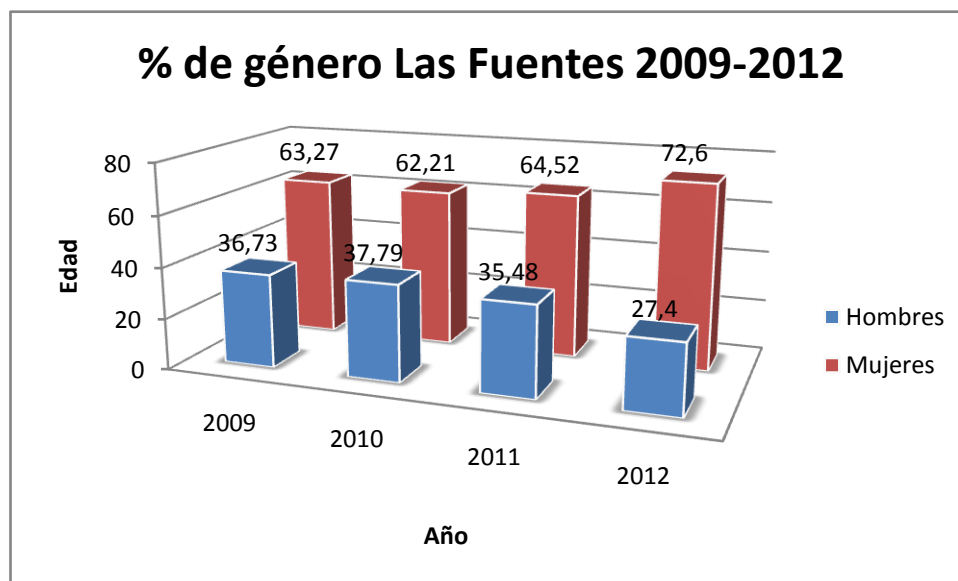


Si comparamos esta edad con la resultada del estudio realizado por Lorente Mirallas, M.C. (2005: 64) se observa que la edad media de entonces era ligeramente superior, con 81,51 años.

- **Género.**

A la vista de los resultados expresados en porcentaje, observamos la clara mayoría de mujeres durante los cuatro últimos años.

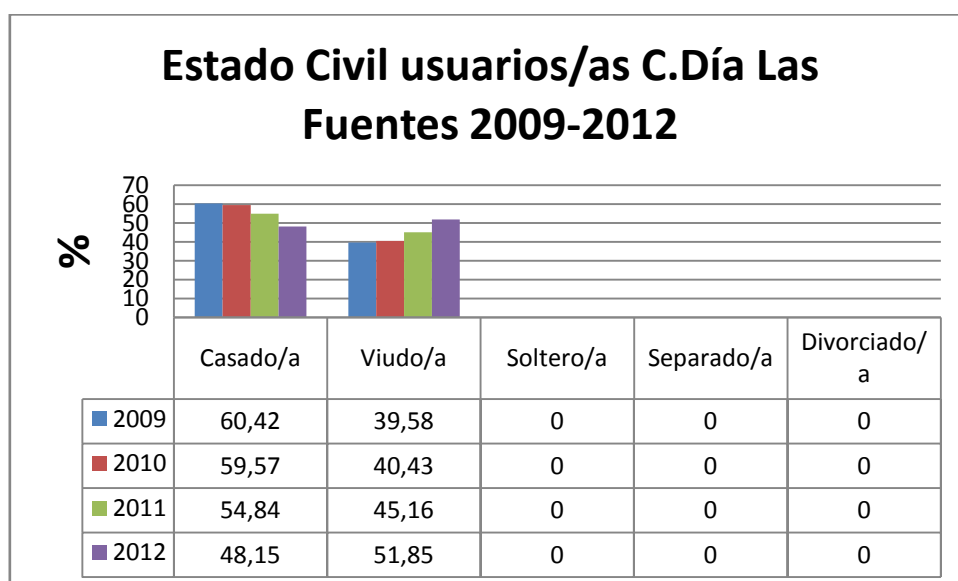
Gráfica 2



- **Estado civil.**

Durante el 2009-2012 no ha habido ningún usuario/a soltero/a, separado/a ni divorciado/a. Como podemos observar en la gráfica inferior el estado civil que predomina durante los cuatro años es el de casado/a. La media de usuarios/as casados/as es de 55,74, seguida de una media de 44,25 de viudos/as.

Gráfica 3

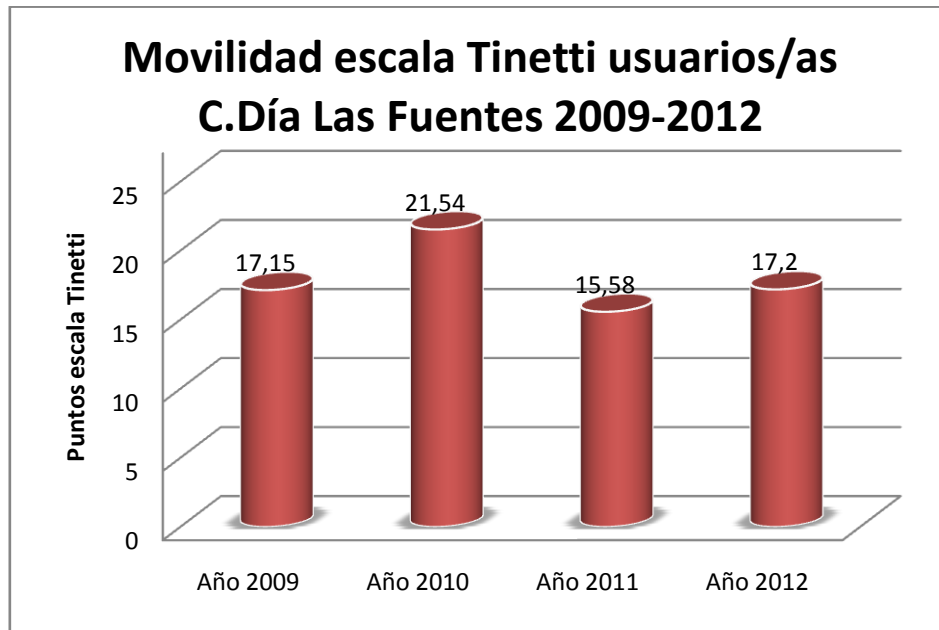


Si nos remitimos al estudio realizado por Lorente Mirallas, M.C (2005: 68) percibimos que un 56,96% de los/as usuarios/as eran viudos/as, seguido de un 36,71% de viudos/as y un 6,33% de solteros/as.

Atendiendo a las características físicas y cognitivas de los/as usuarios/as:

- **Movilidad.**

Gráfica 4

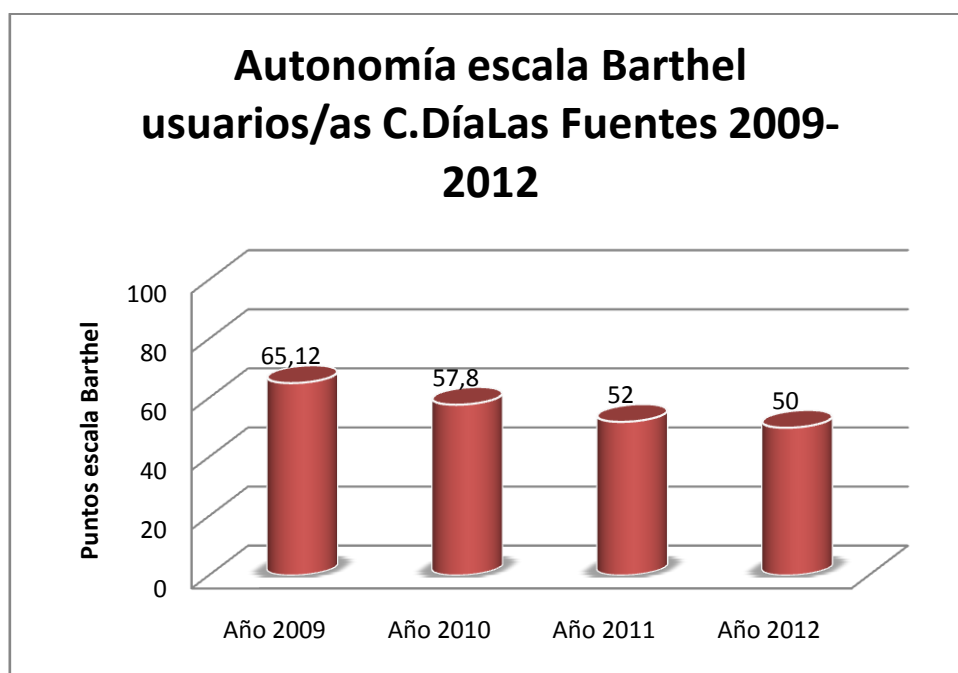


Observamos que no existe un incremento o descenso significativo a lo largo de los años.

- **Autonomía.**

Como podemos ver, en la gráfica 5 se expone la media anual de puntos obtenidos en la escala Barthel de los/as usuarios/as del Centro de Día.

Gráfica 5



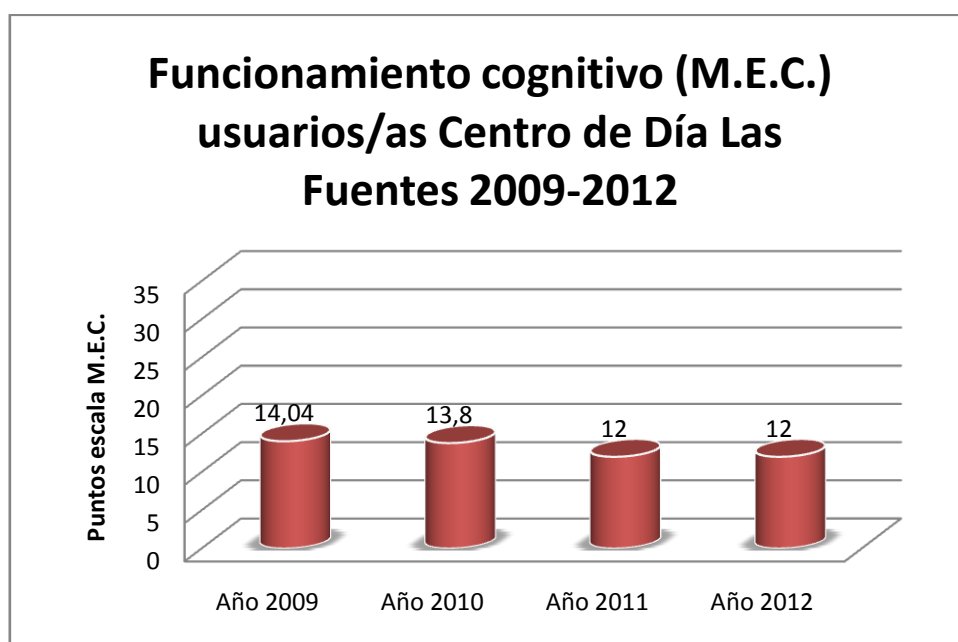
En Lorente Mirallas M.C (2005: 116) la media en Barthel al año era de 69,15 mientras que durante los años 2009-2012 observamos que la media ha sido de 56,23 puntos.

- **Funcionamiento cognitivo.**

Para analizar este aspecto se ha utilizado el mini *Mental State Examination* de Folstein, escala adaptada y validada al castellano por A. Lobo. Este test (mini examen cognoscitivo de Lobo), adjuntado como Anexo II tiene una elevada sensibilidad y es el más extendido y recomendado en nuestro medio.

En la gráfica 6 se observa un funcionamiento cognitivo similar durante los años 2009 a 2012, aunque con una puntuación media de baja de 2 puntos.

Gráfica 6

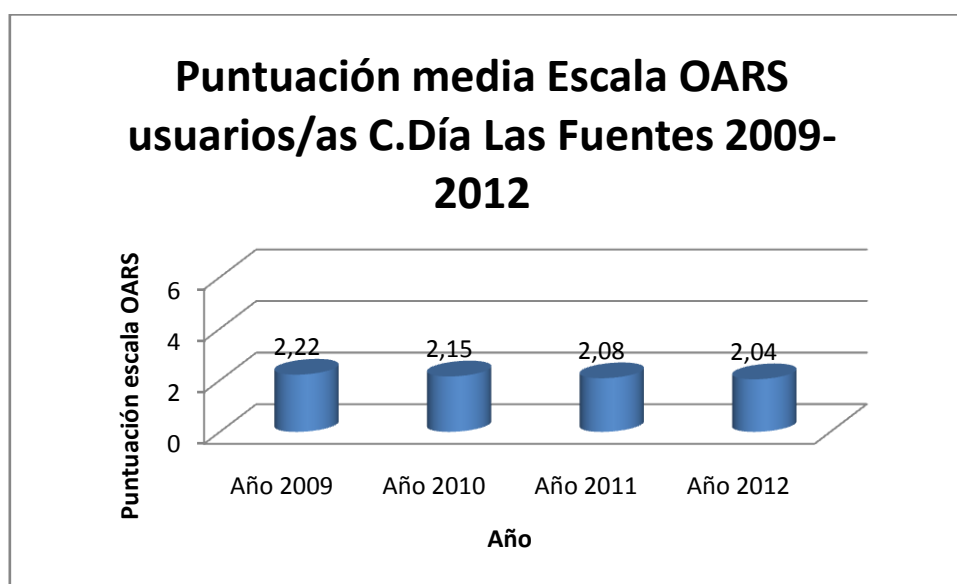


Teniendo en cuenta la puntuación de la escala (total de 35 puntos), se puede determinar que aquellos resultados entre 0-23 señalan deterioro cognitivo.

En cuanto a los recursos sociales que dispone el/la usuario/a del Centro, detallamos la puntuación media obtenida en OARS (anexo IV) durante los años 2009-2012 en los/as usuarios/as valorados/as.

Como podemos observar en la gráfica 7, la media de puntuación obtenida en los cuatros años objeto de estudio es de 2 puntos: buenos recursos sociales.

Gráfica 7

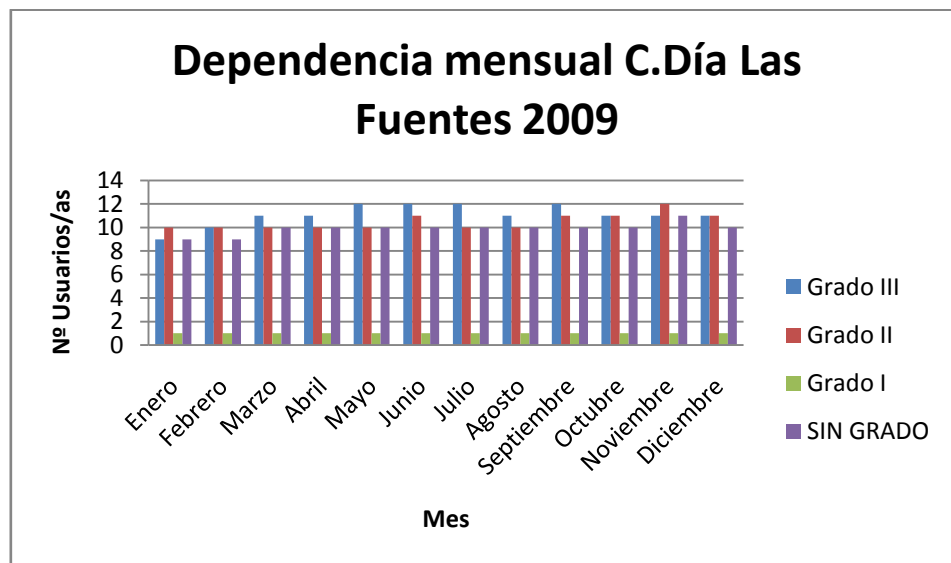


Comparando con el estudio realizado por Lorente Mirallas, M.C (2005: 99) apreciamos que hace diez años los recursos sociales estaban más minados. Con un 32,91% predominaban recursos sociales moderadamente deteriorados.

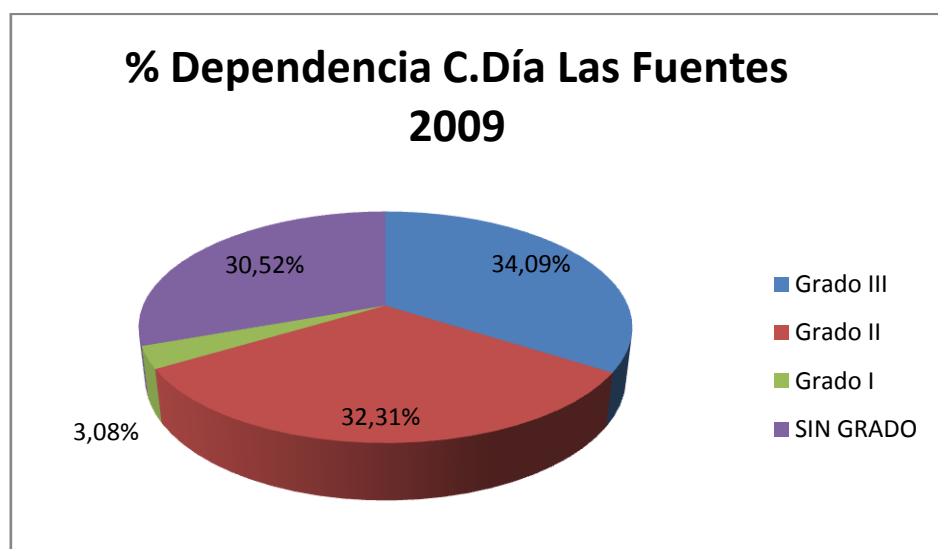
Dentro del ámbito residencial, debemos valorar el soporte humano/material para cubrir las necesidades físico-psíquicas, y la necesidad del individuo de estar en contacto con la sociedad. Por otra parte, hay que considerar la detección de problemas sobre los que posteriormente tengamos alguna opción de intervención. La integración y soporte social son elementos claves en la recuperación de la enfermedad, y del mantenimiento de un anciano en la comunidad, sobre todo de los ancianos frágiles. Por el contrario, se ha relacionado el aislamiento social como un factor de riesgo de un incremento en la mortalidad y morbilidad.

Respecto a la Dependencia, como ya hemos visto en el apartado 2: Marco Teórico, la LAAD establece tres grados de dependencia. A continuación detallamos de forma anual los grados de dependencia que presentaban los/as usuarios/as de forma mensual durante el periodo comprendido entre el 2009-2012.

Gráfica 8

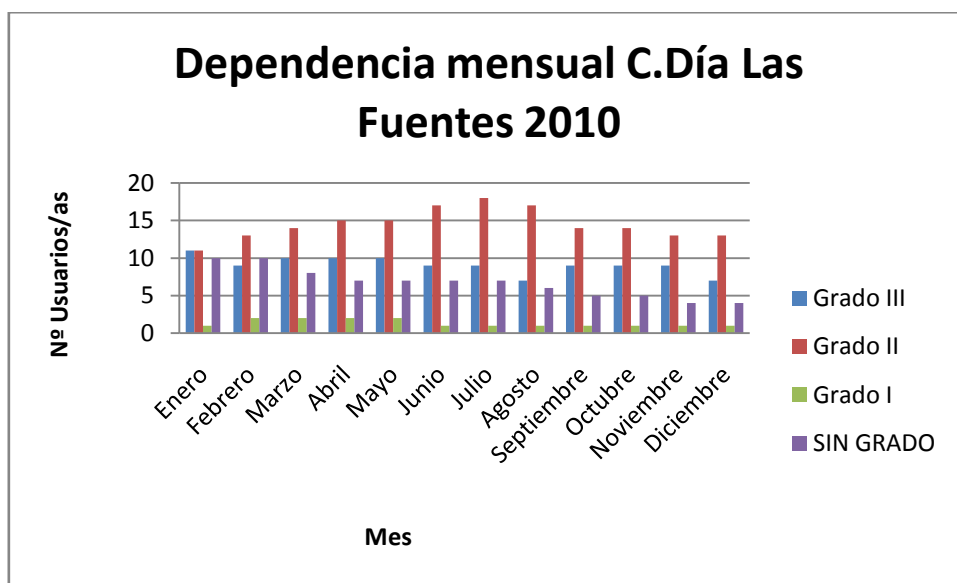


Gráfica 9

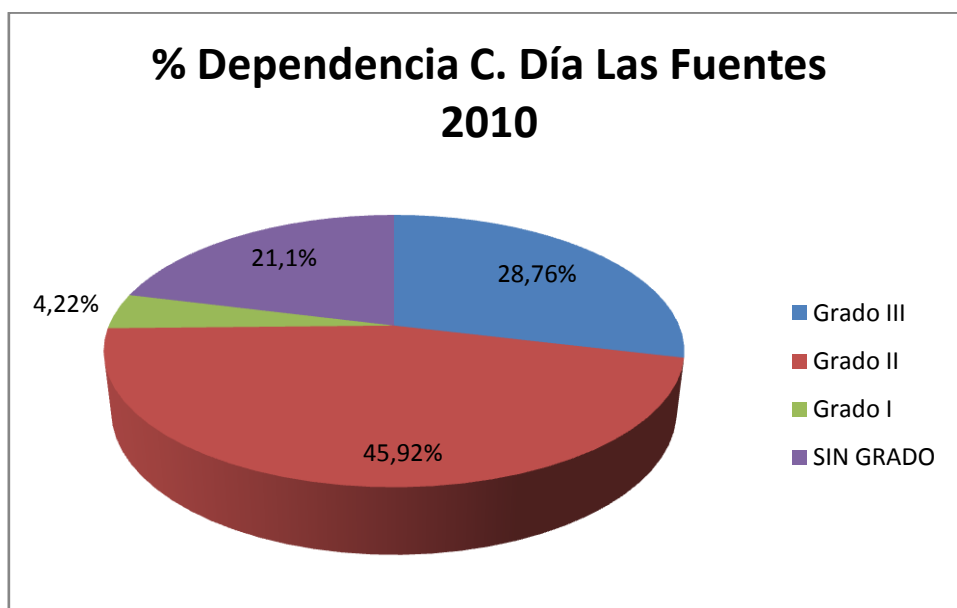


Las gráficas 8 y 9 nos muestran una clara minoría de usuarios/as de Grado I en el Centro de Día representando un 3.08% del total. El resto de Grados muestran un número de usuarios/as similar.

Gráfica 10

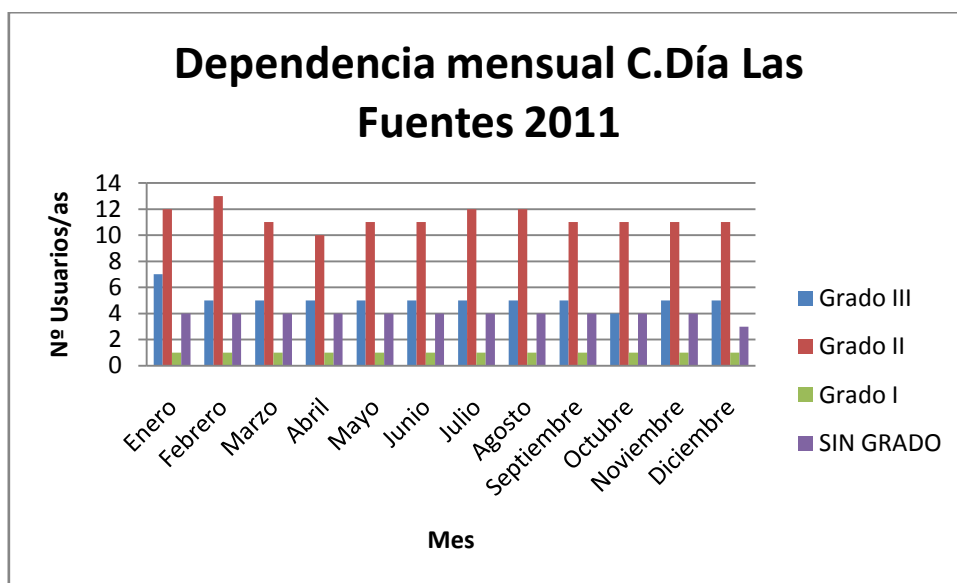


Gráfica 11

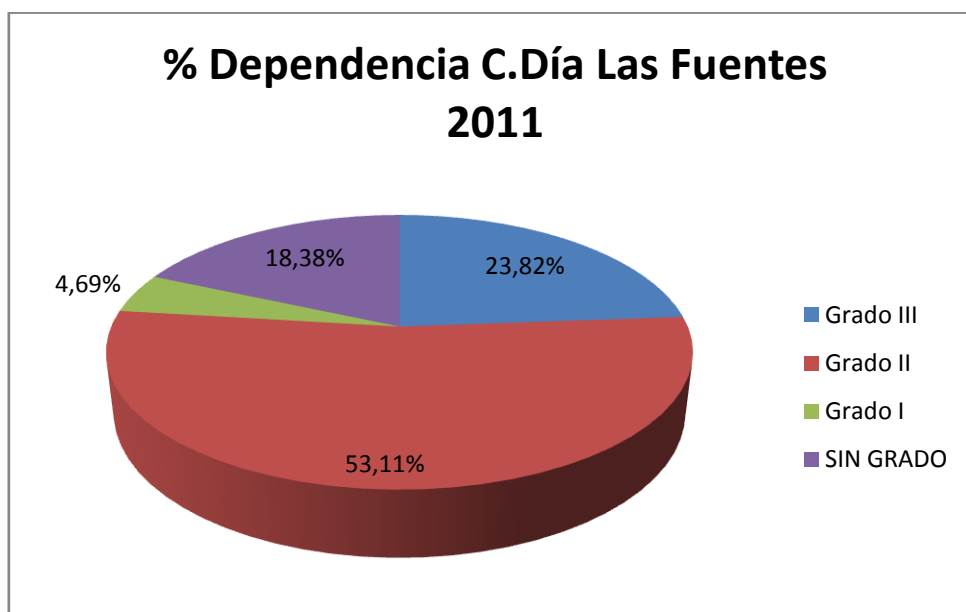


En el año 2010 al igual que en año anterior, se observa una gran minoría de usuarios/as de Grado I. Además podemos apreciar un porcentaje muy significativo de usuarios/as con Grado II, representando el 45,92% del total, casi la mitad de los usuarios/as del Centro en dicho año.

Gráfica 12

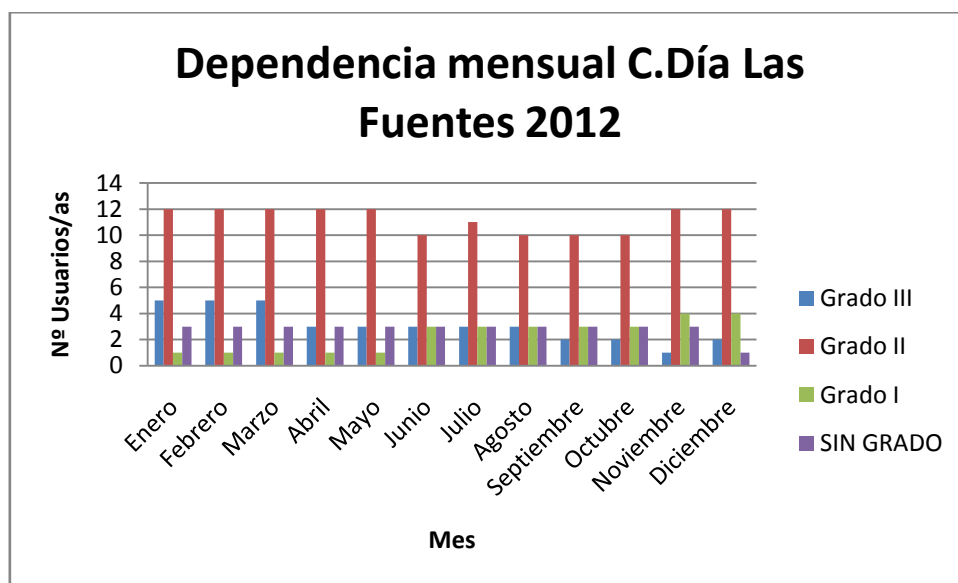


Gráfica 13

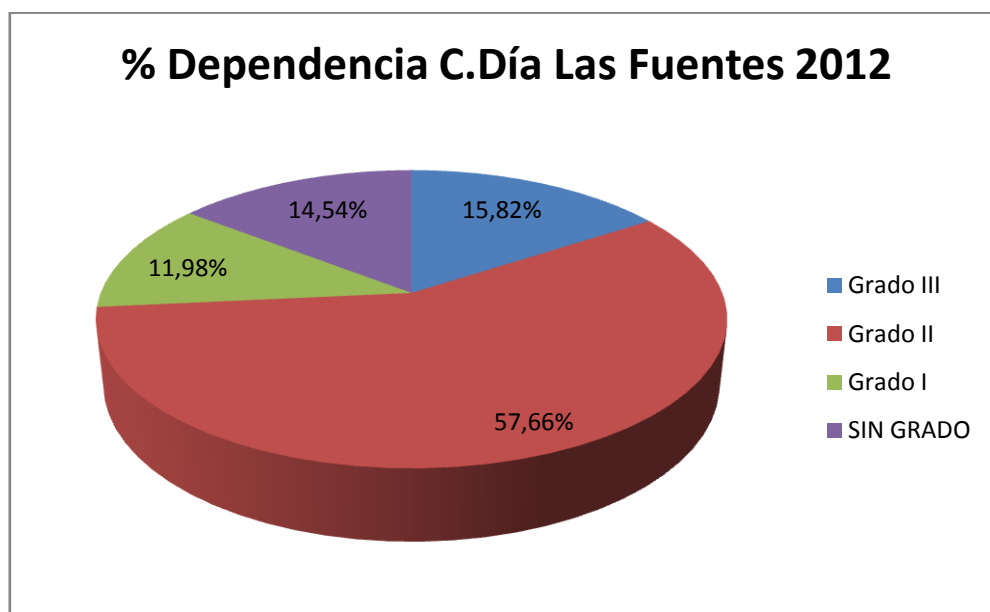


El año 2011 tiene prácticamente los mismos valores que en el año 2010. En este caso, existe una mayoría de usuarios/as con Grado II (53,11%), y del mismo modo que en los años anteriores, los dependientes con Grado I son los menos representativos.

Gráfica 14



Gráfica 15

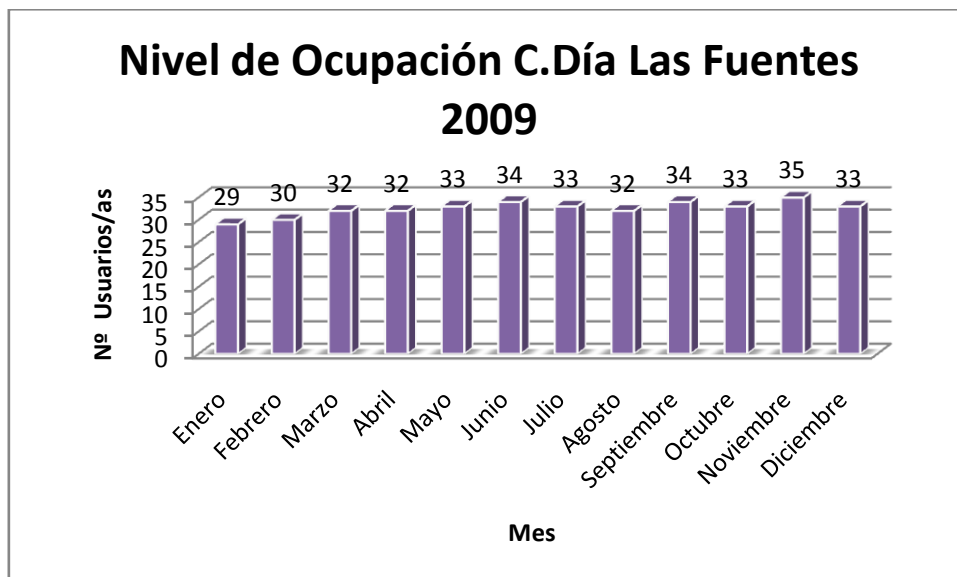


En el año 2012 se pueden apreciar cambios respecto a años anteriores. Observamos un aumento de los usuarios/as con Grado I (11,98%) acercándose a los a los usuarios/as con Grado III y sin grado, que han descendido.

Por otro lado, existe un aumento de usuarios/as de Grado II (57, 66%).

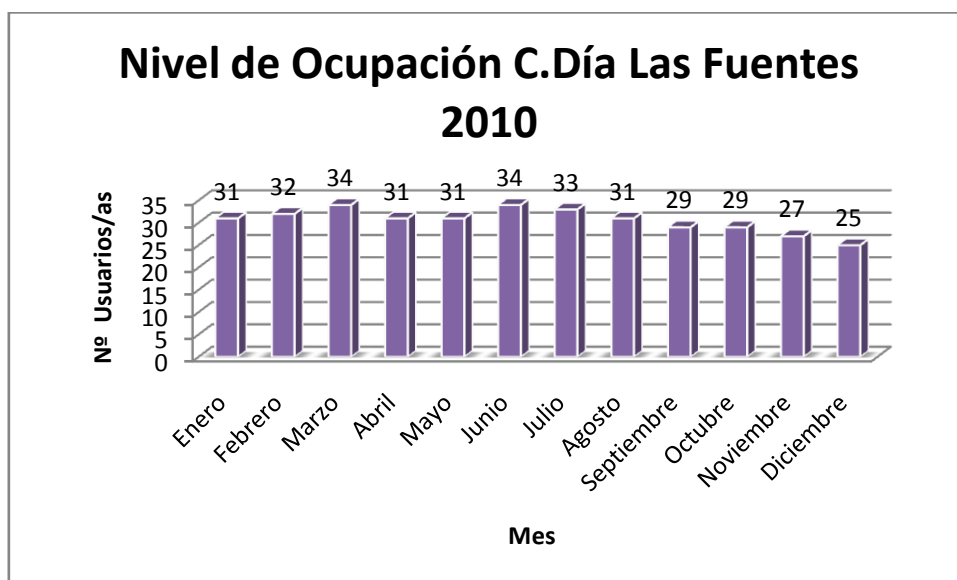
Por último, para finalizar con los resultados obtenidos del Centro de Día Las Fuentes, a continuación se muestra el nivel de ocupación de plazas del Centro durante los años 2009 a 2012.

Gráfica 16



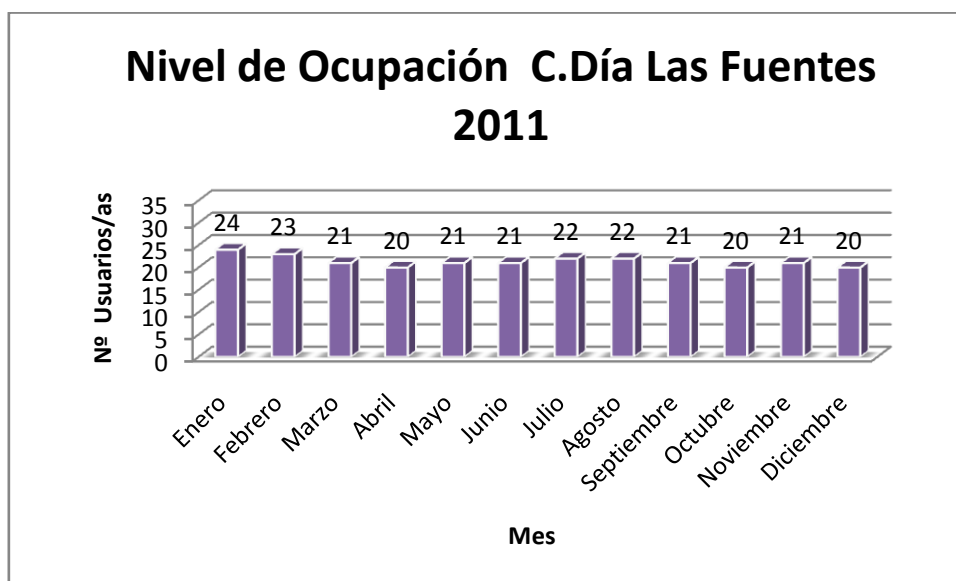
La media de ocupación del Centro de Día las Fuentes en el año 2009 fue de 32,5 usuarios/as.

Gráfica 17



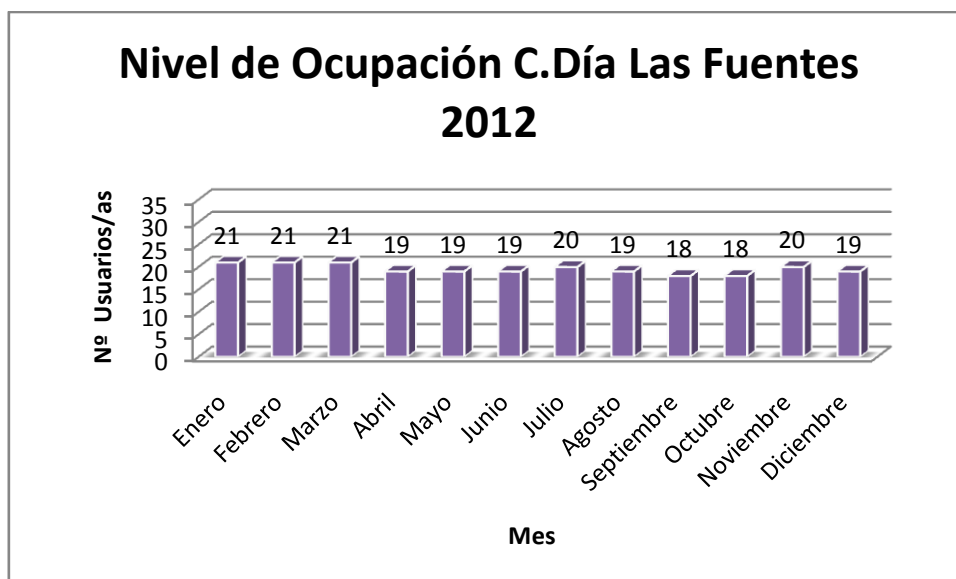
En el año 2010 el nivel medio de ocupación fue de 30,58 usuarios/as.

Gráfica 18



En el año 2011 observamos un ligero descenso en el nivel de ocupación. Frente a los 32,5 o 30,58 usuarios/as de años anteriores, la gráfica 18 nos muestra una media de usuarios/as de 21,33. De nueve a once usuarios/as menos.

Gráfica 19



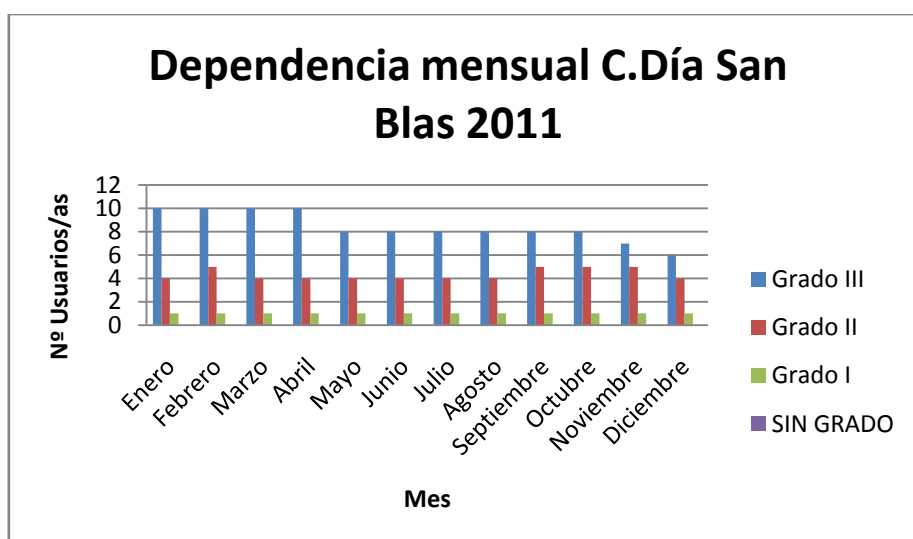
En el año 2012 el nivel de ocupación sigue en descenso siendo 19,5 la media de usuarios/as del Centro de Día.

Comparativa con otros Centros.

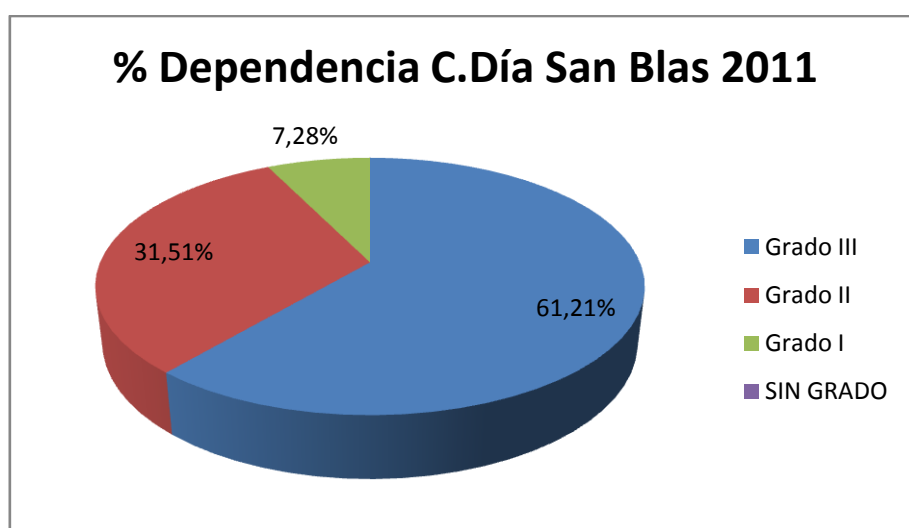
A continuación se expondrán los datos recogidos de los Centros de Día colaboradores con la finalidad de realizar una comparativa con el Centro de Día las Fuentes.

En función del grado de dependencia:

Gráfica 20

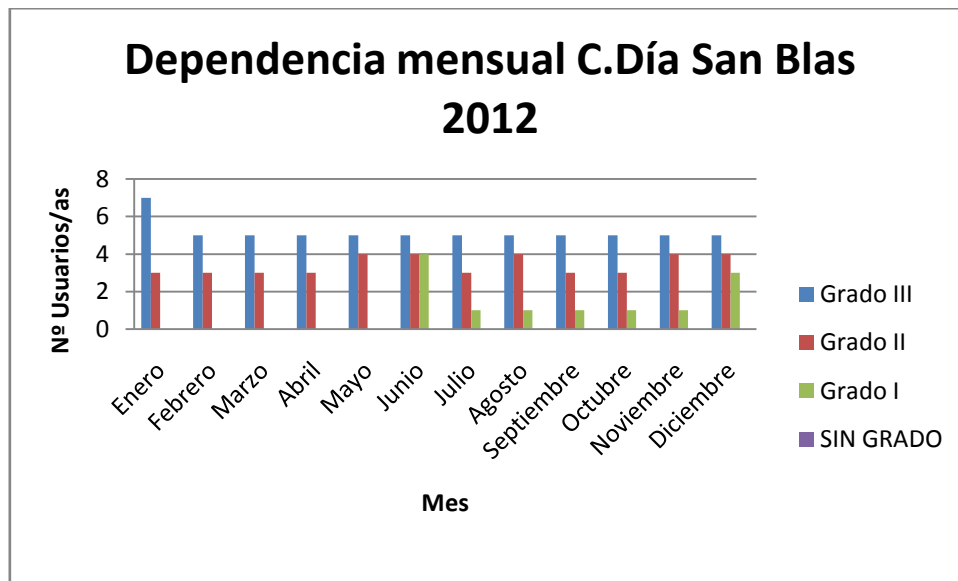


Gráfica 21

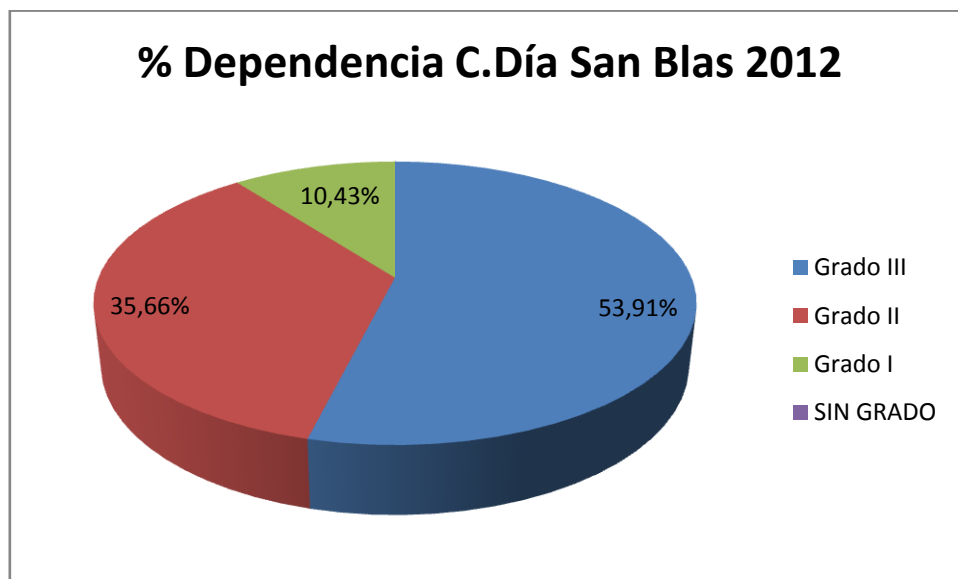


En el año 2011 en el Centro de Día San Blas, existe un gran predominio del Grado III de dependencia representando un 61,21% del total. Destacar que no existen usuarios/as sin valorar.

Gráfica 22

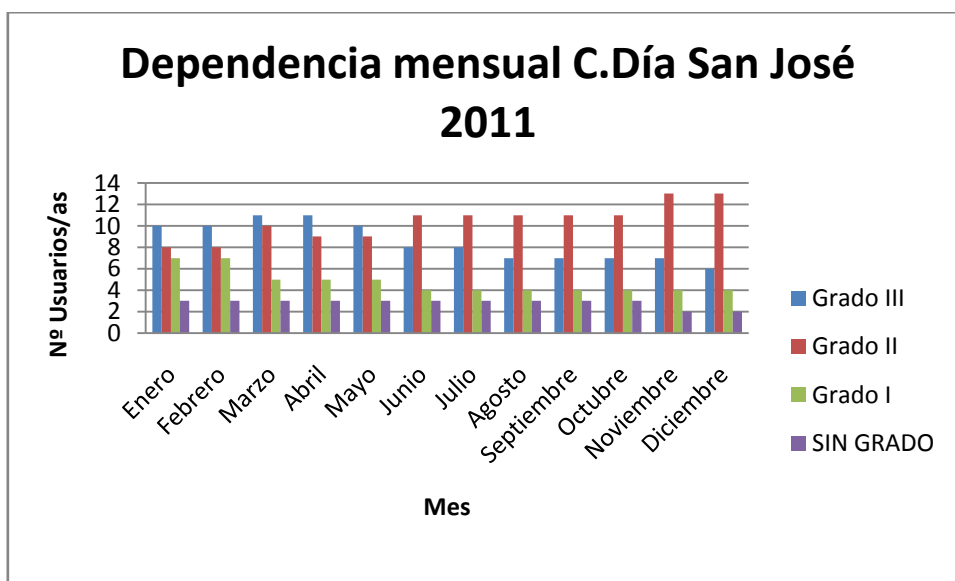


Gráfica 23

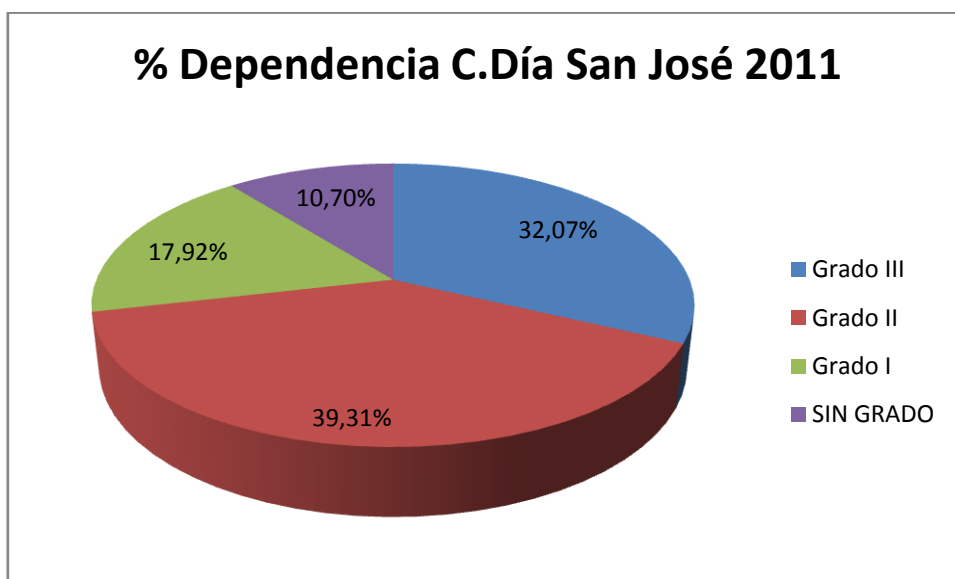


En el año 2012, en el mismo Centro, podemos observar una similitud en cuanto a los grados de dependencia, respecto al año anterior, siendo también predominante el Grado III con un 53,91%.

Gráfica 24



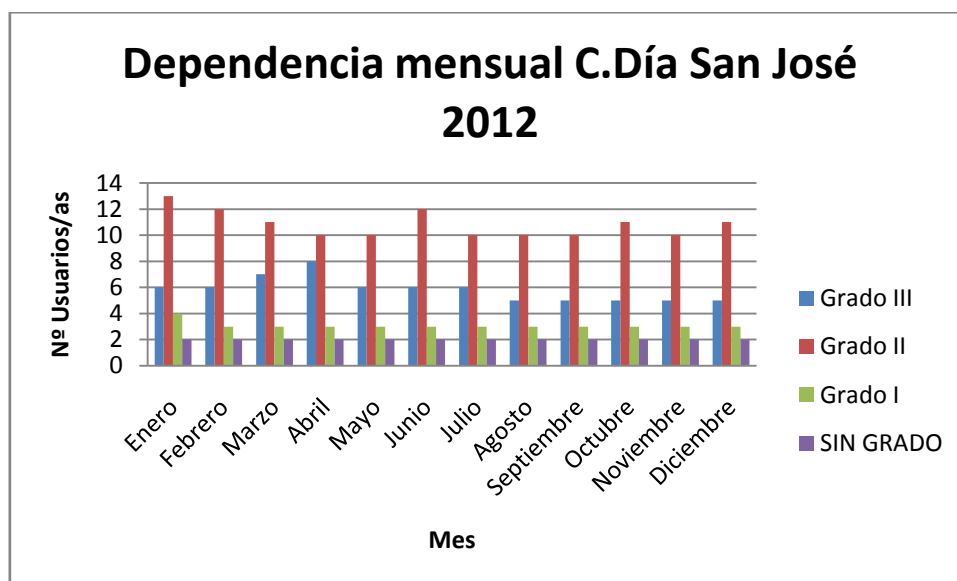
Gráfica 25



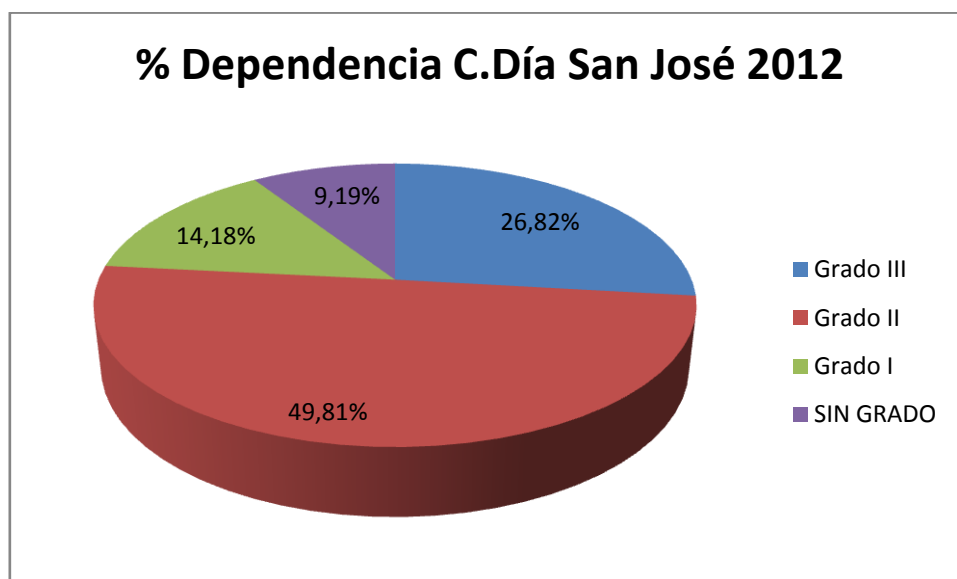
En el Centro de Día San José, apreciamos en las gráficas 24 y 25 una distribución dispar al Centro de Día San Blas.

En este Centro existen usuarios/as sin ser valorados y el Grado más significativo es el Grado II con un 39,31 %, seguido del Grado III con un 32,07%

Gráfica 26

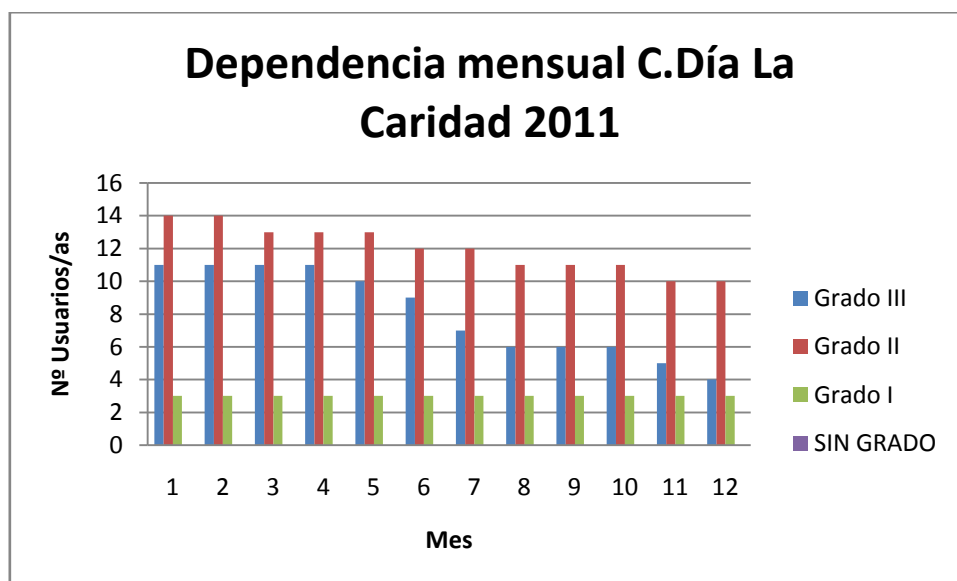


Gráfica 27

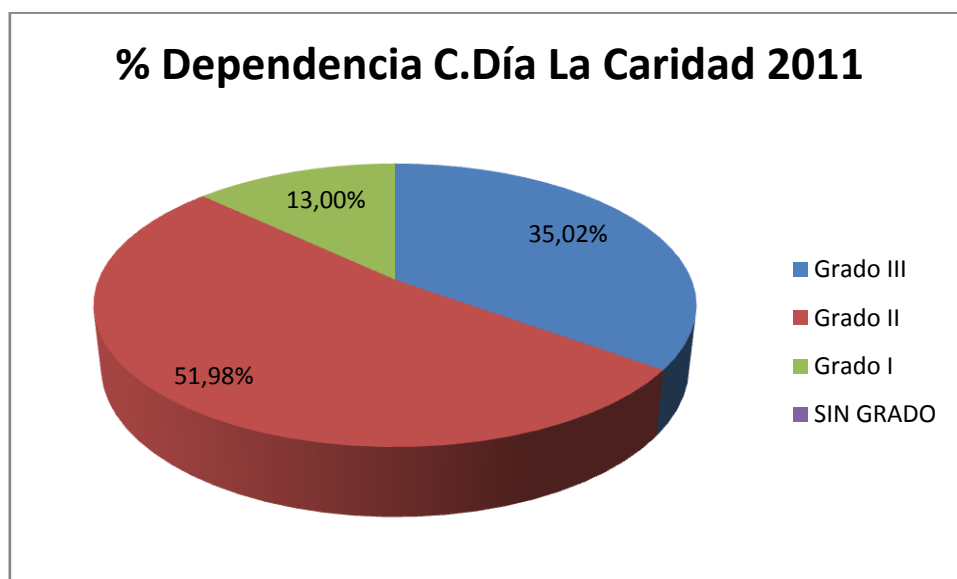


En el Centro de Día San José, año 2012, se observa un crecimiento de los usuarios/as con un Grado II (49,81%) y un ligero descenso en el resto de Grados.

Gráfica 28

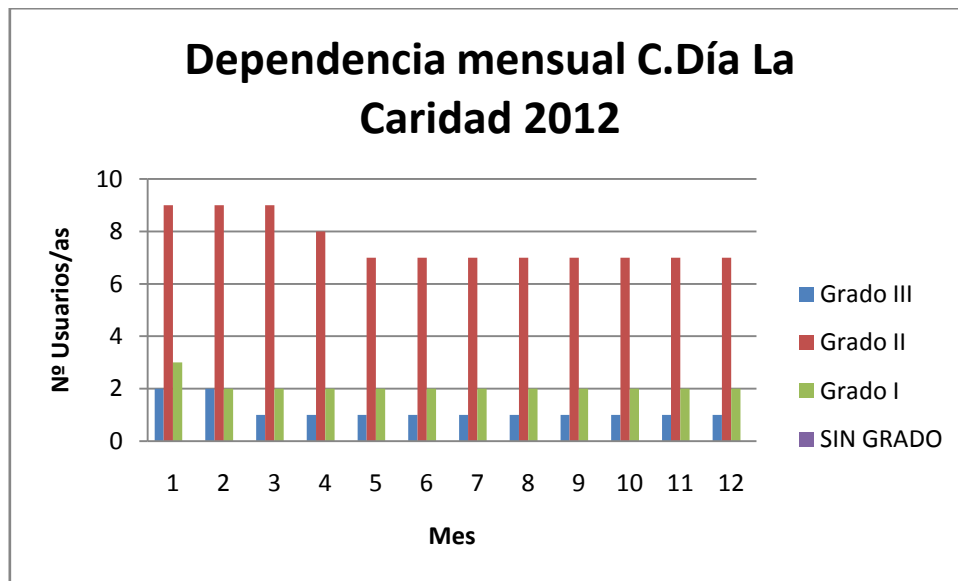


Gráfica 29

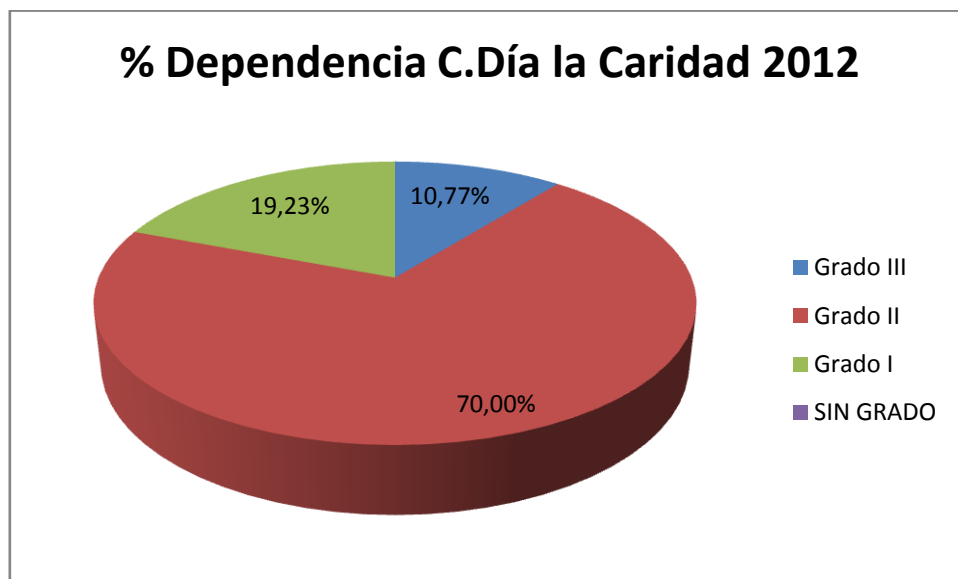


En el año 2011, el Centro de Día la Caridad, muestra una mayoría de usuarios/as valorados con un Grado II de dependencia, representando un 51,98% del total.

Gráfica 30



Gráfica 31

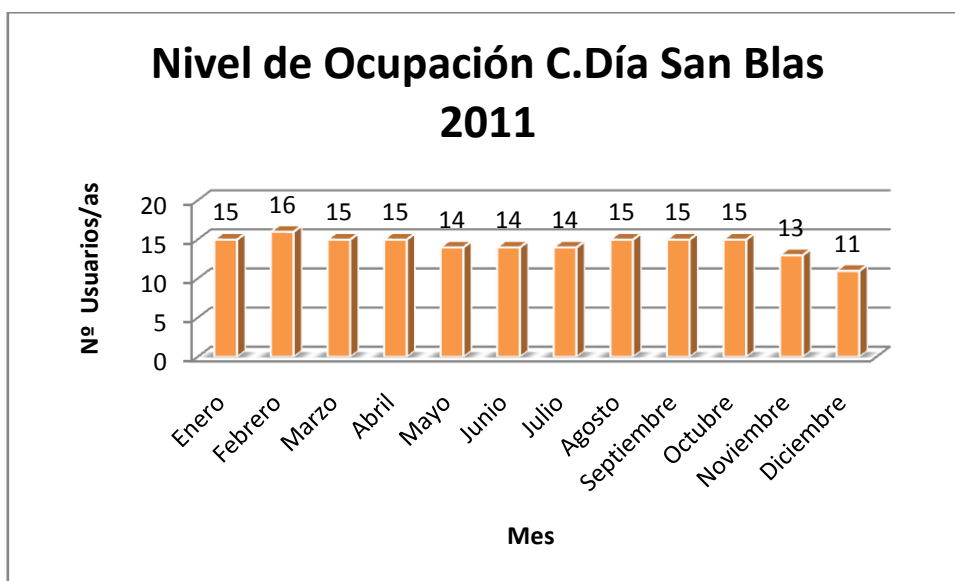


Las gráficas 30 y 31 nos muestran el grado de dependencia del Centro de Día la Caridad en el año 2012.

Es impactante el porcentaje representativo de los usuarios/as valorados con un Grado II, siendo un 70% del total.

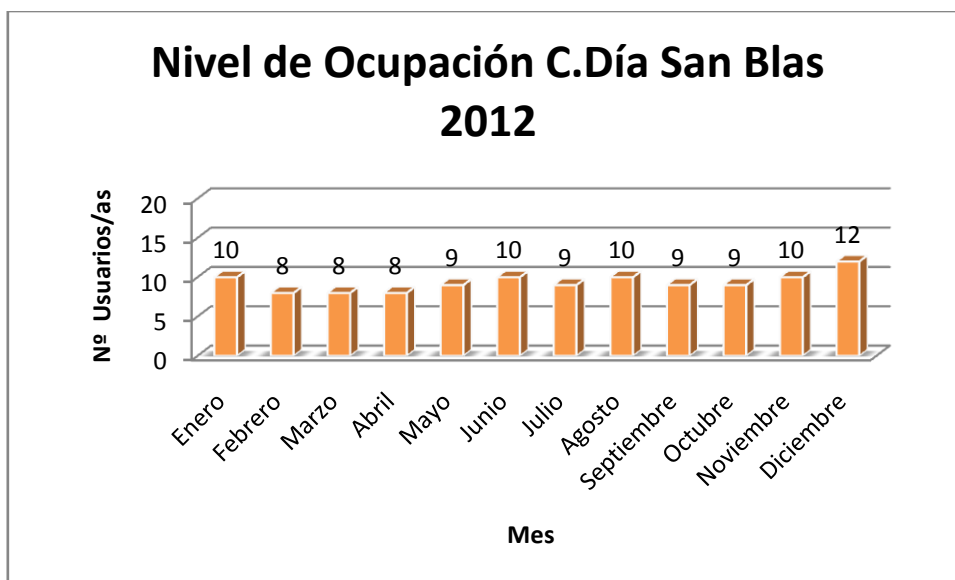
Para finalizar y atendiendo al nivel de ocupación de los tres Centros de Día:

Gráfica 32



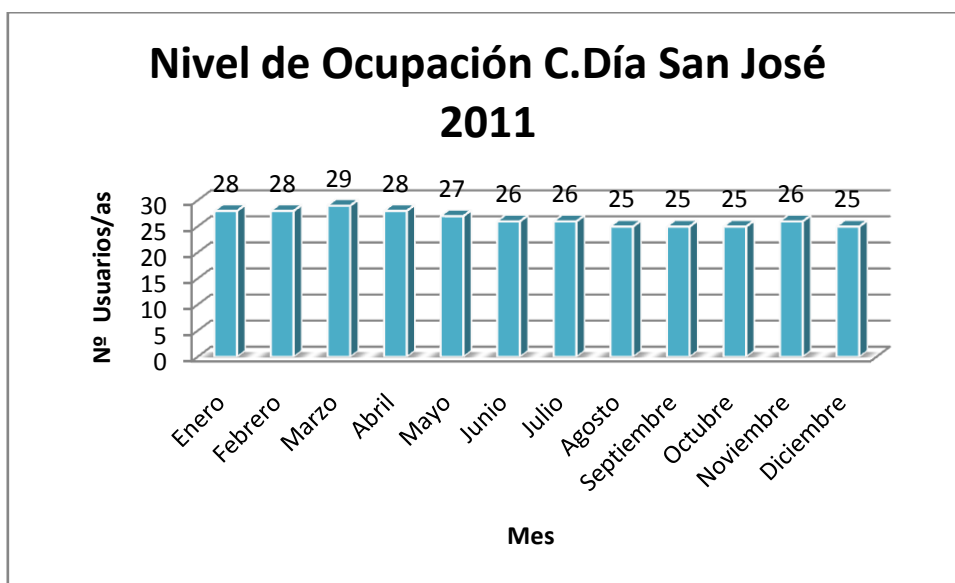
En cuanto al nivel de ocupación del Centro de Día San Blas, en el año 2011, de las 20 plazas disponibles, la media de usuarios/as es de 14,33.

Gráfica 33



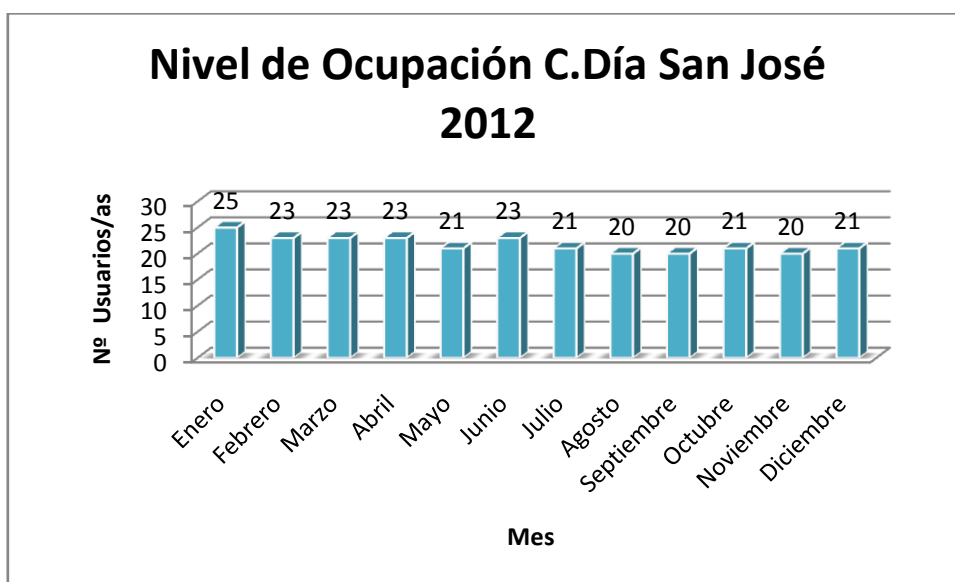
En el mismo Centro un año más tarde, el nivel medio de ocupación es levemente menor, siendo la media de un 9,33 de usuarios/as. Cinco usuarios/as menos que en el año anterior.

Gráfica 34



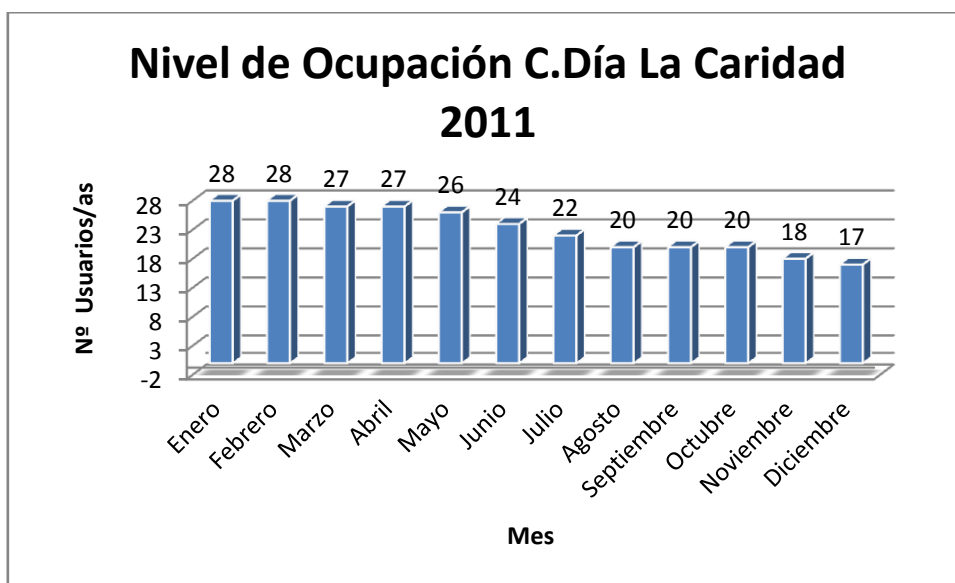
En el Centro de Día San José el nivel medio de ocupación del año 2011, es de un 26,5 de usuarios/as. Una cifra que roza la totalidad de las plazas de dicho Centro.

Gráfica 35



En el mismo Centro un año más tarde, el nivel de ocupación es de 21,75 usuarios/as. Casi cinco usuarios/as menos que en el año anterior.

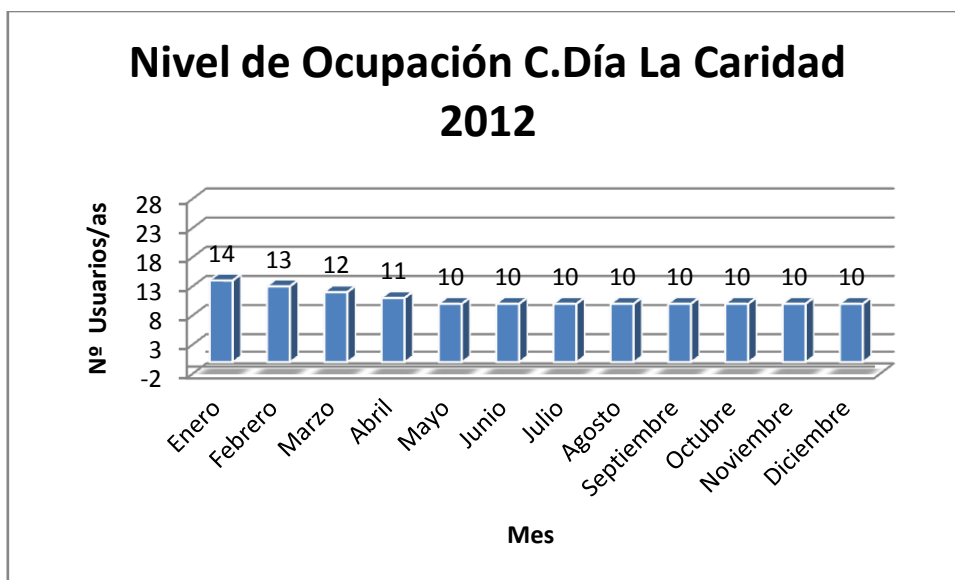
Gráfica 36



En el año 2011, el Centro de Día la Caridad muestra un descenso en el nivel de ocupacion en los últimos meses del año.

La media de ocupacion del Centro en dicho año es de 23,01 usuarios/as.

Gráfica 37



En el año 2012, en el mismo Centro, se observa un nivel de ocupacion igualitario durante los meses de mayo a diciembre, siendo la media de ocupacion anual 10, 83 usuarios/as en el Centro.

Información obtenida a través de las entrevistas y encuestas telefónicas realizadas a Profesionales y personas cuidadoras.

En primer lugar reflejamos una transcripción de cada una de las entrevistas realizadas a Trabajadores Sociales de los tres Centros de Día colaboradores en el Proyecto, y a continuación se muestran los resultados obtenidos a través de las encuestas telefónicas realizadas a personas cuidadoras de personas dependientes del Barrio Las Fuentes de Zaragoza.

Transcripción de entrevistas realizadas a profesionales de Trabajo Social:

Entrevista N°1.

La Trabajadora Social explica a priori el tipo de Centro de Día donde trabaja, titularidad, así como número de plazas del mismo y servicios que ofrece.

Piensa que siguen entrando personas con dependencia, pero más deterioradas que hace unos años. Argumenta que antes de la reforma de la Ley de Dependencia tenían algún usuario con grado I nivel II y desde hace ya algún tiempo se ha desestimado rotundamente el que puedan acceder dependientes de grado I, quienes serían los más idóneos para los servicios de estancias diurnas. Explica además que “durante la puesta en marcha de la reforma ha habido un parón en altas a pesar de tener constancia que había solicitudes esperando a la incorporación en el Centro”.

Opina que los bajos niveles de ocupación en los Centros de Día Públicos se deben a la escasez de recursos económicos de la administración para poder saldar la deuda reconocida con los dependientes (ayuda económica para el cuidado del entorno familiar). “Si no cancelaban la deuda no podían asignarle el recurso idóneo, por legislación, en resumen, por exceso de burocracia”.

Como Profesional había conocido diversos casos en los que se había concedido Centro de Día como recurso idóneo no disponible aun existiendo plazas sin cubrir.

Respecto al recurso más solicitado en la LAAD, considera y valora que ha sido la prestación económica por cuidados en el entorno familiar “por ser el menos gravoso para la administración”.

Por último, refleja que no toda la población de Zaragoza conoce los Centros de Día Públicos como recurso de la Ley de la Dependencia, quizás sea debido a la poca información que se pueda a dar a nivel de medios de comunicación.

Entrevista N°2.

Esta segunda entrevista esta realizada a un Profesional Trabajador Social de Centro de Día Público perteneciente al IASS, con una capacidad de 30 plazas y con un horario de lunes a viernes de 9:00 horas a 18:00 horas.

El Profesional manifiesta que a su parecer el principal cambio en el perfil de los/as usuarios/as antes y después de la Ley de Dependencia es que actualmente los/as usuarios/as entran con un mayor grado de dependencia. Sin embargo, “antes de la Ley de Dependencia, los/as usuarios/as llegaban con mayor autonomía y podían aprovechar mas las actividades de fisioterapia, terapia ocupacional y animación”.

Da importancia a los dos objetivos que conforman el servicio de Centro de Día; por un lado, apoyar al usuario a seguir en su entorno, mejorando o manteniendo su autonomía, y por otro, ofrecer un apoyo y respiro al familiar. Pero manifiesta que dada la imposibilidad de acceder de los dependientes de Grado I, y puesto que actualmente acuden personas cada vez más dependientes el “sentido de los Centros de Día ha cambiado, convirtiéndolos en un suplente de las Residencias”.

Considera que el bajo nivel de ocupación de los Centros se debe en primer lugar, a que los dependientes valorados con Grado I, que serian los más idóneos para beneficiarse de este servicio, carecen de posibilidad de acceso hasta el año 2015, además aporta lo largo que es el proceso administrativo y de valoración, y por último considera que otro factor importante es que a la hora de realizar la valoración de dependencia únicamente se mida la dependencia del/de la usuario/a y no los aspectos sociofamiliares y económicos.

Afirma que ha conocido casos en los que se había concedido Centro de Día como recurso idóneo no disponible aun existiendo plazas sin cubrir, y considera que este hecho se debe a un proceso administrativo muy “fragmentado”.

En cuanto al recurso más solicitado en la LAAD, considera que ha sido la prestación económica por cuidados en el entorno familiar, “es más cómodo, menos necesidad de infraestructura”.

Opina que la sociedad conoce el servicio de Centro de Día, pero no lo que se hace dentro de él.

Por último, el/la Trabajador/a Social aporta que “en la actualidad se está movilizándolo el proceso de adjudicación de plazas, viéndose un aumento de altas, aunque persiste la imposibilidad de acceso a los dependientes de Grado I”.

Entrevista N°3.

Esta entrevista semiestructurada, a diferencia de las otras dos, está realizada a una Trabajadora Social de un Centro de Día Privado que cuenta con 28 plazas concertadas con el I.A.S.S. Este Centro dispone de servicios adicionales a los Centros de Día Públicos, como por ejemplo Programa de Reflexología, o Programa de Relajación.

Pese a ser un Centro de distinta titularidad, cabe señalar que la última reforma de la Ley de Dependencia también ha influido notablemente en la evolución del mismo. “En nuestro Centro ha influido a peor, mi experiencia ha sido que personas que se les ha valorado a través de dependencia, nos solicitaban el certificado de ingreso del Centro de Día, dado que en el P.I.A les proponían como recurso ideal Centro de Día y por tanto les concedían la ayuda vinculada al servicio. Se han estado pagando cuantías económicas importantes a personas, estando las plazas públicas de Centros de Día vacías. Desde el 2007 hasta la actualidad continúan con la misma política, nos siguen pidiendo certificados de asistencia a nuestro Centro”, afirma la Profesional.

Al preguntar a cerca de los bajos niveles de ocupación ésta nos explica que se debe a la posibilidad de elección de las familias, quienes han preferido las prestaciones económicas debido a la situación de crisis económica existente. Resalta que en el inicio de la Ley de Dependencia se decía que se priorizaría en servicios y sólo cuando no hubiese recursos, se concederían las ayudas económicas, y la realidad no ha sido así. “Yo he tenido más de cuarenta personas en los distintos Centros de Día que gestionamos cobrando ayudas vinculadas al servicio, mientras los Centros de Día públicos tenían plazas vacantes”, declara la entrevistada. Sin ninguna duda, mantiene que los recursos más solicitados en la Ley de Dependencia han sido las ayudas económicas (ayuda vinculada al servicio y por cuidados en el entorno).

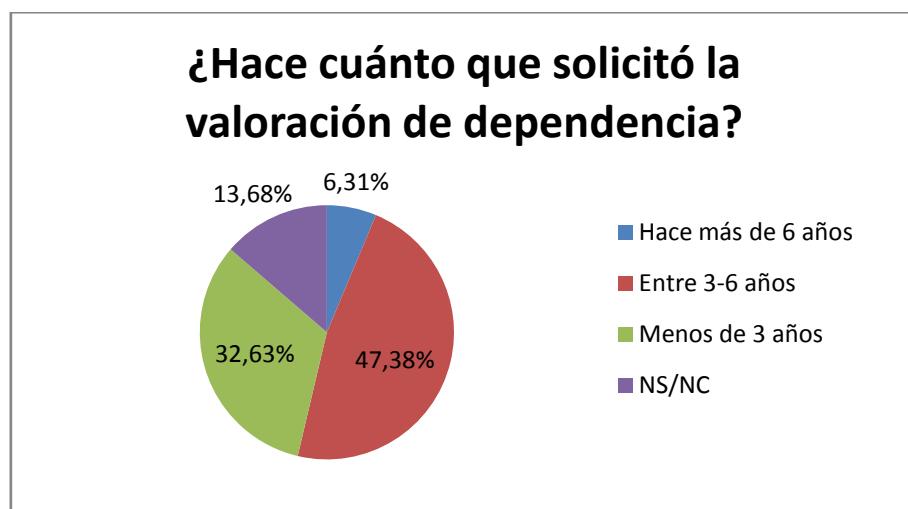
La Trabajadora Social comenta que sin control no se puede hacer un trabajo serio y una gestión responsable de los recursos.

Al preguntar sobre si los ciudadanos conocen o no el servicio de estancia diurna, nos garantiza que en la actualidad existe mucha más información sobre los Centros de Día. “Es más conocida también la necesidad de cuidarse por parte de los familiares, nuestro Centro es bastante conocido por parte de las Trabajadoras Sociales del barrio, ya que asistimos a comisiones y otras reuniones, y suelen informar a familiares haciendo ya un trabajo previo muy importante para nosotros”.

Al preguntarle al final de la entrevista si desea aportar algo más sostiene que se debe cambiar o mejorar el seguimiento y la coordinación desde la administración, y llegar a un acuerdo con los Centros de Día Privados para volver a concertar plazas con el I.A.S.S.

Encuestas telefónicas realizadas a personas cuidadoras de dependientes:

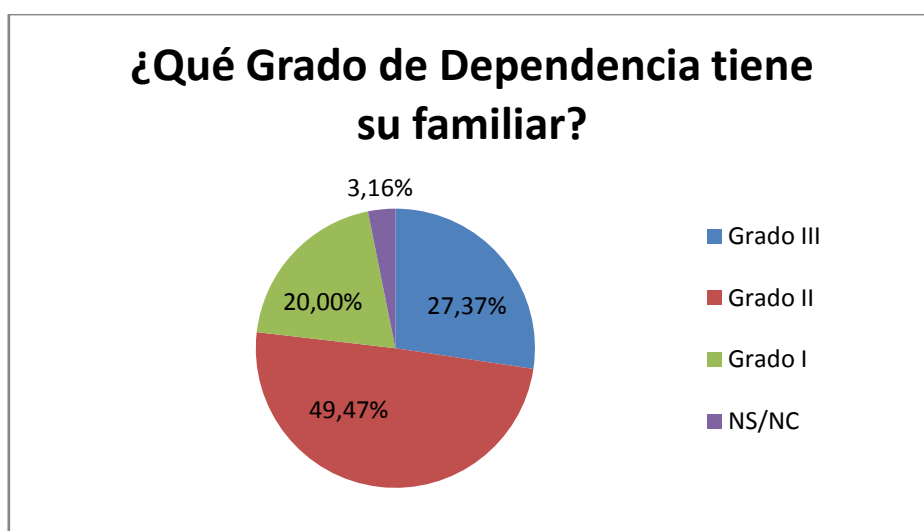
Gráfica 38



La gráfica 38 nos dice que un 47,38% de las personas solicitó la valoración de dependencia entre 3 y 6 años.

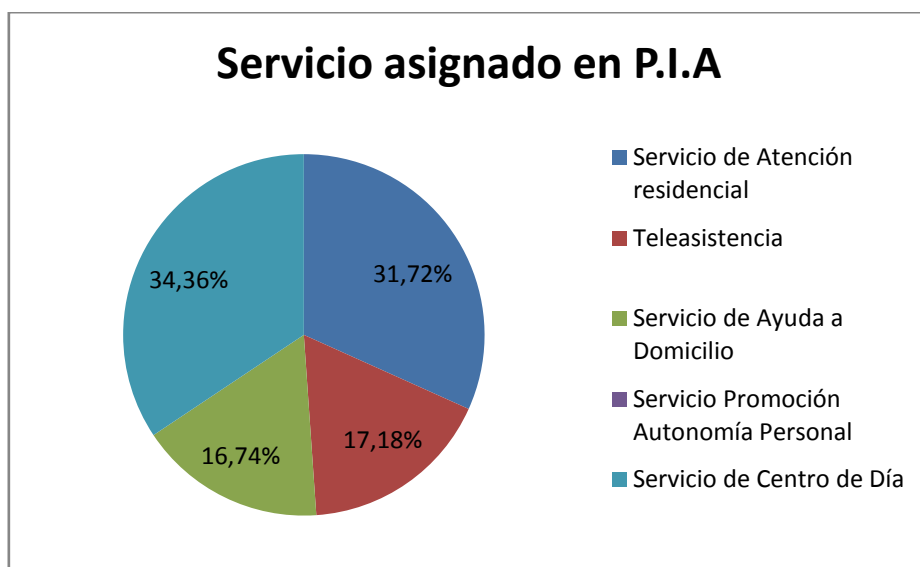
Una cifra muy dispar, un 6,31%, de las personas solicitaron la valoración hace más de 6 años.

Gráfica 39



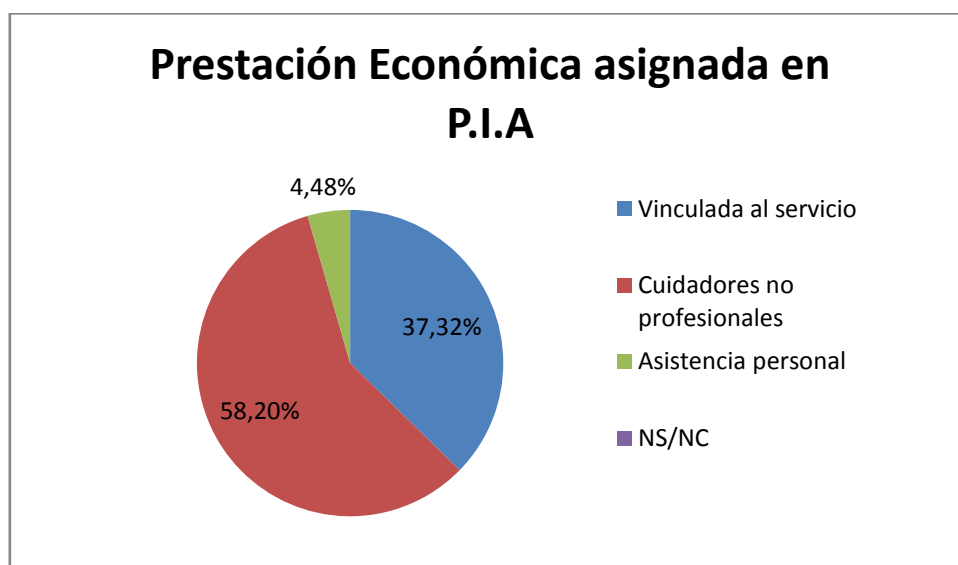
En cuanto al Grado de Dependencia un 49,47% de los encuestados manifiesta que sus familiares tienen un Grado II de dependencia, seguido de los dependientes con Grado III que representan un 27,37% del total.

Gráfica 40



El servicio de Centro de Día, con un 34,36%, fue el más asignado como idóneo en P.I.A para los familiares dependientes de los encuestados, seguido del servicio de Atención residencial (31,72%).

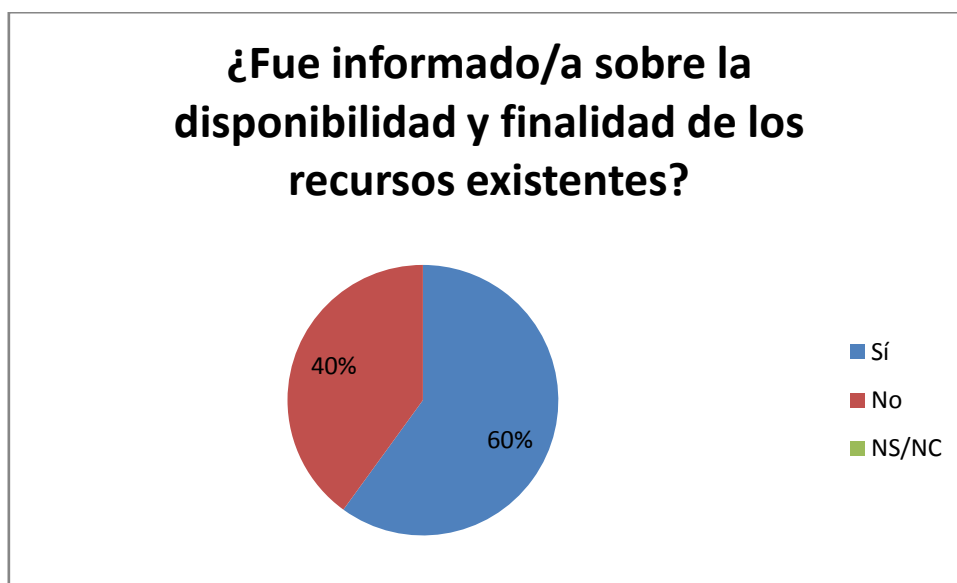
Gráfica 41



En cuanto a la prestación económica más asignada en P.I.A. destaca con un 58,20% del total la prestación para cuidadores no profesionales.

Importante remarcar el poco peso de la prestación para la asistencia personal (4,48%).

Gráfica 42



La gráfica 42 nos aporta que el 60% de los encuestados fueron informados sobre la disponibilidad y finalidad de los recursos existentes.

Gráfica 43



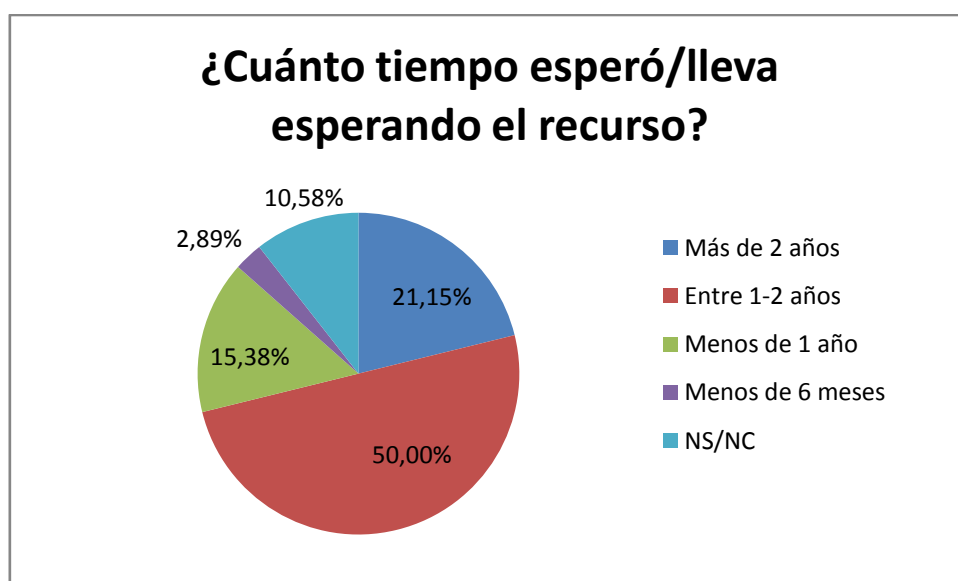
La gráfica 43 muestra como un 55,79% de los encuestados no han recibido el recurso asignado como idóneo en el P.I.A, frente al 44,21% que sí que hace uso del mismo.

Gráfica 44



Un 54,72% de los encuestados manifiesta que no ha recibido el recurso asignado debido a la falta de recursos económicos.

Gráfica 45



La gráfica 45 muestra el tiempo que la persona encuestada lleva esperando el recurso asignado como idóneo en P.I.A.

La mitad de los encuestados lleva esperando entre 1 y 2 años, seguido de un 21,15% que lleva más de dos años a la espera del recurso.

6. CONCLUSIONES.

Usuarios/as del Centro de Día las Fuentes. Variables sociodemográficas.

Nos encontramos con una muestra de 76 usuarios/as del servicio de Centro de Día, de los cuales 49 son mujeres y 27 son hombres. Una mayoría de mujeres con un resultado del 65,65% del total frente a un 34,35% de hombres. Esto es debido a que las mujeres viven más años.

Respecto a la edad, está comprendida entre 60 y 89 años, con una media de edad de 79,5 años.

Su estado civil se reparte en un 55,75% de casados, seguido de un 44,25% de viudos.

Habiendo comparado la edad y el sexo de los/as usuarios/as, con el resto de los parámetros a estudio de los mismos, apreciamos que no existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el resto de variables. Hombres y mujeres muestran igual comportamiento en relación al resto de variables analizadas.

En cuanto a la edad, si que existe asociación respecto al índice de Barthel. Es lógico que conforme disminuye la edad, aumenta el índice de Barthel, es decir, los más jóvenes son menos dependientes para las ABVD.

También existe asociación entre la edad y el deterioro cognitivo. Conforme aumenta la edad, aumenta el deterioro cognitivo, dado que los más mayores, presentan más patologías.

Valoración Geriátrica Integral.

La planificación de los servicios de atención sociosanitaria es totalmente necesaria para adecuar las necesidades específicas de cada grupo de la población a los recursos existentes disponibles.

La utilización correcta de estos recursos debe permitir a los ancianos llevar una vida en el seno de sus familias y comunidad durante el mayor tiempo posible. De ahí la importancia de identificar al mayor que por su situación de dependencia, cognitiva, social, etc., está en riesgo de perder su autonomía.

Esta identificación es posible gracias a la Valoración Geriátrica Integral, que permite obtener resultados objetivos comparables a través de escalas y exámenes de salud.

En nuestro estudio se decidió utilizar el índice Barthel, porque evalúa más ABVD y añade más información que el índice de KATZ, el M.E.C de Lobo, que evalúa el estado cognoscitivo del paciente para poder detectar demencias, la escala de la marcha y equilibrio (Tinetti) y el cuestionario de valoración social, la Escala OARS, ampliamente utilizado en los diferentes estudios de la literatura.

Respecto a los recursos sociales, hemos podido determinar que la media obtenida es de buenos recursos sociales (media de 2,12 puntos en escala OARS en 2009-2012).

Si contrastamos nuestros datos obtenidos con el estudio realizado por Lorente Mirallas, M.C (2005), podemos afirmar que la tipología de usuarios/as del Centro de Día Las Fuentes es más dependiente que hace diez años ya que el descenso de puntos obtenido en Escala Barthel y Mini Examen Cognoscitivo es claro. Pese a que los datos obtenidos en escala Tinetti reflejan que la media anual ha descendido, esto no significa que los usuarios/as sean más independientes. En este sentido debemos saber que últimamente ingresan en el Centro usuarios/as que aunque cognitivamente están muy deteriorados, sí conservan la autonomía de la marcha. Así mismo, desde el Centro se realizan préstamos de ayudas técnicas y se realizan talleres que hacen hincapié en la mejora o mantenimiento de la marcha y del equilibrio.

Grados de Dependencia.

Comparando los grados de dependencia del Centro de Día Las Fuentes con los otros tres Centros, también podemos apreciar que los/as usuarios/as están en mayor medida valorados con Grado II en Centro de Día Las Fuentes, San José y La Caridad, seguido (con un 25,63%) de usuarios/as Grado III. En el Centro de Día San Blas, sin embargo, se percibe la predominación de usuarios/as valorados con un Grado III.

Si además, nos remitimos a las tres entrevistas personales realizadas a tres Trabajadoras Sociales, todas ellas advierten de los cambios sufridos en el perfil de usuarios/as antes y después de la Ley de Dependencia. Coinciden en que antes entraban personas “semi-dependientes” o con dependencia leve y que actualmente ingresan personas con mayor dependencia, mucho más deterioradas, que apenas pueden disfrutar de actividades y servicios de animación y terapia.

Así pues el perfil de usuarios/as de los Centros de Día son personas con dependencia severa y gran dependencia. Recordemos que con la reforma de la Ley de Dependencia se acordó modificar la estructura de grados y niveles para la determinación del grado de dependencia, que se contiene en el artículo 26 de la Ley. La nueva estructura pasó a tener una única división en tres grados, desapareciendo la división de dichos grados en niveles. Esta modificación (que pretendía agilizar la entrada de los grandes dependientes) ha hecho que las personas dependientes tengan más complicado pasar de un grado a otro y los recursos queden más reducidos.

Nivel de ocupación de Centros.

Tal y como se ha podido contemplar en el apartado de Resultados, los niveles de ocupación de los Centros de Día analizados han sido muy bajos durante el 2011 y 2012.

Hablamos de una media de ocupación de 25,98 durante los años 2009-2012, de 35 plazas que tiene el Centro de Día Las Fuentes. El nivel de ocupación más bajo se reflejaba en el año 2012, donde la media de ocupación fue de un 19,5.

En los Centros de Día de San José, la Caridad y San Blas también fueron descendiendo los niveles de ocupación durante los años 2011-2012. Hablamos de una media de ocupación de 11,83 usuarios/as (de 20 plazas) en Centro de Día San Blas, de una media de ocupación de 24,12 usuarios/as en Centro de Día de San José (de 30 plazas) y una media de ocupación de 16,92 usuarios/as (de 28 plazas) en Centro de Día La Caridad.

Estos datos resultan impactantes, teniendo en cuenta que una de las prestaciones más solicitadas en la Ley de Dependencia ha sido la vinculada al servicio.

En las tres entrevistas realizadas a las Trabajadoras Sociales de Centros de Día, nos decían que todas ellas habían conocido diversos casos en los que se había concedido Centro de Día como recurso idóneo no disponible aun existiendo plazas sin cubrir en sus propios Centros. De hecho, si nos fijamos en los resultados obtenidos en las encuestas telefónicas de Cuidadores/as de Personas Dependientes el Centro de Día sí ha sido asignado en el P.I.A pero a través de una prestación vinculada a los Centros ^Privados.

Una de las razones que explican los bajos niveles de ocupación en los Centros de Día así como la demanda de las "recurradas prestaciones económicas" es la crisis económica que llevamos viviendo desde finales de 2007-principios de 2008 hasta la fecha actual.

Han sido muchas las familias que han decidido ahorrarse las cuotas de Centros Residenciales y Centros de Día porque no hay dinero para mantenerlos en un Centro que les dé de comer, de dormir y los entretenga diariamente.

Las personas mayores han quedado relegadas a un último plano. En estas condiciones económicas y sociales lo importante es que en la unidad familiar entren ingresos económicos sin tener en cuenta que los ancianos dependientes

requieren cuidados especializados que no pueden ofrecérselos sus familiares, que son cuidadores informales que bien o no están preparados para atender a grandes dependientes o no disponen de los recursos o ayudas técnicas necesarias para ello.

Información del servicio de Centro de Día.

Como Profesionales, a veces nos hemos llegado a preguntar si los ciudadanos conocían realmente el servicio de estancia diurna (SED). Cuando les hicimos esta pregunta a las tres compañeras, las tres contestaron lo mismo “Sí”. Se considera que en la actualidad hay mucha más información sobre los Centros de Día, ya sea a través del boca a boca, o a través de los/as Profesionales que trabajamos en Centros de Día, Residencias, Hogares, Centros de Salud, etc.

Cuando preguntamos a las Personas Cuidadoras sobre si fueron informados/as sobre todos los recursos disponibles en la cartera de servicios de la Ley de Dependencia, un 40% respondió que no, matizando que directamente ellos decían lo que querían o el/la Profesional les adjudicaba una prestación económica si la persona dependiente ya se encontraba en un Centro Privado o no se quería institucionalizar al dependiente, dando en este último caso una prestación económica por cuidados en el entorno familiar.

No estamos de acuerdo en que “existen amplias diferencias entre los servicios que ofertan los Centros Públicos y Privados, ya que no sólo estos últimos brindan más servicios tanto a los usuarios como a sus familias”. (Fernández A. y otros: 2012, pp.105).

Los Centros de Día Públicos, además de ofrecer servicios básicos de Terapia Ocupacional y Fisioterapia, también ofrecen servicios de manutención y apoyo en las actividades de la vida diaria, Animación Sociocultural, Atención psicológica, peluquería, podología, Programa CuidArte, coordinación con programa Cuida Relax, etc. Es más, los Centros de Día Privados también tienen horarios y rutas de transporte, al igual que los Centros de Día Públicos. A la hora de establecer diferencias, también deberíamos valorar la calidad de los

servicios prestados (ratio de personal, jornadas laborales, medios técnicos, encuestas de satisfacción, etc.) pero no es cuestión de estudio en este TFG.

De la misma forma, tampoco creemos que sea más rentable acudir a un Centro Privado antes que a un Centro Público, tal y como afirman (Fernández A. y otros: 2012, pp.100-1), pues la ayuda económica vinculada al servicio no llega a cubrir casi ni la mitad del coste total de la plaza.

Si bien es cierto que al aceptar una plaza pública de Centro de Día se pierde la prestación económica vinculada al servicio, cabe señalar que por ejemplo la cuota media establecida en el Centro de día Las Fuentes para el año 2012 fue de 162 euros mensuales más 60 euros de cuota de transporte para quienes lo precisaron. Tomando como ejemplo un Centro de Día Privado del barrio Las Fuentes, en el que la plaza de estancia diurna cuesta una media aproximada de 600-700 euros mensuales (dependiendo del grado de dependencia), podemos observar como la persona dependiente pagaría incluso menos que en el Centro Privado, y además la administración se ahorraría una cantidad económica por dependiente y llenaría las plazas públicas de los centros propios.

Grado	Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica de asistencia personal	Prestación económica por cuidados en el entorno familiar
Grado III	715,07 €	715,07 €	387,64 €
Grado II	426,12 €	426,12 €	268,79 €
Grado I	300,00 €	300,00 €	153,00 €

Fuente: ORDEN de 31 de julio de 2012, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se determinan las cuantías máximas de las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón, para el ejercicio 2012.

Gestión de los recursos.

Tras analizar los datos obtenidos a través de las tres entrevistas realizadas, las Trabajadoras Sociales de otros Centros de Día comparten la idea de la necesidad de mejorar; el seguimiento y la coordinación entre instituciones, así como las gestiones de la Ley de Dependencia. Es decir, consideran que lo

principal para una buena gestión de los recursos es un cambio y corrección de los trámites administrativos; mayor agilidad y habilidad en el proceso.

La mala coordinación y funcionamiento administrativo se refleja en nuestras encuestas, a través de las cuales podemos observar que un 50% de los cuidadores de personas dependientes llevan esperando, o habían esperado la concesión del recurso de uno a dos años, seguido de aquellos que llevan esperando más de dos años (21,15%).

En los casos, en los que a día de hoy siguen esperando la concesión del recurso asignado como idóneo en P.I.A, se debe, en la mayoría de los casos, 54,72%, a que se les debe prestaciones económicas, o porque esperan recursos como Centros Residenciales (39,62%) y actualmente existen falta de infraestructuras y dotaciones para ello.

Llama la atención que cuando la Ley de Dependencia fue publicada, una de sus principales finalidades era priorizar en servicios y en caso de no haber recursos para cubrir las demandas de la población, se concederían ayudas económicas. Pero a la vista de todos está que esto no ha sido así, por el contrario, las Trabajadoras Sociales constatan que en los últimos años se han prestado ayudas económicas en lugar de servicios aun habiendo plazas vacantes.

Por último y en la misma línea, cabe destacar, como dice una de nuestras entrevistadas, que en la actualidad parece que el proceso de adjudicación de plazas para los Centros de Día se está acelerando y agilizando.

Para finalizar con este apartado y una vez transcritas todas las conclusiones que hemos podido extraer de este TFG, pasaremos a corroborar o no las hipótesis planteadas al inicio del Proyecto.

Las hipótesis que nos planteamos al principio del Trabajo fueron las siguientes:

- **El perfil de usuarios/as de los Centros de Día Públicos es más dependiente tras la incorporación de la Ley de Dependencia.**
- **En los Centros de Día Públicos hemos pasado del mantenimiento de las funciones al asistencialismo.**
- **La crisis económica ha influido en los bajos niveles de ocupación de los Centros.**
- **El servicio es poco demandado pero no por inflexible, desconocido y por cuestión de mentalidad.**
- **La libertad de elección del ciudadano/a ha condicionado la valoración profesional en los P.I.A.**

Tras la exposición de las conclusiones a las que hemos llegado con este Trabajo, podemos observar que todas nuestras hipótesis se han corroborado y confirmado. Se ratifican pues las opiniones e ideas iniciales que teníamos al inicio de la investigación sobre el tema estudiado.

Por último, decir que los objetivos planteados y definidos en el TFG sobre cómo llevar a cabo la investigación también han sido cumplidos con éxito, permitiéndonos realizar un trabajo estructurado y lineal.

7. REFLEXIÓN Y PROPUESTAS.

Con esta sección de “Reflexión y Propuestas” pretendemos profundizar en las políticas de dependencia mediante el estudio de la aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAAD), los últimos cambios sufridos a raíz de las políticas de ajuste y última reforma de la Ley y posibles alternativas para garantizar los derechos de dicha ley de carácter universal.

Según los datos oficiales del IMSERSO, a principios de julio de 2012, más de un millón de personas ya tenían reconocido el derecho a las Prestaciones y Servicios del Sistema de la Dependencia, y más de 768.000 los estaban recibiendo efectivamente. Lo que demuestra que el progresivo envejecimiento de la población española, requerirá cada vez de mayores recursos y servicios para atender a personas dependientes.

Lo que comenzó siendo una brisa esperanzadora, una ley de carácter universal, un “gigante” que comenzó su andadura gradual en enero del 2007, dista mucho de lo que es y lo que ha sido a lo largo de estos años.

Nuestro Estado de Bienestar (al que nosotras llamaríamos Medioestar) ha sufrido cual cambio en la adolescencia. Referimos al término adolescencia, puesto que el Estado de Bienestar como tal nunca ha llegado a ser maduro y estable. La necesaria y urgente colaboración y participación a la administración pública de otros agentes (sector privado y social) ha llevado consigo una metamorfosis que actualmente conocemos por Pluralismo de Bienestar.

Los problemas económicos (bajas tasas de crecimiento económico, aumento del desempleo, disminución de las tasas de inversión, etc.), los problemas en los gobiernos (sobrecarga del Estado, problemas de crecimiento, crecimiento administrativo y burocrático, etc.) y los problemas fiscales han traído consigo una crisis de legitimidad, por la cual ha sido necesaria compartir el bienestar entre el Estado, el Mercado y la Iniciativa Social con el objetivo de la extensión

de los derechos sociales, su personalización y la promoción de la participación social en su gestión. Ello supone, la democratización del Estado y la reconstrucción de la sociedad civil. El Estado pues, juega en este contexto un papel menos dominante, no siendo ya de este modo el único instrumento posible para dar una provisión colectiva de servicios sociales de bienestar aumentando por consiguiente progresivamente el papel de la Iniciativa Social y del Mercado.

Transformaciones y cambios en la Ley de Dependencia:

Apenas se había estrenado y la Ley de Dependencia que había comenzado a reconocer derechos y prestaciones en 2007, no ha podido celebrar su quinto cumpleaños. Camuflada de la palabra ajuste y disimulada bajo los conceptos de mejora y profesionalización llegó la tijera.

Tal y como queda reflejado en el Consejo Territorial para la mejora del Sistema para la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (2012), las políticas de respuesta a la crisis han supuesto muchos cambios en la estructura de La Ley de Dependencia con la última reforma.

Entre estos cambios destacamos los siguientes:

- Plazo máximo de seis meses en la tramitación de reconocimiento de prestaciones.
- Modificación en el carácter retroactivo de prestaciones.
- Retraso en la incorporación efectiva de dependientes moderados.
- Revisión en el sistema de altas en la Seguridad Social de los/las Cuidadores/as no profesionales.
- Supresión de niveles de los Grados de dependencia.
- Fijación de plazos suspensivos para la percepción de prestación económica por cuidados en el entorno familiar.

- Reducciones en prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar, y prestaciones económicas vinculadas a los servicios a familias, que por cierto tampoco tienen ya Seguridad Social.

Con todos estos cambios citados, se ha recortado de forma drástica la intensidad de los servicios y el carácter universal y general de la Ley.

Esta parada en seco hacia el desarrollo de servicios de atención a la dependencia, se debe en gran medida a:

- La puesta en marcha de políticas de ajuste.
- La concesión excesiva de prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar, que a pesar de su carácter excepcional se ha convertido, con diferencia, en la prestación con más peso del Sistema de Atención a la Dependencia.

Como Trabajadora Social de la Residencia y Centro de Día Las Fuentes y como alumna de prácticas del mismo, observamos cómo la concesión de los recursos incluidos en la cartera de servicios de la Ley de Dependencia llega con tal retraso, que una vez dados,: o bien no son necesarios (puesto que la persona dependiente ya ha fallecido), o bien cuando el recurso es concedido, la situación del dependiente ha empeorado tanto, que aquel recurso asignado ya hace tiempo en un P.I.A ha quedado escaso e insuficiente. Un ejemplo de este último tiene que ver con nuestro objeto de estudio: los Centros de Día. Muchas de las personas que en principio solicitaron un Centro de Día, han experimentado cómo una vez adjudicado el recurso, éste ha sido “absurdo e ineficaz” debido al significativo empeoramiento de la persona dependiente que pasado el tiempo está prácticamente encamado o que inclusive ya ha fallecido.



Mientras el recurso idóneo ha sido concedido han entrado en acción las “deseadas y utópicas” prestaciones económicas. El “despilfarro” durante algunos años de concesiones de prestaciones económicas por cuidados en el medio familiar ha arrastrado consigo la desactivación, en gran medida de creación de nuevos servicios sociales profesionalizados y nuevos puestos de trabajo.

En los últimos años, hemos observado un Centro de Día Público con “prestigio” ha pasado de tener una ocupación mensual de un 90-95% a una ocupación si llega a penas del 45%, tal y como hemos demostrado en el apartado de resultados.

Las causas son claras. Ante una situación mundial de crisis, con sus respectivas repercusiones que ya bien sabemos y vivimos en nuestra parcela personal y familiar, las familias de personas dependientes han optado por solicitar una prestación económica, la cual, ha sido concedida sin miramientos y funcionalidad ninguna hacia el/la dependiente (el carácter de excepcionalidad contemplado en el artículo 14 de la LAAD se ha hecho práctico a nivel general). Los efectos indirectos de dichas concesiones han elevado las cifras de economía sumergida, e incluso afirmamos que han hecho empeorar la situación de dependencia. Como es de imaginar, las prestaciones económicas por cuidados en el entorno familiar han dado de comer a muchísimas familias paradas (acto que entendemos y apoyamos desde una perspectiva humanística), por lo que la finalidad de las mismas dista mucho del para qué fueron creadas. Con ello pretendemos hacer hincapié en que es necesario un seguimiento de la eficacia en la intervención social cuando el derecho se concreta por la vía de la prestación económica. Porque ¿quién va a controlar que esos 715,07 euros van destinados a un centro?, ¿quién va a realizar el seguimiento de que esos 268,79 euros para cuidados en el entorno familiar se destinan a la contratación de ayuda a domicilio?, es más, ¿esa cantidad da de sí para cuidar y atender a una persona dependiente Grado II todos los días de la semana, mañana, tarde e incluso noche?

Debemos dejar constancia también de aquellas prestaciones económicas vinculadas al servicio que se han estado dando o han estado concedidas mientras las plazas de Centros de día Públicos estaban sin cubrir. ¿No nos resulta contradictorio?, ¿cómo es posible que se esté pagando a la persona dependiente por llevarla a un Centro de Día privado mientras las propias plazas públicas están vacías?, ¿es lógico ir acumulando en una mochila deudas económicas por dichas prestaciones cuando se están generando estancias no ocupadas?, etc.

Por otro lado, también hemos de matizar, que la rebaja en un 15 por ciento de la prestación que reciben los cuidadores no profesionales en el entorno familiar, tratan de venderla como la forma de dar prioridad a los cuidados profesionales de los dependientes sobre los que venían prestando los familiares, mediante una reforma de la Ley que “generará puestos de trabajo y servirá para proteger a los grandes dependientes”, cosa que dudamos que ciertamente se lleve a cabo y que realmente sería lo propio, tal y como argumentaremos más adelante.

Volviendo al tema que nos incumbe e interesa, los Centros de Día Públicos, la normativa pospone a 2015 la incorporación de nuevos usuarios de Grado I. Si se incluyesen a estos dependientes dentro de la cartera de servicios, y éstos decidiesen y necesitasen Servicio de Estancia Diurna, se daría respuesta a los bajos niveles de ocupación que están sufriendo los centros de carácter público y a su vez el doble objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel de posible de autonomía personal en las Personas Mayores dependientes y de permitir a quienes los cuidan un respiro² diario que les permita desarrollar el resto de sus actividades, se vería alcanzado.

² Las personas cuidadoras de dependientes de Grado I no optan a solicitar Estancias Temporales, y ellos/as también necesitan una pausa y descanso en el largo camino que les puede deparar una demencia o enfermedad degenerativa. Los síntomas cognitivos son los que, tradicionalmente han identificado al síndrome de demencia, sin embargo no podemos negar ni ignorar, además del deterioro cognitivo, otros tipos de síntomas tales como alteraciones emocionales, motivacionales, de la personalidad etc., que normalmente aparecen en las primeras fases de estas enfermedades.

Estamos totalmente de acuerdo con el valor fundamental de la libertad de elección del ciudadano con la existencia de unos recursos limitados dentro de la Ley de Dependencia, pero a la vez como Profesionales consideramos que es necesario el uso del tan olvidado “sentido común”. Cuesta mucho imaginar que una persona acuda a su médico de cabecera y que sea el propio paciente el que tome la decisión del medicamento que más le conviene. Con ello queremos subrayar que por supuesto es importante la libertad de elección, pero cuando hablamos de personas dependientes, es el Profesional el que debe de pautar y “decidir” en cierta medida qué es lo mejor para esa persona en situación de dependencia, siempre y cuando existan casos en que enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico impidan a una persona gobernarse por sí misma. Obviamente nadie conoce más a la persona dependiente que la persona cuidadora que está día a día conviviendo con la enfermedad o discapacidad, pero debemos evitar situaciones de “picaresca” para favorecer y buscar el beneficio del propio dependiente. De la misma manera, el Profesional en muchas ocasiones, no debe basarse en una sola visita al domicilio, ni en un informe médico, el cual en muchas ocasiones está realizado por médicos de cabecera que apenas conocen al paciente. Se debe escuchar atentamente la vivencia diaria del cuidador, y si es preciso solicitar y dar gran valor a informes que puedan realizar los/as Trabajadores/as Sociales de los Hogares y de los centros de salud (más cercanos a la población).

Uno de los obstáculos que nos encontramos en el enrevesado recorrido de la Dependencia es la falta de infraestructuras, que darían servicio a personas con Gran Dependencia (y por tanto generarían puestos de empleo). La inexistencia de más recursos sociales accesibles (residencias, centros de día de día, rehabilitación, etcétera) se ha compensado con las prestaciones económicas, y acabado siendo la solución al problema planteado desde las familias. **La ayuda al cuidador familiar debía haber sido una excepción y se ha convertido en la norma.**

Otro óbice o traba con el que podemos topar es una serie de desajustes económicos ocasionados por la concesión de prestaciones económicas que

traen consigo la utilización de otros recursos, como puede ser el Sistema Nacional de Salud, el cual resulta siendo más costoso. Por esta misma razón, se podrían tomar como referencia modelos nórdicos, en los que el sistema de dependencia pertenece al sistema sanitario, o bien, una vez hecho tarde, y regular, implantar sistemas de coordinación con el Salud.

Aunque no forman parte de nuestro objeto de estudio, dado que hablamos de otro tipo de centros especializados, no quisiéramos dejar de mencionar al segundo grupo de atención de la Ley de Dependencia, las personas con discapacidad. Teniendo en cuenta que en Aragón, según datos extraídos del Instituto Nacional de Estadística, existe un 9,9% de personas con discapacidad³, el colectivo de personas discapacitadas en Aragón ha alertado que "los recortes y la reducción de los servicios sociales los están condenando a la "exclusión social", en un momento en el que habían comenzado a ser "sujetos activos" de la sociedad tras años de reivindicaciones"⁴. Alertan sobre la sustitución de servicios sociales por la prestación por dependencia, es decir programas que buscan la inclusión social por otros meramente asistenciales. algunas de las medidas adoptadas por el Gobierno, como la subida del IVA, el copago farmacéutico o el recorte de las prestaciones por desempleo están "mermando" cada día más las posibilidades de las familias, que tienen que hacer un "sobreesfuerzo" de 25.000 euros al año para atender a una persona discapacitada, según cálculos de un estudio realizado por FEAPS.

³ Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con datos de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia 2008.

⁴ Fuente: Heraldo de Aragón Digital, fecha: 22 de noviembre de 2012: "El colectivo de discapacitados cree que los recortes les condenan a la exclusión".

Disponible en:

http://www.heraldo.es/noticias/aragon/2012/11/22/discapacitados_dicen_que_recortes_les_condenan_exclusion_tras_anos_lucha_212697_300.html

Propuestas:

Al igual que muchos ciudadanos, tenemos la sensación de que el Gobierno está inquieto y busca soluciones, pero nuestra impresión es que este sector no está entre las prioridades.

Se habla de sanidad, de vivienda, de educación, de déficit, etc., pero a los servicios sociales no se les escucha como se debería. Las medidas o más bien “parches” que se van implantando son resultados temporales que vuelven a ser transformados en función de los poderes públicos y políticos que van y vienen.

Las políticas de ajuste económico deberían ser sustituidas de forma urgente por otras destinadas a fomentar el crecimiento económico y la creación de empleo. Los últimos años son la prueba más evidente de que no se puede reducir el déficit sin crecimiento económico y sin creación de empleo.

Antonio Jiménez Lara y Ángel Rodríguez Castedo concretan en “La Economía Social y Atención a la Dependencia” (2012: 28) que la Economía Social juega un papel importante como agente favorecedor del desarrollo económico y social, y por tanto de la atención a la dependencia.

Jiménez Lara A. y Rodríguez Castedo A. (2012: 35) aseguran en el informe que la economía social representa un 10% de la oferta en las ramas de actividad de servicios sociales y realiza una serie de propuestas para mejorar el sector como reequilibrar la prestación y los servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), desarrollar prestaciones inéditas como la asistencia personal, potenciar el servicio de ayuda a domicilio, desarrollar el equilibrio del SAAD en las Comunidades Autónomas y mejorar la atención en el medio rural, entre otras.

Debemos de tener en cuenta que **las empresas de la Economía Social, vienen actuando tradicionalmente en la prestación de servicios a la personas en situación de dependencia, incluso antes de que entrará en vigor la propia Ley.** Las cooperativas, sociedades laborales, mutualidades,

centros especiales de empleo, empresas de inserción y asociaciones del sector de la discapacidad, por su naturaleza están situadas entre las entidades que mayor incidencia tienen en este sector, en concreto en los servicios de ayuda a domicilio y teleasistencia, centros residenciales y de día. La especialización productiva de la Economía Social en estos servicios es muy significativa.

Por esto, **el papel de la Economía Social en la atención a la dependencia debe ser reconocido**, de forma especial, porque este tipo de empresas siempre se han situado a la vanguardia por su compromiso y por ofrecer soluciones para cubrir las carencias que ha presentado siempre la atención a personas en situación de dependencia. No obstante, cabe señalar que la Ley de Dependencia incorpora entre sus principios “la participación del tercer sector en los servicios y prestaciones de promoción de la autonomía personal y atención a la situación de dependencia” (artículo 3.n).

Entre las características de las empresas de Economía Social para cubrir esos huecos y carencias que sufre el sector, destacan: la amplia cobertura territorial que tienen este tipo de empresas, el conocimiento del entorno, la experiencia acumulada, la calidad del servicio ofrecido y la capacidad de gestión del capital humano, que se traduce en una mayor calidad en el empleo.

Con todo esto, podemos concluir que no podemos tener unos ingresos fiscales de los más bajos en la UE y aspirar a tener un Estado de Bienestar consolidado, por ello se ha de tener presente que la sostenibilidad de un proyecto no sólo está basado en minimizar gastos, sino, sobre todo en maximizar los beneficios.

Antonio Jiménez Lara y Ángel Rodríguez Castedo matizan que el valor diferencial de la Economía Social sea tenido en cuenta en aquellos procesos de contratación pública, los cuales hoy en día, son concebidos en meras subastas, en las cuales se da importancia a las ofertas económicas a la baja y no a la valoración global de calidad del proyecto, a la calidad de empleo y a las mejoras voluntarias, las cuales deberían ser primordiales a la hora de propiciar la innovación social y organizacional.

Un ejemplo de ello son las subastas mensuales que el sistema sanitario tiene con las empresas privadas/fabricantes de absorbentes. Como es comprensible (que no significa que sea beneficioso), la empresa que más a la baja ofrece sus productos, es a la que se adjudica la provisión de pañales. Es de lógica que esos pañales destinados a personas mayores y dependientes no sean de buena calidad ("merluza buena y que pese poco..."), por lo que el poco o escaso porcentaje en celulosa, conlleva irritaciones y aparición de úlceras superficiales, que de no ser bien curadas y tratadas a diario, pueden ocasionar UPP's. Con ello intentamos hacer ver que si el pañal es de mala calidad, el dependiente necesitará más cuidados asistenciales y por tanto en un futuro muy próximo demandará asistencia hospitalaria, por lo que "más vale el remedio que la enfermedad", puesto que todo ello acarreará mayores costes sanitarios (los cuales no son nada baratos).

Nos gustaría destacar que un grupo de expertos (Cervera Macià, M. et al, 2009) sometió hace cuatro años a examen la Ley de Dependencia dos años después de su aprobación, y ya establecían **fórmulas como un aumento del IVA** en el cual se especifique qué es para gasto social y que la población lo pueda ver, la prima única a los 65 años (o antes), lo que supondría **establecer un seguro de dependencia** (pagadero contra patrimonio o como parte de un esquema de hipoteca inversa) , las primas regulares, consistentes en un seguro obligatorio de dependencia a partir de cierta edad (equivalente a una cotización), o el **establecimiento de una cotización social adicional a la que ya existe para las pensiones**.

Como ya hemos ido adelantando en el análisis, otra de las propuestas más concretas y específicas que vemos necesaria es la **incorporación de personas dependientes Grado I** en los Centros de Día Públicos.

También es esencial **agilizar el periodo de concesión del recurso**. Tal y como hemos como hemos podido comprobar en el estudio la mitad de las personas encuestadas esperó o lleva esperando la asignación del recurso entre

uno y dos años, seguido de un 21,15% que corresponde a un tiempo de espera mayor de dos años.

A modo de resumen enumeramos aquellas propuestas que han ido señalándose a lo largo del estudio, desde un nivel global a un nivel más específico y concreto:

- La Ley de Dependencia debería adoptar medidas dirigidas a potenciar la generación de empleo y actividad económica.
- Es necesario un modelo organizativo y de gestión eficiente para **erradicar muchos empleos sumergidos** que aún hay en el sector.
- La Ley de Dependencia debe crear condiciones que hagan posible el desarrollo de nuevas iniciativas económicas dentro del sector de la Economía Social. Así pues, sería conveniente crear un **instrumento financiero destinado a facilitar el acceso de las empresas de la Economía Social** a la financiación para proyectos de infraestructuras y de servicios a la Dependencia.
- **Coordinación del sistema de dependencia con servicios sanitarios.** No basta con un informe médico. Al dependiente hay que conocerlo y valorarlo in situ.
- **Coordinación entre los/as Trabajadores Sociales del Ayuntamiento y el I.A.S.S.**
- **Humanización de la asistencia.** No sólo son necesarios baremos y escalas que se pasan en una simple visita a domicilio. Debemos profundizar en la Historia Social de cada persona dependiente y de la persona cuidadora que está detrás de ésta.
- **Seguimiento de aquellas personas dependientes que perciben prestación económica por cuidados en el entorno familiar.**
- **Inclusión de Dependientes Grado I** en servicios de estancia diurna.

- Que el/la Profesional que realiza el P.I.A **informe de TODOS los recursos existentes y disponibles**, sea conocedor/a de las características de éstos y señale desde el punto de vista profesional el más idóneo. Invitación a conocer los Centros de Día Públicos.
- **Agilidad en trámites administrativos.** En caso de existencia de plazas vacantes en los Centros de Día.

8. BIBLIOGRAFÍA.

- ✍ Baztán Cortés, JJ. (1993). Asistencia geriátrica en el Reino Unido: ¿un modelo a seguir? *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 28 (2): pp.96-110.
- ✍ Batzán Cortés, JJ. (2000). Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Medicina Clínica*; 115 (NM 18): 707-17.
- ✍ Ballesteros Jiménez, S. (2004). Gerontología: Un saber Multidisciplinar. Madrid: Universitas.
- ✍ Fontecha Gómez, B.J. (2005). Valoración Geriátrica: visión desde el Hospital de Día. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(1): 23-25.
- ✍ Brocklehurst JC. (1985). The geriatric service and the day hospital. In: Brocklehurst JC, editor. *Textbook of geriatric medicine and gerontology*. 3th ed. Edinburg: Churchill- Livingstone; p. 403.
- ✍ Cefalu C., Heuser M. (1993). Adult day care for the demented elderly. [Versión electrónica] *Amfam-Physician*, 47 (Suppl 4): pp.723-724.
- ✍ Cervera Macià, M., Herce San Miguel, J.A, López Casasnovas, G., Rodríguez Cabrero, G., Sosvilla Rivero, S. (2009). Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Madrid, Informes Portal Mayores. [Fecha de publicación: septiembre de 2009]. Disponible en:
<http://www.dependencia.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/informesaadgexpertos.pdf>

✍ Colección Documentos Política Social. Centros de día para personas mayores dependientes. Parte I: documento base. (Serie Documentos técnicos N°10). Principado de Asturias. Disponible en:

http://www.infogerontologia.com/documents/pgi/guias_pgi/pgi_centro_dia/pgi_parte1_astur.pdf

✍ Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (2008). Modelo de Centro de Día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer. Colección Documentos, Serie Documentos Técnicos N° 21.015, Madrid: IMSERSO, pp. 167.

✍ Consejería para Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Drogodependencias. Definición de los Recursos Asistenciales. Recuperado 28 de enero de 2013. Sevilla: Consejería para Igualdad y Bienestar Social. Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/asuntossociales/Contenidos/cdrogodependencias/tipo_centros.htm.

✍ Díaz Mardomingo, M.C. (2012). Evaluación de la cognición, la conducta y la funcionalidad de las personas mayores dependientes en los centros residenciales. [Versión electrónica]. *Comunitania. Revista Internacional de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, 3,71-91.

✍ Dorentes Mendoza G., Ávila Funes J., Mejía Arango S., Gutiérrez-Robledo, L. (2007). Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del estudio nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22, nº1. Recuperada 2 de febrero de 2013. Disponible en:

<http://seminariogerontologia.files.wordpress.com/2011/03/factores-asociados-con-la-dependencia-funcional.pdf>

✍ Equipo Portal Mayores. (2005). Glosario especializado en Gerontología y Geriatría (2ª edición). Madrid: IMSERSO. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/glosario/documentos/glosario.pdf>

✍ Eyssautier De La Mora, M. (2006). Metodología de la investigación: desarrollo de la inteligencia (5ª edición), capítulo V (pp. 124-126), México: Thomson.

✍ Fernández A., Pablo A., Pallerola L., Sánchez A. y Vicente, F. (2012). El centro de Día como recurso (I): el punto de vista de las familias y cuidadores no profesionales. Trabajo de Investigación, Grado en Trabajo Social 3º curso Zaragoza, junio de 2012. Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, Universidad de Zaragoza.

✍ Forster A., Young J., Langhorne P. for the Day Hospital Group. Atención médica en hospitales de día para ancianos versus formas alternativas de atención (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>

(Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

✍ Gómez García, Jesús M. (2008): Economía social y atención a la dependencia: efectos económicos y repercusiones sobre el empleo. Revista Universitaria de Ciencias del Trabajo, 9/2008, 227-251.

✍ Gil M. (1994). Las estancias diurnas en centros para Personas Mayores. *60 y más*, 113, pp.8-10.

✍ Hernández R., Fernández C. y Baptista P. (2010). Metodología de la Investigación. (5ª edición). México: Mc Graw Hill.

✍ IMERSO. (2004) Glosario de términos [en línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Disponible en:

<http://www.saad.mtas.es/portal/documentacion/glosario.html>

✍ IMERSO. (2012). Guía de Prestaciones para Personas Mayores, Personas con Discapacidad y Personas en Situación de Dependencia. Recursos Estatales y Autonómicos, Colección manuales y Guías. (Serie Servicios Sociales, Nº 33012,2009, Instituto de Mayores y Servicios Sociales), pp. 75-106.

✍ IMERSO. (2008). Modelo de Centro de Día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer. (Nº21.015). Madrid: IMERSO, pp.167.

✍ IMERSO. (1993). Plan Gerontológico (Nº403), Madrid: IMERSO. (Colección otras publicaciones unitarias, ISBN: 84-86852-34-X).

✍ IMERSO. (1996). Seminario de estudio sobre Centros de Día. Madrid: IMERSO.

✍ Jiménez Lara, A., Rodríguez Castedo, A. (2012). La Economía Social y la atención a la dependencia. Propuestas para contribuir al desarrollo de los servicios de atención de la dependencia y a la generación de empleo estable y de calidad, Documento de trabajo 177/2012. ISBN: 978-84-92957-93-4. Disponible en:

<http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-economia-social-y-la-atencion-a-la-dependencia>

✍ Lorente Mirallas, M.C. (2005). Centros de Día para ancianos dependientes: características de los usuarios e influencia sobre la calidad de vida del anciano y de su cuidador, Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Medicina, Zaragoza.

- ✍ Martín Lesende, I., Gorroñogoitia Iturbe, A. (2009). Efectividad de la valoración geriátrica integral en atención primaria (nº92). Madrid, Informes Portal Mayores. [Fecha de publicación: 20/07/2009]. Disponible en: <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/martin-efectividad-01.pdf>
- ✍ Masson S.A (1992). Diccionario terminológico de ciencias médicas (13ª edición). Barcelona: Masson, (imp. 1996).
- ✍ Observatorio de personas mayores (2002). Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales. Vol. I. Madrid: IMSERSO, pp. 557-577.
- ✍ OMS. (1980). Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ✍ Pardinas, E. (1991). Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales (32ª edición.). México: Siglo Veintiuno, pp.151.
- ✍ Pita Fernández, S., Vila Alonso MT. y Carpena Montero J. (1997). Determinación de factores de riesgo. *Cadernos de Atención Primaria*; 4: 75-78.
- ✍ Postic, M. y De Ketele, J.M. (1998). Observar las situaciones educativas. Madrid: Narcea.
- ✍ Pressat, R. (1987). Diccionario de demografía. Vilassar de Mar, Barcelona: Oikos Tau.
- ✍ Querejeta M. (2001). Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: IMSERSO y Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.

✍ Rodríguez Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona (nº106). Madrid, Informes Portal Mayores. [Fecha de publicación: 04/11/2010]. Disponible en:

<http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf>

✍ Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL (1984). Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *The New England Journal of Medicine*, [311(26):1664-1670].

✍ Salgado A. y Alarcón MT. (1994). Valoración del paciente anciano. Barcelona: Masson, pp.52-68.

✍ Tamayo y Tamayo M. (1993). El proceso de la investigación Científica. México: Limusa.

✍ Vilas Martínez, M., Pérez Suárez D., Carrera Iglesias B., Caamaño Ponte J. (2003). Análisis estratégico de los centros y programas de estancia diurna para personas mayores dependientes en la comunidad autónoma de Galicia. Galicia: Instituto de Desarrollo Caixanova, pp.22-32.

LEGISLACIÓN:

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad.
- Real Decreto 174/2001, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Decreto nº 54/2001, de 15 de junio, de autorizaciones, organización y funcionamiento del registro de entidades, Centros y Servicios Sociales de la Región de Murcia y de la Inspección.
- DECRETO 2912000, de 6 de abril, por el que se regula el régimen jurídico y el sistema de acceso a los centros de día para personas mayores dependientes, Consejería de asuntos Sociales, Principado de Asturias.
- Resolución de 13 de julio de 2012, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia para la mejora del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.
- ORDEN de 31 de julio de 2012, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, por la que se determinan las cuantías máximas de las prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la

Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón, para el ejercicio 2012.

- ORDEN de 21 mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón, se considerarán personas en situación de dependencia.
- ORDEN de 7 de noviembre de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón.
- ORDEN de 18 de noviembre de 2002, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que regula el acceso y adjudicación de plazas, en los Centros de Atención a Personas Mayores, integradas en la red del Gobierno de Aragón.
- Plan General de Ordenación Urbana de diciembre de 2007. Publicado en BOA de 30/06/2008.

WEBGRAFÍA:

- www.aragon.es
- <http://www.boe.es>. [Consulta: 8 de enero de 2013].
- http://www.cepes.es/publicaciones_cepes. [Consulta: 17 de enero de 2013].
- http://www.dependencia.imsero.es/dependencia_01/index.htm.
[Consulta: 20 de enero ,15 de febrero, 16 de febrero y 23 de marzo de 2013].
- <http://www.discapnet.es>. [Consulta: 2 de abril de 2013].
- http://www.encyclopedia-aragonesa.com/voz.asp?voz_id=5931
[Consulta: 3 de febrero de 2013].
- Gran Enciclopedia Aragonesa. *Las Fuentes*, **contenido disponible:**
Texto GEA 2000 .Última actualización realizada el 17/06/2010.
[Consulta: 15 de marzo de 2013]. Desde internet:
[http://www.zaragoza.es/contenidos/Atlas_Zaragoza_2009/Atlas B.pdf](http://www.zaragoza.es/contenidos/Atlas_Zaragoza_2009/Atlas_B.pdf)
- <http://iass.aragon.es/>
- <http://www.ine.es/>

9. GLOSARIO.

A través de este apartado del Trabajo de Fin de Grado pretendemos dejar claros aquellos conceptos que consideramos más relevantes a la hora de elaborar nuestro estudio.

❖ **Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).**

Las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas (Ley de Dependencia, 39/2006).

❖ **Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).**

Son actividades más complejas que las ABVD, y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, una serie de escalones, coger un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras (IMSERSO, 2004).

❖ **Asistencia personal.**

Servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia, de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal (Ley de Dependencia, 39/2006).

❖ **Autonomía.**

Se entiende por Autonomía (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia; artículo 2.1) a "la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria".

Como actividades básicas de la vida diaria (ABVD) la Ley señala en el artículo 2.3 "aquellas que permiten a la persona desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas".

Para detectar las Actividades Básicas de la Vida diaria se utiliza el índice de Barthel (Anexo I), instrumento que Evalúa diez ABVD: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras; dando más importancia que el índice de Katz a la puntuación de los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad.

❖ **Ayudas Técnicas.**

Mecanismos, instrumentos técnicos y adaptaciones del hogar, que contribuyen al desenvolvimiento de las personas en sus actividades cotidianas.

❖ **Calidad de vida.**

Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones

sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (Organización Mundial de Salud, 2005).

❖ **Centro de Día.**

Servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante todo el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de la persona dependiente, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual (IMSERSO: "Seminario de estudio sobre Centros de Día, 1996).

Servicio de estancia asistencial que proporciona una atención integral, durante el periodo diurno, a personas mayores en situación de dependencia. Tiene el doble objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel de posible de autonomía personal en las personas mayores dependientes y de permitir a quienes los cuidan un respiro diario que les permita desarrollar el resto de sus actividades (Instituto Aragonés de Servicios Sociales).

Centro social destinado a ofrecer una atención diurna a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas mayores con diferentes grados de dependencia, promoviendo en lo posible su autonomía, la permanencia en su entorno habitual y proporcionando un apoyo familiar (Departamento de Servicios Sociales y de Familia del Gobierno de Aragón).

❖ **Centros Sociales de Personas Mayores.**

Espacios para la promoción del envejecimiento activo dentro del conjunto de la población. Son unos instrumentos potentes para la prevención en el deterioro de nuestros mayores y para la dependencia, además de potenciar y beneficiar la participación social del grupo en poblaciones donde se instaura y para aquellas localidades próximas que se vinculan a estos servicios (Sánchez, 2006).

❖ **Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.**

Es el instrumento de cooperación para la articulación del Sistema, estará constituido por el titular del Ministerio de Sanidad y Política Social, y por un representante de las Comunidades Autónomas y de diferentes Departamentos ministeriales (IMSERSO).

❖ **Cuidadores.**

Individuos que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otros en sus actividades cotidianas, y para que mantengan el rendimiento en el trabajo, en la educación o en otras situaciones de la vida. Su actuación se financia mediante fondos públicos o privados, o bien actúan como voluntarios, como es el caso de los que proporcionan apoyo en el cuidado y mantenimiento de la casa, asistentes personales, asistentes para el transporte, ayuda pagada, niñeras y otras personas que actúen como cuidadores (Organización Mundial de Salud, 2001).

❖ **Cuidadores informales/no profesionales.**

La atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada (Ley de Dependencia, 39/2006).

❖ **Cuidadores profesionales.**

Los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro (Ley de Dependencia, 39/2006).

❖ **Dependencia.**

Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial,

precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (Ley de Dependencia, 39/2006).

Estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria (Consejo de Europa).

❖ **Discapacidad.**

Término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (Organización Mundial de Salud, 2011).

❖ **Entrevista.**

Toda entrevista es una conversación entre dos o más personas, según la modalidad aplicada, que tiene propósitos investigativos y profesionales de: obtención de informaciones individuales o grupales, facilitar la información e influir en ciertos aspectos conductuales, sociales, educativos, sentimentales y opiniones, por lo tanto la entrevista ejerce una función terapéutica como necesidad educativa, clínica, social, entre otros.

❖ **Factor de riesgo.**

Cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos

factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos, etc.) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción (Determinación de factores de riesgo. Fernández Pita, S, et al. A Coruña: Atención primaria en la red, 2002).

❖ **Funcionamiento cognitivo.**

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la comunicación, orientación etc. Innumerables procesos pueden alterar tales funciones de forma parcial o total, así como de forma aguda o crónica, dando lugar a diferentes síndromes que se engloban bajo el término de "deterioro cognitivo".

El objetivo de la valoración cognitiva es identificar posibles trastornos en áreas cognitivas que afecten o puedan afectar a la autosuficiencia de la Persona Mayor, en nuestro caso de los/as usuarios/as del Centro de Día.

❖ **Geriatría.**

Parte de la medicina que trata de las enfermedades de la vejez (Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13ª ed. Barcelona: Masson, 1992 (imp. 1996).

De Geriatría, relativo a la parte de la Medicina que estudia la vejez y sus enfermedades, es el Centro especializado en esta parte de la intervención médica (IMSERSO. Glosario de términos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, 2004).

❖ **Gerontología.**

Ciencia biológica que se ocupa de la vejez. Estudia las modificaciones fisiopatológicas más o menos acusadas de la senectud o senescencia. En el momento actual el llamado problema del envejecimiento, tercera edad, ocupa

lugar preferente en la sociedad moderna con esferas de preocupación sobre salud y nutrición, vivienda y medio ambiente, familia y bienestar social, seguridad en los ingresos y empleo y educación (Madrid: Fundación ONCE; Bruselas: Unión Europea, Fondo Europeo de Desarrollo Regional, 2004).

Disciplina que se interesa por la fracción de mayor edad de la población, especialmente bajo el ángulo de los problemas socioeconómicos que plantea. Diversos factores explican el reciente desarrollo de este tipo de preocupaciones. En primer lugar, la incrementada importancia que ha tomado el envejecimiento de la población. A ello se suman las condiciones de vida actuales de las personas mayores que, a diferencia de lo que ocurría anteriormente, lo más corriente es que ya no conserven unos vínculos familiares tan estrechos con su familia; de este aislamiento resulta la necesidad de preocuparse por su autonomía económica y por los diferentes problemas vinculados al estado de creciente soledad en la edad en la que se encuentran (Pressat, Roland. Diccionario de demografía. Vilassar de Mar, Barcelona: Oikos Tau, 1987. Ciencias geográficas, 11).

❖ **Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS).**

Organismo autónomo dependiente del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Tiene presupuesto propio y manteniendo el principio de descentralización funcional inherente a su esencia, desarrolla las competencias de administración y gestión del conjunto de los servicios sociales del Gobierno de Aragón. (IASS, Instituto Aragonés de Servicios Sociales, 2012).

❖ **Inmovilismo.**

Incapacidad de caminar o desplazarse, imposibilidad de subir o bajar escaleras o vencer obstáculos, e incapacidad de realizar las transferencias de una situación a otra (meterse en la cama y levantarse de la, sentarse y levantarse de una silla).

La inmovilidad es un problema serio, que predispone a la Persona Mayor a sufrir numerosas complicaciones médicas. La calidad de vida del anciano inmóvil se ve reducida, amenazando su autonomía e independencia personal, aumentando la necesidad de ayuda o supervisión, aumentan el riesgo de caídas o fracturas y aumentan el coste de la asistencia social y sanitaria.

La escala Tinetti es el instrumento más utilizado para valorar la movilidad de un individuo a través de la marcha y del equilibrio.

❖ **Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (BOE 299 de 15 de diciembre de 2006).**

Regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las administraciones públicas. Mecanismos de cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas (CCAA), entre los que destaca la creación del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (Ley de Dependencia, 39/2006).

❖ **Observación.**

Es un procedimiento empírico por excelencia, el más primitivo y a la vez el más usado.

¿Para qué observar? Según Postic, M. y De Ketele, J.L (1998) la respuesta a esta pregunta permite distinguir cinco funciones esenciales que pueden ser prioritarias a la hora de crear o de utilizar un instrumento de observación. Es verdad que un mismo instrumento puede servir simultáneamente para varias funciones, pero la elección y la utilización de un determinado instrumento de observación, ante todo debe pensarse en relación a una función prioritaria.

- Función descriptiva: función primordial de la observación en el estudio.

- Función formativa.
- Función evaluativa.
- Función heurística.
- Función de verificación.

❖ **Persona Mayor.**

Aquellas personas que tienen 65 o más años; el umbral es arbitrario, pero generalmente aceptado. Naciones Unidas también considera el umbral de los 60 años población mayor (Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales. Vol. I. Observatorio de personas mayores. Madrid: IMSERSO, 2002, pp. 557-577).

❖ **Programa Individual de Atención (PIA).**

Determina las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades de la persona en situación de dependencia en cuanto a servicios y prestaciones previstas en la resolución para su grado, de acuerdo a los recursos disponibles por el SAAD.

❖ **Recursos asistenciales.**

Red de recursos y programas coordinados entre sí y a su vez con una red sanitaria y de servicios sociales comunitarios, de manera que se establece un circuito asistencial capaz de atender las necesidades y demandas directas de atención del grupo social (en este caso las personas mayores) o comunidad a la que esté dirigida la red asistencial (Consejería para Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. "Drogodependencias. Definición de los Recursos Asistenciales").

❖ **Recursos domiciliarios.**

Conjunto de programas, ayudas y personal que atienden las necesidades y demandas directas de las personas mayores en su propio domicilio,

permitiendo facilitar su permanencia en el hogar (Portal Mayores. Portal especializado en Gerontología y Geriatria. Madrid: IMSERSO; CSIC, 2004).

❖ **Recursos sociales.**

Conjunto de medios profesionales y materiales creados o potenciados por la Administración para facilitar el desarrollo de los individuos y grupos sociales, en este caso las personas mayores, promover la igualdad en el acceso, prevenir y eliminar las causas de la marginación social y lograr una eficaz asistencia a nivel individual y colectivo para aquellos ciudadanos que lo precisen, procurando la plena integración social de los mismos en la medida de las posibilidades de cada uno (Murcia. Decreto 54/2001, de 15 de junio, de autorizaciones, organización y funcionamiento del registro de entidades, Centros y Servicios Sociales de la Región de Murcia y de la Inspección. BORM núm. 146; 26 junio 2001).

❖ **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).**

Conjunto de dispositivos asistenciales, prestaciones económicas y ayudas destinadas a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a todas las personas en situación de dependencia, sirviendo de cauce tanto para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, como para la optimización de los recursos públicos y privados disponibles (IMSERSO, 2009).

