UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado

ATENCION RESIDENCIAL A PERSONAS CON DEMENCIA. INTERVENCION DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Estudiantes: Noelia Domínguez Navarro

Isabel Hernández Marín

Mª Pilar Lahuerta Pérez

Director: Luis Manuel Vilas Buendía

Zaragoza, Junio 2014

INDICE

1. INTRODUCCIÓN

1.1.Objeto del Trabajo 5

1.2.Justificación del Proyecto 6

1.2.1 Justificación desde los recursos y las necesidades 6

A. Avance de personas que sufren demencia 6

B. Situación de la coordinación sociosanitaria 7

C. Cobertura de residencias con unidades de atención a personas con demencia..... 9

1.2.2 Justificación desde el centro. Contexto práctico..... 10

A. Situación Sociodemográficas 12

B. Situación de Salud..... 12

2. FUNDAMENTACIÓN

2.1 Marco teórico de referencia..... 17

2.1.1. Legislativo..... 17

2.1.2. Conceptual..... 20

A. Demencias 20

- Concepto..... 20
- Tipología 21
- Síntomas 23
- Fases.....24
- Atención a Personas con Demencias..... 26

A. Intervenciones farmacológicas..... 26

B. Intervenciones no farmacológicas..... 26

B. Residencias 30

- Concepto..... 30

■ Tipología y plazas residenciales..... 32

C. Atención Residencial a Personas con demencias..... 33

■ Instalaciones y diseño arquitectónico..... 33

■ Áreas y Programas de Atención 35

■ Plan Individual de cuidados..... 38

■ Un equipo profesional interdisciplinar..... 40

D. La figura del trabajador social..... 42

■ Profesional imprescindible..... 42

■ Competencias profesionales..... 44

■ Objetivo y funciones del trabajador social..... 45

■ Papel del trabajador social en las Áreas de intervención..... 51

2.2. Marco Contextual..... 53

A. Historia del Centro..... 53

B. Descripción del Centro..... 58

2.3. Metodología..... 59

3. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

3.1. Marco institucional y ámbito territorial de actuación..... 62

3.2. Objetivos generales y/o específicos..... 63

3.3. Programas de intervención y protocolos..... 64

■ Programa de atención al usuario.....66

■ Programa de atención sociofamiliar..... 69

■ Programa dirigido al equipo interprofesional..... 71

■ Programa comunitario..... 73

3.4. Metodología..... 75

3.5. Recursos materiales y humanos. 77

3.6. Presupuesto y fuentes de financiación.....78

3.7. Evaluación.....79

4. CONCLUSIONES.....83

5. BIBLIOGRAFÍA.....88

6. INDICE DE GRAFICOS Y TABLAS.....94

7. ANEXOS.....95

PROTOCOLOS

1. Protocolo de preingreso.....95
2. Protocolo de ingreso.....96
3. Protocolo de adaptación..... 97
4. Protocolo de seguimiento.....98
5. Protocolo de intervenciones ambientales.....99
6. Protocolo de información, asesoramiento y orientación.....100
7. Protocolo de adaptación y seguimiento.....101
8. Protocolo de formación..... 102
9. Protocolo de trabajo con grupos de ayuda mutua (GAM) 103
10. Protocolo de duelo y fallecimiento.....104
11. Protocolo de realización del PIA.....106
12. Protocolo de formación equipo.....107
13. Protocolo de supervisión-intervisión.....108
14. Protocolo de actividades con la comunidad.....109
15. Protocolo de voluntariado.....110

1. INTRODUCCION

1.1. Objeto del Trabajo

Con este trabajo fin de grado queremos identificar la forma de intervenir en la atención a personas que sufren demencias desde nuestra disciplina, el Trabajo Social, enmarcado en el ámbito de un servicio social especializado, un centro de atención residencial y dentro de un método de trabajo interdisciplinar.

En la búsqueda de bibliografía sobre el tema que nos ocupa, nos ha sorprendido que, las referencias sobre el papel del trabajador social en las residencias no sean muy extensas cuando se refieren a personas que sufren demencias.

Existen manuales de intervención, guías de buenas prácticas en centros residenciales realizados desde diferentes instituciones, ya sean privadas o públicas, donde figura la necesidad de establecer un Plan de atención individualizada y plantean una protocolización de actuaciones por áreas, que por lo general son desarrolladas en mayor profundidad en aquellas áreas diferentes a la social (médica, enfermería, cuidados auxiliares, administrativa); aunque si que hay autores que expresan la importancia de establecer protocolos de actuación desde el trabajo social, como López Ugarte (2010:36) que especifica protocolos como: Protocolo de resolución de conflictos, Protocolo de decisiones personales y Protocolo de atención familiar continuada.

Por esto, planteamos este trabajo con la pretensión de ser un instrumento de apoyo a otros trabajadores sociales que realicen su labor en centros residenciales con atención a personas que sufran demencias.

Por otro lado, entendemos este trabajo como un proyecto abierto que pudiera culminar en un manual de intervención residencial con personas con demencias, que integrara todas las actuaciones del personal que atiende directamente a los residentes y el establecimiento de un Plan de Atención

Individualizado específico contando con la participación del equipo interprofesional. Se abre así un camino a futuros trabajos complementarios desde otras disciplinas de forma que completen el desarrollo del papel del trabajador social que aquí se expone.

1.2. Justificación del Proyecto

1.2.1 JUSTIFICACIÓN DESDE LOS RECURSOS Y LAS NECESIDADES

Este apartado refleja la necesidad de realizar una intervención especializada para las personas que sufren demencias, fundamentado en tres aspectos: el número cada vez mayor de personas afectadas, la coordinación sociosanitaria que se precisa para su atención así como la mínima cobertura de plazas residenciales dedicadas a estas personas.

A. Avance de personas que sufren demencia.

"El envejecimiento normal se define como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que origina el paso del tiempo en los seres vivos" (Espinosa, Mª C et al 2004:65).

El proceso de envejecimiento lleva a cabo una serie de cambios que en su plano psicológico se refleja por los déficits en la memoria, enlentecimiento general de las actividades, pérdida de la flexibilidad y déficits en la percepción (IMSERSO 2005).

"El envejecimiento patológico está condicionado por enfermedades exógenas y hereditarias, por hábitos y otros mecanismos como el medio ambiente" (Espinosa, Mª C et al 2004:65).

Entre el 6%-10% de los mayores de 65 años y aproximadamente el **30%-40% de las personas mayores de 80 años tienen demencia**. En España actualmente existen unas 500.000 personas con demencia, su

prevalencia es del **50% en las residencias asistidas** (Martínez, JM et al 2002).

"La Enfermedad de Alzheimer es la más común de las demencias. Su prevalencia se calcula en un 5% a los 65 años, con un crecimiento exponencial a partir de dicha edad. Así se han dado de hasta un 30% a los 85 años" (Muñoz, E.; Latorre, P. 2004:191).

Podemos destacar que al aumentar la esperanza de vida en la población también aumenta las enfermedades asociadas al envejecimiento como las demencias y en especial la enfermedad de Alzheimer, por lo que es muy importante saber diferenciar el envejecimiento normal del patológico.

Un dato contradictorio es que la incidencia de la demencia es igual en ambos sexos, a pesar de que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que la de los hombres (IMSERSO 2005).

B. Situación de la coordinación sociosanitaria.

La coordinación entre el ámbito social y sanitario es fundamental[1] para ofrecer una atención integral a las personas residentes que precisan asistencia profesional de forma intensa, como son aquellas que padecen cualquier tipo de demencia por ser más vulnerables si cabe, ante cualquier episodio agudo de empeoramiento de la salud.

A nivel estatal, tanto en la normativa relativa a salud como en ámbito social, hacen breves referencias a la coordinación sociosanitaria que quedan vacías de contenido, por lo que parece un tema pendiente el articular una norma que regule la coordinación, estableciendo organismos conjuntos entre autoridades sociales y sanitarias para la puesta en marcha de políticas

[1] Más adelante lo veremos en la legislación.

sociosanitarias que garanticen la igualdad entre las Comunidades Autónomas, ya que actualmente son éstas quienes lo regulan con alcances diferentes.

En Aragón existe una estructura que fomenta la coordinación sanitaria y social. Las Consejerías de Salud y Consumo y Servicios Sociales establecieron un acuerdo marco de colaboración, de 3 de marzo de 2008, que implicaba la creación de grupos de trabajo: Grupo de Dependencia, de Salud Mental y Drogas, grupo de Atención a la Mujer, de Atención Temprana, de Juventud, de Cooperación Exterior y de Inmigración.

A través de este acuerdo marco y adendas posteriores se han establecido algunas medidas como:

- La definición de procesos y protocolos de coordinación entre hospitales, atención primaria, residencias, programas comunitarios, etc.

Así mismo, en Aragón desde el año 2010 existe un protocolo de valoración de pacientes ingresados en hospitales de convalecencia, que permite acelerar la tramitación del Sistema de Atención a la Dependencia y dirigirlos al recurso más adecuado a su situación clínica y social, garantizando así la continuidad de los cuidados tras el alta hospitalaria.

- Desarrollo de programas para la mejora en la atención sanitaria en las residencias de mayores (centros sociosanitarios). Existen algunos avances como:

1. Derivado del desarrollo a la estrategia de uso racional del medicamento, los servicios de farmacia hospitalaria validan los tratamientos prescriptos a los pacientes de los centros sociales.
2. Se ha realizado la automatización de los informes de salud para la valoración de la dependencia, en atención primaria.

3. Se realiza las consultas médicas a los residentes por personal del sistema sanitario en el mismo centro residencial, haciendo uso de los mismos instrumentos clínicos favoreciendo una continuidad en su atención sanitaria.

El debate sobre la situación sociosanitaria es de larga trayectoria. En estos momentos, aunque se aprecian avances al respecto todavía existe la supremacía de la esfera sanitaria sobre la social. Por ello se plantea como un reto el consolidar una coordinación efectiva para beneficiarse de las ventajas que esto reportaría como optimizar los recursos, mejorar la calidad asistencial y sobre todo mejorar el bienestar y calidad de vida de los usuarios de centros residenciales.

C. Cobertura de residencias con unidades de atención a personas con demencia

"El ingreso a una residencia ha demostrado ser un recurso indispensable para atender a las personas mayores con niveles altos de fragilidad mental o motora". Los cambios producidos en la sociedad como el aumento de la esperanza de vida y la salida de la mujer al mercado laboral han contribuido a la revalorización de las residencias en su rol de atención a la población con estas características. (Matusevich, D; Triskier, F. Rev. Arg. de Psiquiatra. 2007:129).

Según Porcel, P et al.2004, actualmente existen centros para poder atender a personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia, donde se lleva a cabo un tratamiento rehabilitador, terapéutico y asistencial.

Estos centros se estructuran en ámbitos internos diferentes en función de las personas y sus necesidades ya que son personas que necesitan unos cuidados específicos por la evolución del proceso patológico o la situación de dependencia que les afecta.

Dentro de los centros residenciales se pueden destacar diferentes unidades de atención en función de las características del anciano y sus necesidades, entre las cuales se pueden destacar:

-Unidades de larga estancia

-Unidades de convalecencia

-Unidades de cuidados paliativos

Sin embargo es dentro de las unidades de larga estancia donde se atiende, cuida y se trata a personas con demencia avanzada o con trastornos psíquicos crónicos, llevándose a cabo una atención especializada con estas personas y sus familiares.

En España la mayoría de plazas residenciales van dirigidas a personas dependientes, siete de cada diez plazas, siendo en Aragón cinco de cada diez; En cuanto a plazas de tipo psicogeriátrico a nivel nacional sólo un 7,14% se dedican a personas mayores con alguna demencia. En Aragón son muy escasas las plazas psicogeriatrías con tan sólo un 0,61%, cifras inferiores a las que se observan a nivel nacional (Tabla 1).

	PLAZAS DEPENDIENTES	**PLAZAS PSICOGERIÁTRICAS**
ESPAÑA	**68.32**	**7.14**
ARAGÓN	**46.09**	**0.61**

Tabla 1. %plazas residenciales según tipología de usuarios. Elaboración propia en base a datos, Informe 2010.IMSERSO

Debido a la importancia de la atención a personas con demencia **consideramos que es necesario dotar a los centros residenciales de servicios especializados que garanticen una atención integral.**

1.2.2 JUSTIFICACIÓN DESDE EL CENTRO. CONTEXTO PRACTICO

Desde la apertura de la Residencia Santa María de Cabañas el 1 de agosto de 2000 se estaba observando un cambio en la tipología de las personas que ingresaban en el centro y por tanto en las necesidades nuevas a

cubrir. Los residentes eran personas mayores con una autonomía que les permitía realizar todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD[2]) e incluso las instrumentales (ir de compras, coger el autobús, manejar su dinero, etc.) cuya demanda al ingreso era, **no querer esta sólo/a en casa y que les pudiera ocurrir algo.**

Con el tiempo las personas ya atendidas se han vuelto dependientes y las demandas ahora proceden de los familiares, ya que por el problema de salud que tiene la persona mayor, esto es, cuando aparecen en escena las enfermedades neurodegenerativas. Las personas mayores no pueden, no saben o sencillamente los familiares ya están agotados para cuidar a su ser querido.

Toda esta percepción fue objeto del estudio realizado en dos centros: Hogar-Residencia Sariñena y Residencia Santa Mª de Cabañas de La Almunia de Doña Godina, "Perfil actual de las personas mayores que viven en residencias[3]".

El estudio consistió en la realización a una muestra de 117 residentes de un cuestionario que valoraba variables sociodemográficas, de salud y dependencia, situación económica y relaciones familiares.

Atendiendo a nuestro proyecto nos ceñiremos por un lado, a los resultados de los 58 cuestionarios realizados en la Residencia Santa Mª de Cabañas y por otro, en las variables sociodemográficas y de salud para validar

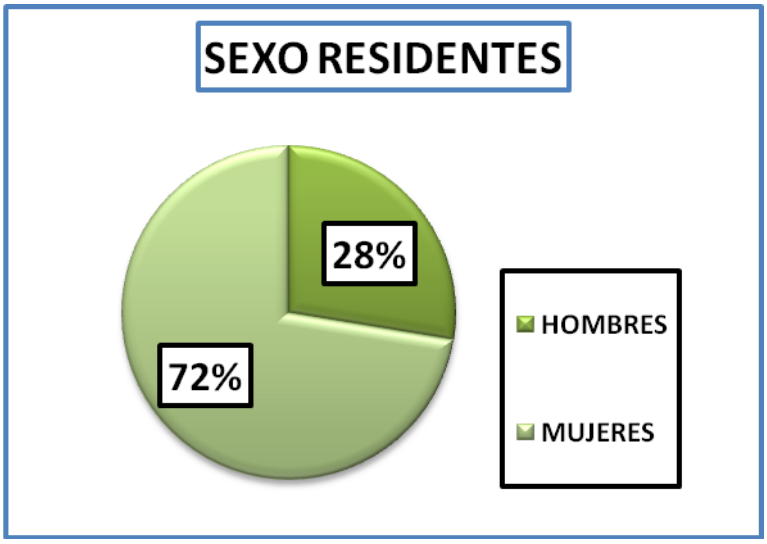
[2] ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

[3] Proyecto "Aproximación al perfil actual de los ancianos en centros de atención residencial". Realizado en Noviembre 2013 por cinco alumnas, tres de las cuales autoras de este trabajo; objeto de la asignatura Practicum de Investigación, curso de adaptación al Grado de Trabajo Social. Ambos centros presentan bastantes similitudes: Están ubicados en dos municipios cabeceras de Comarca y son de titularidad municipal.

nuestra percepción y la necesidad de especializarse en la atención a personas con demencia.

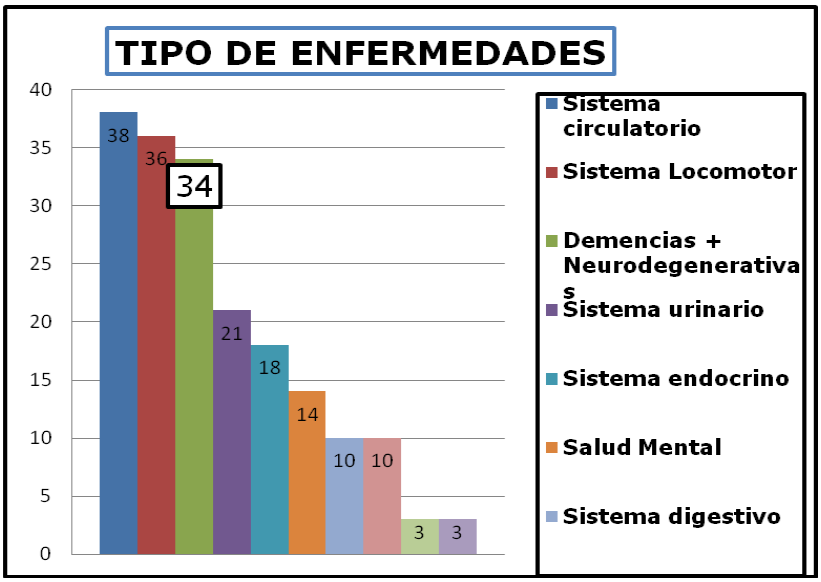
A. Situación Sociodemográficas

Los residentes son mayoritariamente mujeres. De cada 10 residentes 7 son mujeres y 3 hombres.

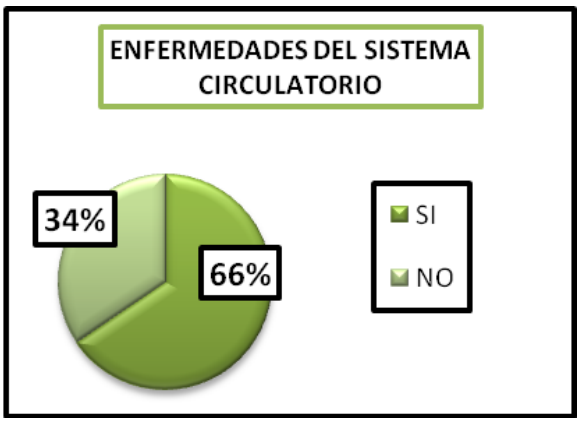


B. Situación de Salud :Tipos de enfermedades

Las personas atendidas en la residencia presentan Pluripatologias (una media de 3 diagnósticos/persona).

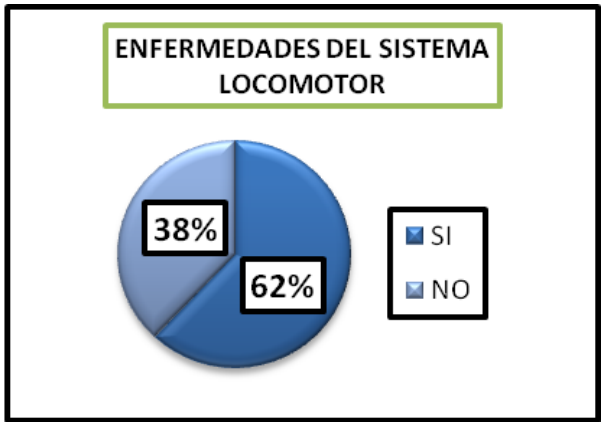


Los diagnósticos más frecuentes son los relacionados con el Sistema circulatorio, sistema locomotor y demencias[4].



En primer lugar, los residentes diagnosticados de patológicas cardiovasculares son un 66%. De cada 10 residentes 6 tienen diagnosticados arritmias, fibrilación auricular, infarto, angina de pecho, y/o toman sintron por los problemas de coagulación.

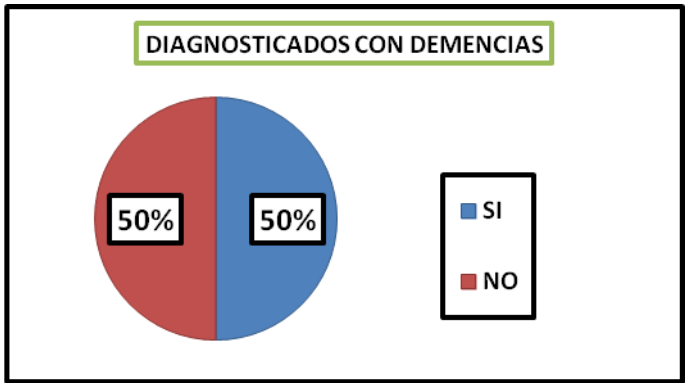
En segundo lugar, están los problemas de salud relacionados con el aparato locomotor. Esto es, que el 62% presenta problemas de artrosis, artritis, osteoporosis, fracturas de cadera, hombro, etc.



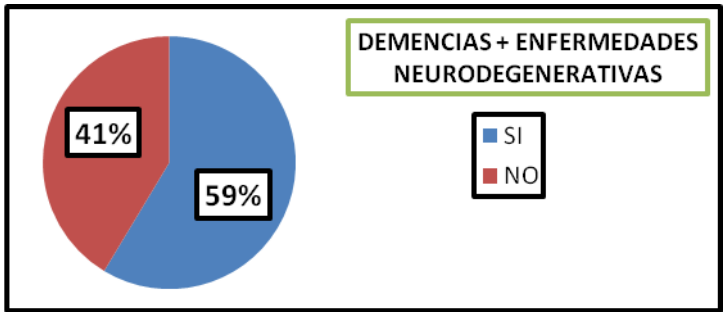
[4] Aunque los diagnósticos coinciden con el estudio global, el orden difiere

En tercer lugar se sitúan **las demencias.**

Como nuestro proyecto su objetivo diana es la atención a las personas con demencias detallaremos los datos de forma más concienzuda.



En la Residencia Santa Mª de Cabañas los datos aumentan con respecto al estudio global a un **50%** y un **59%** como se observa en los gráficos[5].

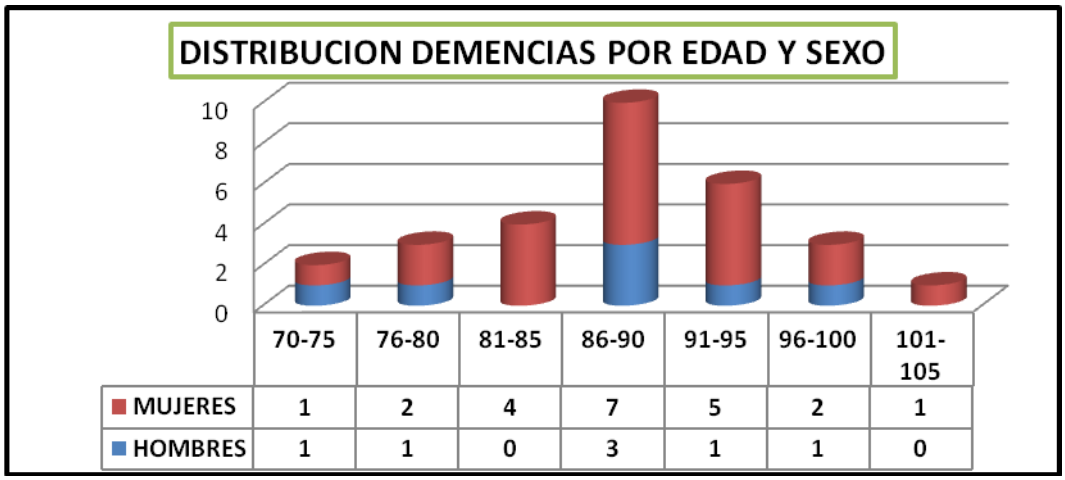


Estos datos **nos revelan la importancia que en el trabajo diario en la residencia supone atender a las personas con enfermedades que afectan al cerebro y que su degeneración es lo único que está asegurado**. Para estas enfermedades no existen tratamientos curativos y las

[5] Los datos en el estudio global Proyecto "Aproximación al perfil actual de los ancianos en centros de atención residencial" fueron que un 49,57% presentaban demencias y que al sumarle las otras enfermedades neurodegenerativas (párkinson, esclerosis, etc.) se alcanza el 58,12%. Datos inferiores a los que aparecen en Residencia Santa Mª de Cabañas.

afecciones funcionales en las ABVD es importantísima, además de los problemas de tipo conductual y el impacto emocional en las familias.

Avanzando en como es el perfil de las personas afectadas nos encontramos con **perfil femenino, el 75% con una edad media de 87,8 años** siendo el rango de más afectados el comprendido entre los 86 y 90 años con un 34,48% seguido del siguiente rango (91-95 años) con 20,68%. Esto es, más de la mitad de las personas diagnosticadas de demencia tienen una elevada edad.



	70-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96-100	101-105
MUJERES	1	2	4	7	5	2	1
HOMBRES	1	1	0	3	1	1	0

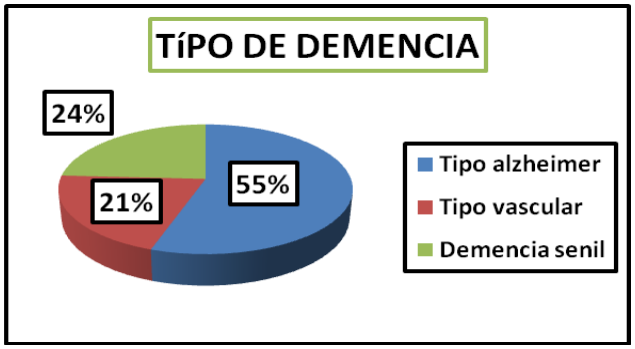
Como se aprecia en la tabla, la media de edad de los residentes es superior en las personas diagnosticadas.

COMPARATIVA DE LA EDAD MEDIA DE LOS RESIDENTES CON LA EDAD MEDIA DE LOS RESIDENTES CON DEMENCIAS		
	GENERAL	CON DEMENCIAS
HOMBRES	83,44	86,40
MUJERES	87,52	88
TOTAL	86,40	87,8

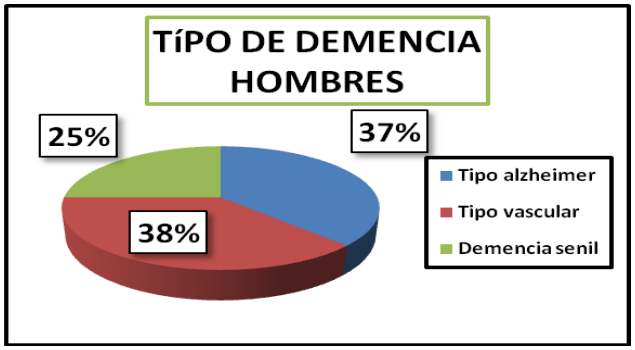
Tabla 2: Graficas de elaboración Propia

En cuanto a la etiología de las demencias los datos nos arrojan las siguientes cifras: el 55% con un diagnostico de demencia tipo Alzheimer, en segundo lugar están las demencias seniles con un 24% (estas suelen ser demencias que no llegan a ser ni valoradas, ni diagnosticadas por un médico

especialista y terminan en el cajón desastre de "demencia senil") y en tercer lugar se sitúan las demencias de origen vascular con un 21%[6].



En cuanto al sexo de los residentes nos aparecen datos muy interesantes según se ven en los gráficos.



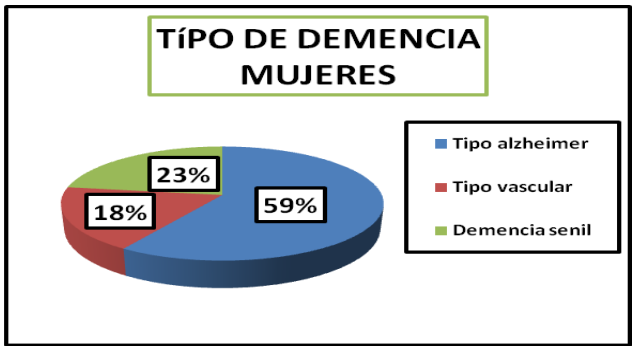
Los hombres presentan en casi igual porcentaje, demencia de origen vascular que demencia tipo Alzheimer[7].

En las mujeres se observa que ocurre un fenómeno contrario: Aumentan hasta un 59% (+4%) las personas con Alzheimer y disminuye al 18% las personas con diagnostico de etiología vascular.

---

[6] En el estudio "Aproximación al perfil actual de los ancianos en centros de atención residencial" se distribuían de las siguiente manera: 55% Alzheimer, 29% demencia senil y 16% de origen vascular, lo cual se corrobora en la Residencia Santa María de Cabañas.

[7] Respecto a los datos generales hay un descenso considerable en las demencias tipo alzheimer de un 18% y un aumento en un 17% de las de origen vascular. Los datos de demencia senil son similares.



Como conclusiones que deben orientar la intervención residencial, se destaca:

1. El 50% de nuestros residentes están diagnosticados de demencias y de estos, el 55% presentan tipo Alzheimer.

2. El 75% son mujeres de una edad avanzada comprendida entre los 86 y 95 años.

3. En cuanto al sexo:

•De cada 10 mujeres con demencias 6 son de tipo alzheimer

•De cada 10 hombres con demencias 4 son de tipo

2. FUNDAMENTACION

2.1. Marco teórico de referencia

2.1.1. LEGISLATIVO

La atención a las personas dependientes en centros residenciales tiene un marco legislativo que la desarrolla tanto a nivel sanitario como a nivel social.

Desde el ámbito sanitario en primer lugar mencionar la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad que establece la creación de un Sistema Nacional de Salud como instrumento destinado a hacer efectivo el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos y las alusiones a la dependencia vinculadas al ámbito sanitario se incluyen en la ley 16/2003, de 28 de mayo,

de cohesión y calidad del Sistema nacional de Salud, en la que se hace referencia a las prestaciones socio sanitarias. En ésta ley se establece que la continuidad del servicio se garantizará por servicios sociales y sanitarios a través de una coordinación entre las administraciones públicas correspondientes. Sin embargo, no se ha llegado a especificar el contenido concreto de la cartera de servicios de atención socio sanitaria.

En Aragón, hacemos referencia a la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón, que regula las actuaciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón.

Ya en el Plan Estratégico de Aragón 2001-2006, se manifestaba la necesidad de diseñar una red de atención socio sanitario, de uso público, que garantizase el acceso de las personas que padezcan dependencia o fragilidad, a los diferentes recursos y servicios, partiendo del principio de equidad.

Pero es en los servicios sociales donde recae la responsabilidad de proporcionar la atención a personas que requieren atención especializada en centros residenciales, basándose en la siguiente normativa:

La norma más representativa en el ámbito social es la ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia que determina la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia.

La LAAD ha propiciado que se desarrollen normativas para la puesta en funcionamiento de los servicios y prestaciones que en ella se determinan, se establecen baremos para valorar el grado de dependencia de las personas que lo solicitan, normativas que regulan la intensidad de los servicios que hay que prestarles a las personas dependientes y las cuantías de las prestaciones en su caso.

También ha traído con ella los términos de calidad y profesionalidad, propiciando nuevas normativas que establecen las competencias profesionales necesarias para aquellos que se dediquen al cuidado de personas mayores en residencias, entre otras establece que para el año 2.015, el 100% de los Gerocultores-auxiliares deberán tener la titulación adecuada para trabajar y los ratios de personal en función de dependientes atendidos.

Una nota negativa de esta Ley, es la tímida referencia que encontramos respecto a la coordinación socio sanitaria, incluyendo en su artículo 3 un principio de colaboración que se reitera en el artículo 21 al regular el servicio de prevención de las situaciones de dependencia.

Pero además, existen otras leyes de servicios sociales desarrolladas por las comunidades autónomas, en Aragón:

- *Ley 4/1996, de 22 de mayo*, del Gobierno de Aragón relativa a la creación del I.A.S.S.

- *Ley 3/1997, de 7 de abril y el Decreto 19/1999, de 9 de Febrero*, de promoción de la accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas, urbanísticas, de transportes y de la comunicación.

- *Ley 5/2009, de 30 de junio*, de Servicios Sociales de Aragón y decretos que la desarrollan.

- *Decreto111/1992, de 26 de mayo*, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.

- *Orden de 21 de mayo de 2010*, del Departamento de Servicios Sociales y familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas del SAD, Centros de día, Centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón. Norma que permite en Aragón acceder a plazas residenciales.

Normativamente se aprecia un esfuerzo en conseguir una homogeneidad en atención y calidad en los servicios que se prestan en las residencias.

2.1.2. CONCEPTUAL

A. Demencias

■ Concepto

"La demencia se define como una pérdida de las funciones intelectivas (de dos o más áreas) respecto de un nivel previo normal, de intensidad suficiente como para impedir el desenvolvimiento independiente de la persona en su medio social y/o laboral habitual"(Espinosa, Mª C. et al 2004:74).

"Los objetivos fundamentales en el tratamiento de la demencia son: mejorar la calidad de vida, mantener al máximo la autonomía funcional, retrasar la perdida cognitiva, controlar los trastornos no cognitivos, adaptar el entorno y apoyar al cuidador"(Ibido ib.).

Una apreciación: Demencia no es igual a enfermedad mental.

"Demencia" no quiere decir locura, aunque el término tenga, históricamente esa connotación. Procedente del latín: **"fuera"** y **"mente"**. Se trata de un término aplicado al conjunto de síntomas y no a la enfermedad o enfermedades que lo causan. La demencia es una pérdida o deterioro de la capacidad cognitiva causada por varias enfermedades. Estas son enfermedades crónicas de larga evolución, que destruyen lentamente las células del cerebro y que ocasiona la pérdida de capacidades del enfermo (motoras, sensoriales y cognitivas).

Se entiende por enfermedad mental aquellas enfermedades del cerebro que producen alteraciones en el pensamiento, la percepción, las emociones y la conducta. (FEAFES VALLADOLID "EL PUENTE" en http://www.foroqpea.es/).

Esta distinción es importante dejarla clara porque en ocasiones se entremezclan los conceptos y se acoge bajo el paraguas de las demencias a toda persona mayor que presentan trastornos de conducta y por tanto se las deriva a la atención residencial.

Bajo este prisma, consideramos que las residencias de personas mayores no son el recurso idóneo para atender a las personas mayores que sufren una enfermedad mental, sobre todo si carecen de control médico necesario.

■ Tipología

➢ Demencia tipo Alzheimer: "Se define como un trastorno multisistémico degenerativo del sistema nervioso central, clínicamente caracterizado por un inicio insidioso con un deterioro cognitivo difuso y funcional progresivo" (Deus, J. et al 2004:392).

"El cuadro clínico se caracteriza por la alteración de las funciones simbólicas (afasia-apraxia-agnosia) con un deterioro de las funciones intelectuales y de forma especial y precoz de la memoria, y con confusión espacial" (Martínez, M. 1997:42).

➢ Demencia origen vascular: "Se define como un deterioro de la memoria y de dos o más dominios cognitivos lo suficientemente severos para interferir en las actividades de la vida diaria" (Muñoz, E.; Latorre, P. 2004:209).

El inicio suele ser brusco entre los síntomas que aparecen destaca el dolor de cabeza, vértigos, desmayos, deterioro de la memoria, trastorno del sueño, cambios en la personalidad. El estado de ánimo se altera con mayor facilidad pasando rápidamente de la alegría a la tristeza.

A diferencia de la enfermedad de Alzheimer, el sujeto es consciente de sus déficits y tiene más conservada su personalidad.

"La forma más frecuente de manifestarse es la Demencia Multinfarto en la que múltiples pequeños infartos afectan a zonas cerebrales como el tálamo, ganglios basales y la cápsula interna" (Martínez, M.1997:42).

- Enfermedad de Pick: Se caracteriza por una atrofia cerebral en la zona prefrontal y temporal, es más frecuente en mujeres y suele iniciarse entre los 50-60 años. En el inicio se suele producir cambios de personalidad, apareciendo unos dos años más tarde los trastornos cognitivos, los déficits frontales conducen a la repetición de comportamientos y frases estereotipadas. A diferencia de la enfermedad de Alzheimer, no hay desorientación temporo-espacial (Martínez, M. 1997).

- Demencia en la enfermedad de Parkinson: "La enfermedad de Parkinson es una afección neurológica que se caracteriza por temblor, rigidez muscular y enlentecimiento de movimientos debido a la pérdida progresiva de neuronas dopaminérgicas en los núcleos basales" (Martínez, M.1997:44).

- Corea de Huntington: "Es una rara enfermedad hereditaria que cursa con una degeneración de los ganglios basales y sustancia negra y el consiguiente déficit del neurotransmisor GABA, lo que origina síntomas motores en forma de movimientos incontrolados"(Martínez,M.1997:44).

Es un trastorno con evolución de 10 a 20 años, que se inicia en la edad adulta. Las primeras alteraciones pueden ser del tipo de cambios de personalidad, movimientos extraños como espasmos o tics, y la evolución es hacia un progresivo deterioro (Ferrer, C.; Vallespi, A. 1997).

- Enfermedad de cuerpos Lewy: Demencia asociada a síntomas parkinsonianos similares a los que presentan los sujetos con enfermedad de Parkinson, entre dichos síntomas destaca el deterioro cognitivo progresivo, alucinaciones, parkinsonismo espontáneo, caídas repetidas, sincopes, delirio y perdidas de conciencia entre otros (Muñoz, E.;Latorre,P.2004).

- Hidrocefalia normotensiva: "Es un trastorno en la reabsorción del líquido céfalo-raquídeo que lleva a la dilatación de los ventrículos cerebrales y que se caracteriza por una alteración de la marcha y una demencia de rápida evolución de características subcorticales y asociada a la incontinencia de esfínteres" (Martínez, M. 1997:44).

- La enfermedad de Creutzfeld-Jacob: "Se trata de una demencia transmisible provocada por partículas proteicas que se instalan en el núcleo neuronal y que son resistentes a los métodos de esterilización, produciendo una demencia de curso rápidamente progresivo y que lleva a la muerte en un periodo de un año" (Martínez, M. 1997:45).

"Se caracteriza por el inicio subagudo (en pocos días-semanas) de un deterioro cognitivo con problemas de memoria, trastorno del lenguaje y alteraciones visuales. No es rara la presencia de alucinaciones, trastornos conductuales como ataques de pánico y psicosis" (Muñoz, E. y Latorre,P. 2004:211).

■ Síntomas

Según Martínez, M. 1997, los síntomas de la demencia se diferencian en:

- Alteraciones en la memoria: "la memoria reciente se va deteriorando y al sujeto le cuesta cada vez más retener información más allá de un minuto" (Martínez, M.1997:35).
- Alteración en la Orientación: En primer lugar se altera la orientación temporal seguida de la espacial y el no reconocimiento de las personas.
- Deficiencia de lenguaje: La afasia, dificultad tanto en la expresión verbal (afasia de Wernicke) como en la comprensión verbal (afasia de Broca) es una de las características fundamentales de las demencias. Las dificultades en el lenguaje como lentitud, repeticiones, estereotipias e imprecisiones,

ecolalias, llegando a tener un neolenguaje en la fase final, son típicas de las demencias tipo Alzheimer y las de origen vascular.

- Dificultades en la abstracción: "La capacidad para elaborar conceptos abstractos, para generalizar a partir de instancias simples o encontrar similitudes y diferencias entre distintos conceptos suele alterarse desde el principio de las demencias" (Martínez, M. 1997:37).
- Cambios en la personalidad: "Estos cambios pueden expresarse como una agudización de los rasgos previos, como indiferencia, introversión o irritabilidad y explosividad" (Martínez, M, 1997:37).
- Síntomas psiquiátricos:

  - Delirios paranoides: Hostilidad hacia las personas más cercanas por pensar que quieren robarle, pensar que sus familiares son otras personas.
  - Alucinaciones y agnosias (alteraciones de la percepción): En el primer caso, el sujeto se ve o escucha a personas que no existen. En el caso de la agnosias, la persona no reconoce el estimulo, para él no existe en su mente y por tanto no lo puede identificar.
  - Síntomas depresivos: los cuales pueden aparecer como respuesta al inicio del deterioro, de la misma causa que provoca la demencia o ser síntomas de la demencia parecidos a la depresión.
  - Labilidad e incontinencia afectiva: cambios en el tono emocional, el sujeto pasa en cuestión de segundos de la risa al llanto.

■ Fases

- Fase inicial de la enfermedad: (Demencia leve)

Se inicia una pérdida variable de la autonomía y poco a poco van aumentando los problemas cognitivos, problemas en la ejecución de las actividades de la vida diaria y comunicación, fomentando así una actitud de aislamiento (Porcel, P. et al 2004).

El síntoma fundamental de esta fase inicial son los olvidos, al principio olvida lo que acaba de ocurrir o lo que se le ha dicho, pierde las capacidades de concentración e interés, no sabe ni en qué día vive ni qué hora es. Comienza a manifestarse cambios en la personalidad como ansiedad, enfado, depresión (Martínez, J.M. et al 2002).

- Fase intermedia: (Demencia moderada)

El paciente no puede ocultar el estado en el cual se encuentra su enfermedad, se produce una pérdida total de la memoria reciente, no puede realizar sin supervisión las actividades básicas de la vida diaria, pueden aparecer los problemas de incontinencia, se producen problemas de sueño y siguen manifestándose alteraciones en el comportamiento (Martínez, J.M. et al 2002).

"En las tareas más complejas, para evitar el fracaso y frustración, la persona puede llegar a utilizar como mecanismo de defensa la negación y el oposicionismo, resistiéndose a la hora de realizarlas" (Devi, J. et al 2004:258).

Al final de esta fase puede comenzar a presentar dificultades para deglutir alimentos (Pascual, G. y Barles, 1999).

- Fase terminal: (Demencia severa)

"En esta etapa es típica la deambulación continua y sin rumbo por los pasillos (vagabundeo)" (Devi, J. et al 2004:259).

El paciente repite las palabras finales de frases, balbucea y avanza hacia el mutismo total. Al final de esta etapa el paciente dejara de caminar y pasara la mayor parte del tiempo encamado (Pascual, G. y Barles, 1999).

El Dr. Reisberg profesor de psiquiatría en Nueva York e investigador, dirigió una investigación en la que se estudio al detalle las fases de la enfermedad de Alzheimer comparándolas con las fases del desarrollo humano

elaborando la llamada Teoría de la Retrogénesis. En al Congreso Internacional de Alzheimer celebrado en Madrid en 2011 la presento en una de las mesas redondas y que se resume en el siguiente cuadro:

FASES FUNCIONALES DEL DESARROLLO HUMANO NORMAL Y DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (Reisberg. B)			
Edad aproximada	**Habilidades adquiridas**	**Habilidades perdidas**	**Fase Alzheimer**
12 + años	Mantiene una tarea	Mantiene un trabajo	INCIPIENTE
8-12 años	Manipula finanzas simples		LEVE
5-7 años	Escoge la ropa adecuada		MODERADA
5 años	Se pone la ropa sin ayuda		MODERADA
4 años	Se ducha sin ayuda		GRAVE
4 años	Va al lavabo sin ayuda		
3 – 4 años y medio	Controla la orina		
2- 3 años	Controla la defecación		

■ Atención a Personas con Demencia

a) Intervenciones farmacológicas: El tratamiento con farmacopea es estrictamente del ámbito médico y no es objeto de nuestro estudio.

b) **INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS**:

Zeisel, J. (2011) en el Congreso Internacional de Alzheimer, Madrid 2011 en su conferencia "Perspectivas actuales en terapias no farmacológicas innovadoras" planteó que la oposición entre ambos tipo de intervención se dan cuando se aplican a las demencias y no a otras enfermedades y el mismo da la respuesta atribuyendo al desconocimiento de la demencia y en el sentimiento

generalizado de desesperanza sobre la posibilidad de prevenir y frenar la enfermedad.

Establece que *"los enfoques no farmacológicos para la demencia incluyen intervenciones de naturaleza cognitiva, conductual, de comunicación y creatividad, así como diseño ambiental de apoyo y herramientas tecnológicas que involucran a las personas con demencias, dando soporte a sus habilidades para participar en la sociedad. Mejorar su día a día y su calidad de vida y fomentar su creatividad"*. (Zeisel,2011)[8]

Hay investigaciones que así lo han demostrado tales como las realizadas por Cohen-Mansfield, Jiska et al 2010, entre los años 2010 y 2012 realizado unos estudios en siete residencias de Maryland en los que demuestra que a través de intervenciones no farmacológicas (utilización de estímulos predeterminados: Estímulos vivos, simulados, de tarea, etc.) se puede llegar a mejorar el estado de agitación y bienestar de las personas con demencia institucionalizadas.

Otro estudio realizado en Barcelona por Villar, F. et al, 2013 de intervención no farmacológica en residencia, trataba de conseguir cambios en el comportamiento de la persona con demencia a partir de su participación en la reunión interdisciplinar de su PAI (Plan de atención individualizada). Los resultados demostraron que no se daba ningún cambio en el comportamiento del residente pero que sí se mejoraba en la interacción personal entre el residente y el personal en el que se veían aumentados los potenciadores personales de vinculación y ocupación. Por tanto se demuestra como una intervención no farmacológica válida.

[8] Conferencia impartida por Zeiser,J en el Congreso Internacional Alzheimer 2011, al cual se puede acceder:http://www.alzheimerinternacional2011.org/diferido.php?ver=a02&idioma=es&i=1, recuperado el 1 de junio de 2014.

Se debe trabajar la enfermedad en equipo puesto que un mismo problema puede afectar a diferentes esferas de salud (Requena, E. et al 2004).

"El equipo de profesionales ha de tener una **formación y capacitación especifica** en este dominio para definir, elaborar y manejar protocolos de diagnostico orientados a la detección precoz y de evolución de la enfermedad e instrumentar medidas de calidad de vida y satisfacción del usuario" (Boada, M. 2002: 236).

Como **objetivos con los <u>profesionales</u>** en la atención de las demencias, según IMSERSO 2007 se establecen:

- Favorecer la formación continua de los profesionales.
- Establecer un programa de cuidados para los cuidadores profesionales rebajando el estrés que produce estar a cargo de este tipo de enfermedad.
- Motivarlos.
- Implantar protocolos donde queden reflejados todas las tareas y actividades con el enfermo.
- Reflejar todas las áreas de intervención en un plan individualizado, destacando el personal responsable de cada área.
- Trabajar siempre desde la persona.
- Instaurar canales de comunicación flexibles y eficaces, tanto entre los profesionales como en las familias.

La demencia provoca en el enfermo y en su familia cambios en su vida cotidiana y los obligan a adaptarse a nuevas situaciones.

La atención a personas con demencia implica a la <u>persona que la sufre</u>, <u>a su familia</u>, y <u>al equipo de profesionales</u> que le atienden.

Según IMSERSO 2007, los **objetivos** en la atención de las demencias con los **usuarios y familias** son:

- Dar una atención integral al enfermo, cubriendo sus necesidades tanto a nivel físico como psicosocial.
- Proporcionar un tratamiento adecuado en todas las áreas.
- Que tanto el enfermo como su familia tenga en la residencia la respuesta a las necesidades que se plantean.
- Llevar a cabo un plan individual de atención.
- Controlar y evaluar la evolución de la enfermedad, potenciando el grado de autonomía del enfermo.

La familia debe ser informada para conocer lo que es la enfermedad, consecuencias, y cómo comportarse ante los cambios de conducta del enfermo y ante las alucinaciones y delirios que este pueda presentar, el afecto hacia el enfermo debe ser mantenido lo máximo posible (Porcel, P. et al 2004).

El grupo familiar debe entender y aceptar la enfermedad y seguidamente relacionarse con su enfermo para acompañarlo y cuidarlo hasta la muerte (Petit, J. et al 2004).

En esta línea hay estudios que demuestran como **la intervención con familias mejoran la calidad de vida de éstas y de las personas con demencia**. Señalamos algunos de ellos:

- ✓Las familias y en concreto el cuidador principal se ven desbordados por la situación, carecen de información sobre la enfermedad y habilidades para los cuidados específicos, su capacidad de afrontamiento es baja. Todo ello genera ansiedad, depresión, sentimientos de sobrecarga, insatisfacción en el cuidado como queda recogido en los artículos de Pamela Lea Steadman, MA, 2007 y Libre Guerra J.C. et al. 2005.

- ✓Tal y como demuestran algunos autores (Gutiérrez, B. 1995; Gandoy, M. et al. 1999; Etxeberria-Arritxasbal, I. 2005) en sus respectivos estudios, tras un programa de intervención formativa, terapia de grupo, grupos de apoyo o psicosocial se constata una mejoría en el estado de salud física y mental del cuidador, desciende el sentimiento de sobrecarga y aumenta la resiliencia. En definitiva, mejora la calidad de vida como ratifica el estudio de (Alonso-Babarro, A. et al. 2005).
- ✓Los mayores puntajes en resiliencia se relacionan con una buena relación previa al cuidado, ésta conclusión queda reflejada tanto en el estudio de (Pamela Lee Steadman, MA, 2007) como en el de (Fernández-Lansac, V. 2012).
- ✓Una de las conclusiones que se hacen patentes en la mayoría de los estudios es la demanda por parte de las familias de información a cerca de la enfermedad, de cómo abordarla, del cuidado, de qué hacer ante situaciones de agitación, agresividad, etc. En este punto nos encontramos que además de algunos de los estudios ya expuestos, el realizado por (Hornillos, C. et al 2007) resalta los GAM (Grupos de ayuda mutua) cuyos pilares fundamentales son la trasmisión de información y el apoyo entre cuidadores.

B. Residencias

■ Concepto

En la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (L.A.A.D.), establece en el catálogo de servicios, artículo 15, el Servicio de Atención Residencial que incluye las residencias de personas mayores en situación de dependencia.

En Aragón, nos encontramos con diferentes definiciones. Desde el punto de vista Legislativo, el todavía vigente Decreto 111/92, de 26 de mayo, de la

Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados, establece en el anexo I, que las residencias son centros de servicios sociales con internamiento que constituyen un alojamiento temporal o permanente para aquellas personas que por diversas circunstancias no puedan permanecer en el mismo.

La Orden de 21 de mayo de 2.010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, establece como servicio de alojamiento a aquel que se ofrece en un centro residencial de la red pública cuando no resulta posible su permanencia en el domicilio habitual. Proporcionando desde un enfoque biopsicosocial, atención continuada y especializada en función de su grado de dependencia, de su situación social y de otras circunstancias personales del beneficiario.

El Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón, en cumplimiento y desarrollo de la Ley 5/2009 de 30 de junio, de Servicios Sociales en Aragón, define a las residencias como "centro de atención residencial diseñado para ofrecer una atención continuada durante 24 horas, con presencia física de personal que disponga de la cualificación exigida. Además deberá contar con las instalaciones necesarias para ofrecer todos los servicios propios de una alternativa al domicilio particular, así como todos los medios necesarios para desempeñar correctamente los contenidos, tanto de naturaleza hostelera como asistencial y técnica, propios de las prestaciones de servicio a las que se destine".

En definitiva, ante la multitud de definiciones de centro residencial, nos hacemos eco de la que Pilar Rodríguez (2007:39) define como: "Un centro gerontológico abierto al desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia".

■ Tipología y plazas residenciales

Decreto 111/92, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados, establece tres tipologías: Residencia de ancianos válidos, residencia de ancianos mixta y residencia de ancianos asistida.

Pilar Rodríguez, en el Manual de Orientación "Residencias para personas mayores" (1999), se quiere apartar de la típica división en válidos, mixtos y asistidos y optar más por una tipología flexible en la que las residencias atiendan a personas no sólo por que tengan algún grado de dependencia, sino aquella que su vivienda no les brinda condiciones precisas a sus necesidades, o a otras que sufren aislamiento y soledad y que tienen dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria.

En cuanto a su forma jurídica, las catalogamos en dos tipos fundamentales:

Titularidad pública	CCAA
	Diputaciones Provinciales
	Corporaciones Locales
Titularidad privada	Sin ánimo de lucro
	Con ánimo de lucro

Y según la tipología de camas ofertadas, dentro de los servicios residenciales, según Yanguas (2007:94) los que más aceptación tendrían por una inmensa mayoría de técnicos serán: camas básicas, camas asistidas, camas socio sanitarias y camas psicogeriátricas. Éstas últimas las define como "Atención integral y vivienda permanente para mayores con trastornos cognitivos que requieren espacios físicos adaptados a sus necesidades y programas específicos con personal especializado. Los servicios que adquieren una relevancia especial son aquellos relacionados con cuidados psicológicos y psiquiátricos".

C. Atención residencial a personas con demencia

Los niveles de intervención pueden ser individual/familiar, grupal o comunitario. La intervención en esos niveles se hará siguiendo los principios contemplados en el modelo biopsicosocial.

El modelo biopsicosocial tiene como objetivo principal el proporcionar una serie de conocimientos centrados en los diferentes factores que intervienen en la realidad del individuo, grupo o comunidad: BIOLOGICO, PSICOLOGICO Y SOCIAL.

Si la atención a personas mayores en centros residenciales requiere una atención integral e individualizada, cuando la persona a la que tenemos que atender es un persona que presenta una demencia, la atención que necesita debe ser mucho más especializada, partiendo de la premisa "atención centrada en la persona" desde las esfera biopsicosocial hasta abordar aspectos tan dispares como el entorno físico en el que va a vivir y los cuidados más básicos de las ABVD.

En cuanto al entorno físico diversos autores han señalado su importancia:

"Es ya comúnmente aceptado el papel relevante que el entorno socio-físico tiene en la calidad de vida de las personas mayores" (Guía, 2009:92)

"El ambiente es un elemento de tratamiento que está presente veinticuatro horas al día [….] La influencia sobre el ambiente ha demostrado favorecer determinados aspectos en el anciano demente" (interacción social, comunicación, etc.) (Rodríguez, P. 1999:101).

■ Instalaciones y diseño arquitectónico

Se debe prestar importancia no sólo a las instalaciones básicas que debe disponer un centro residencial, sino también al

diseño arquitectónico y ambiental del centro atendiendo a las características específicas de los residentes.

Según Pilar Rodríguez (1999:85) las instalaciones básicas de las que hay que dotar a un centro residencial corresponden a: Instalación eléctrica, de fontanería y desagües, calefacción, protección de incendios y evacuación, megafonía, alarma, telefonía y ascensores. Otras instalaciones que no siendo imprescindibles pueden contribuir a la atención integral de los usuarios cabría destacar: Instalación de climatización, Instalación de circuito interior de televisión y de seguridad contra intrusión.

Respecto al diseño arquitectónico del centro, según la misma autora (1999), deberá contribuir a potenciar la autonomía física, conseguir la seguridad física, respetar la intimidad personal, potenciar las relaciones sociofamiliares y facilitar la labor del personal en cuanto al desarrollo de sus funciones, en definitiva mejorar la calidad de vida y el nivel de confort, tanto físico como psíquico de las personas residentes.

Las variables arquitectónicas y físicas que hay que considerar en el diseño ambiental pueden agruparse en (Rodríguez, P. 1999):

- Señales de orientación, ya que uno de los síntomas iniciales de la demencia es la desorientación temporal y espacial. (Ej. Uso carteles, pictogramas, calendario, reloj, etc.).
- Mecanismos de seguridad que garanticen la integridad física del usuario. (Ej. Detectores de movimiento).
- Estimulación sensorial. Si es excesiva puede producir agitación e irritabilidad y si es nula, la pasividad y falta de comunicación (Ej. Ruido ambiental, luminosidad, zonas sombrías, etc.).
- Equipamiento adecuado que evite riesgos y favorezca la comodidad de los residentes (Ej. Eliminación de alfombras, materiales ignífugos y lavables, etc.).

Aspectos arquitectónicos atendiendo sus características específicas (Ej. Geometría de las estancias y dimensiones, colores).

En este último punto se incluiría la distribución de espacios físicos, que según señalan Devis, Deus y otros (2004) es importante:

- Suprimir cualquier obstáculo o barrera arquitectónica, así como la detección y/o eliminación de cualquier factor de riesgo.
- Que esté pensado en base a la dificultad de orientación de los pacientes.
- Organizar el espacio donde han de vivir estas personas (con enfermedad de Alzheimer o cualquier otro tipo de demencia) y revisarlo periódicamente.
- La inclusión de elementos decorativos.
- La selección de instrumentos de la vida diaria.

■ Áreas Y Programas de Atención

Son muchos los autores que establecen que una atención integral debe contemplar diferentes áreas entrelazadas con programas específicos en cada uno de ellas, tales como Rodríguez, P.1999 o Martínez ,J. M. 2002.

Los autores (Yangas, J. 1998:75), proponen una visión compleja de la realidad de la intervención. Dicen "*En el caso de la demencia, la influencia del trastorno orgánico-cerebral afecta de manera distribuida y paralela, en otras áreas: al área cognitiva, emocional, comportamental y sistema familiar*".

Esto sugiere que debe realizarse la intervención desde y sobre todas las áreas implicadas.

Desde este punto de vista, **algo que puede haber sido clasificado como no tratable e irreversible (Alzheimer), puede ser tratable** si

podemos **mejorar la calidad de vida** de estas personas: Reducción del estrés, mejorando las relaciones familiares, apoyo emocional y formación con familias. Pasaremos de hablar de cuadros clínicos a funciones cognitivas, psicoafectivas, apoyo emocional o formación familiar.

Los autores (Yangas, J. 1998), plantean unas áreas básicas contextualizadas en una residencia dentro del plan general de intervención (PGI). Están basadas en el modelo de influencia que es un modelo explicativo de las interacciones entre programas, tanto en diferentes niveles como programas, proyectos, etc.

- **Área de salud**

<table>
<tr><th colspan="6">AREA DE SALUD I</th></tr>
<tr><td colspan="6">Subárea de salud física</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Programa de valoración geriátrica</td><td rowspan="2">Programa de tratamiento geriátrico</td><td colspan="3">Programas de rehabilitación y mantenimiento</td><td>Programas de prevención y promoción</td></tr>
<tr><td>Gimnasia</td><td>Fisioterapia</td><td>Terapia ocupacional</td><td>Automedicación Hábitos saludables</td></tr>
<tr><th colspan="6">AREA DE SALUD II</th></tr>
<tr><td colspan="6">Subárea de salud psíquica</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cognitiva</td><td colspan="4">Psicoafectiva</td></tr>
<tr><td>Demencia</td><td>Olvido senil benigno</td><td>Ingreso</td><td>Trastornos de ansiedad</td><td colspan="2">Trastornos depresivos</td></tr>
<tr><td>Programa de orientación en la realidad</td><td>Programa de entrenamiento de memoria</td><td>Unidad de apoyo de ingresos</td><td colspan="2">Programa de entrenamiento en relajación</td><td>Programa cognitivo conductual</td></tr>
</table>

Cuadro 1: Yanguas, 1998:84

- **Área relaciones sociales**

<table>
<tr><th colspan="8">AREA DE LAS RELACIONES SOCIALES</th></tr>
<tr><th colspan="4">Subárea de interacción social</th><th colspan="4">Subárea familiar</th></tr>
<tr><th colspan="2">Intervenciones grupales</th><th colspan="2">Intervenciones no grupales</th><td rowspan="2">P. lúdico relacional</td><td rowspan="2">P. formativo</td><td rowspan="2">P. de apoyo</td><td rowspan="2">P. participativo</td></tr>
<tr><td>P. de apoyo social</td><td>P. de entrenamiento en HHSS</td><td>Individual</td><td>Ambiental</td></tr>
</table>

Cuadro 2: Yanguas, 1998:85

- **Área de ocio, cultura y educación**

AREA DE OCIO, CULTURA Y EDUCACACION						
Educación-Cultura		Ocio-Tiempo libre				
Programas educativos		Programado				No programado
Grupales	Individuales	Cognitivo	Salud	**Social**	Educativo	Libre

Cuadro 3: Yanguas, 1998:85

- **Área de organización**

AREA DE ORGANIZACIÓN				
Órganos de representación			Órganos de trabajo	
JUNTA DE GOBIERNO		Asambleas generales	Departamentos	Equipo interdisciplinar
Formación	Trabajo y coordinación con departamentos		Equipos por programas	

Cuadro 4: Yanguas, 1998:86

- **Área de ambientes**

AREA DE AMBIENTES					
Físico		Social		Organizacional	
Variables físicas y arquitectónicas	Ayudas protésicas a la orientación	Escenarios	Percepción de las relaciones	Normatividad	Participación

Cuadro 5: Yanguas, 1998:86

- **Área de comunidad**

AREA comunitaria								
Subárea Social			Subárea coordinación socio-sanitaria			Recursos		
P. de Inserción	P. organización y autoorganización	P. Complementación institucional	Atención primaria	Atención especializada	Salud mental	Hogar	Centro de día	Estancias diurnas

Cuadro 6: Yanguas, 1998:87

Este programa modelo de influencia nos plantea como una acción en uno de los programas desarrollados tiene consecuencias en otro de los programas permitiendo desarrollar las potencialidades indirectas y aprovecharlas a través de su control y optimización.

Este modelo pone en valor la importancia del equipo de trabajo y el trabajo interdisciplinar que más adelante desarrollaremos.

Para ello pondremos el ejemplo que (Yangas, J.et al. 1998:88) expone:

"Nos situamos en un centro residencial de personas mayores entre otros programas que componen el PGI se desarrolla un Programa de Apoyo Social, que incide sobre el residente, y un Programa de Intervención con la Familia, que incide sobre la familia de éste.

El Programa de Apoyo Social ejerce un –efecto directo- sobre el residente por su asistencia, pero a su vez ejerce su influencia/ -efecto indirecto- o secundario sobre la familia de éste y entre sus compañeros, por cuanto el residente se relaciona con ellos. En otras palabras el residente extiende el efecto del Programa en sus relaciones posteriores.

Ocurre de la misma manera, pero en sentido inverso, con el Programa de Intervención familiar; éste ejerce un efecto sobre los familiares que asisten a él, pero éstos a su vez extienden los resultados a sus relaciones y amplían la influencia del Programa a otros familiares que no han asistido al mismo y, en alguna medida a otros residentes.

De esta manera los efectos del Programa se van extendiendo a otras familias y residentes."

■ Plan Individual de cuidados o Plan de atención individualizada.

Según los autores y lugares se emplea un concepto u otro cuyo significado es el mismo. En Aragón se utiliza el concepto **Plan de Atención Individualizada (PAI)**.

Se trata de un documento en el que queda recogida la atención integral personalizada y continua que se presta a un residente en las residencias de personas mayores dependientes. Se hace uso del plan individualizado de atención, formado por programas interrelacionados que deben adaptarse al contexto residencial, con **el**

objetivo de dar respuesta a las necesidades, demandas y calidad de vida de las personas usuarias (Manual, 2007).

"Se diseñará un plan de intervención integral individualizado para la persona enferma y se trabajará con ella todo aquello que se encuentre conservado tanto total como parcialmente, estimulando las diferentes funciones con el fin de enlentecer el proceso de deterioro lo máximo posible y rehabilitando aquellas funciones o aspectos que todavía no se han perdido" (Devi, J et al 2004:263).

Las intervenciones contenidas en el Plan Individual de cuidados o PAI, deberán caracterizarse por, según Barquero, 2002, citado por Yanguas, 2007:

- Objetivos individuales de los cuidados y tratamientos identificables.
- Los objetivos deben ser razonables y medibles teniendo en cuenta que son personas con demencia.
- Formulación coordinada y en colaboración con el equipo interdisciplinar.
- Constancia de los servicios y cuidados que se darán para conseguir los objetivos.
- Indicación de la frecuencia con que se deben dar los servicios específicos.
- Las voluntades anticipadas, si existen, deben contemplarse en el plan de cuidados.
- Participación de los residentes (fases leves de la enfermedad) y de sus familias en la formulación y revisión del Plan de cuidados.

El PAI recogerá las aportaciones que hará cada profesional del equipo dentro de los programas que se establecen en las diferentes áreas antes citadas según el modelo de influencia.

■ Un equipo profesional interdisciplinar

"Un equipo de trabajo es un pequeño número de personas con habilidades complementarias, comprometido con un propósito común, objetivos de rendimiento y enfoque, de los que se consideran mutuamente responsables" (Yaguas et al, 1998:110).

Para poder y saber trabajar en equipo se precisa tener las siguientes habilidades (Yanguas et al, 1998).

- La aceptación de los objetivos del equipo.
- Coordinación.
- Comunicación constante.
- La escucha activa.
- Las habilidades interpersonales.
- La complementariedad.
- Reconocimiento mutuo.
- Cooperación con los demás.

En el contexto de las personas con demencias (Devi, Deus, et al,2004:152) establece premisas en cuanto a la configuración del equipo interdisciplinar:

"*Los profesionales implicados en la atención específica a enfermos geriátricos con demencia, enfermedad de Alzheimer u otra patología crónica invalidante, han de ser médicos, enfermeras,* ***trabajadores sociales****, psicólogos, fisioterapeutas, además de auxiliares, animadores o terapeutas ocupacionales con formación específica adecuada.*"

Todos los miembros del equipo deben tener una serie de competencias: Esto es, la integración del **SABER** (conocimiento), el **SABER-HACER** (aptitudes o habilidades) y **ACTITUDES**. Todo esto les permite trabajar con un estilo participativo, integrado e interdisciplinar.

Algunas de las competencias que deberían tener todos los profesionales pertenecientes a un equipo interdisciplinar que trabajan con personas mayores en un centro son las siguientes:

Trabajo en equipo	**Capacidad para trabajar con otras personas estableciendo un relación eficaz.**
Profesionalidad	Capacidad para aplicar los conocimientos y habilidades. Muestra interés por adquirir y trasmitir nuevos conocimientos y experiencias
Visión global	Conocimiento de la filosofía, misión, valores, objetivos y modelos de trabajo de la institución
Habilidades sociales	Capacidad de ser asertivo, empático, saber escuchar, manejo de lenguaje verbal y no verbal y adaptación de mensajes
Liderazgo	Capacidad para conducir, organizar y motivar equipos
Negociación	Capacidad para llegar a acuerdos
Orientación al cliente	Sensibilidad, actitud e interés hacia el conocimiento y satisfacción de las necesidades del cliente
Orientación a resultados	Capacidad para utilización de los recursos buscando optimizarlos con la máxima calidad y eficiencia
Adaptación a los cambios	Actitud abierta a los cambios
Organización del trabajo	Capacidad para rentabilizar su propio esfuerzo, optimizando el uso del tiempo (organiza, planifica)
Capacidad de respuesta	Capacidad para identificar soluciones eficaces y tomar decisiones prácticas y agiles a través de los procedimientos establecidos o con la aportación de ideas originales en situaciones improvistas
Dinamización	Capacidad para motivar y estimular la participación de los usuarios y sus familias en actividades dirigidas a su integración y bienestar y para movilizar los recursos adecuados para llevarlas a cabo

Fuente. Yanguas, J.J (2007). Elaboración propia

En la atención a personas con demencias que es el fin al que se dirige nuestro proyecto es de sustancial importancia que **tanto las actitudes como aptitudes del equipo profesional sean de la máxima capacitación**.

Como expresa Yanguas, J.J (2007), cuando el objeto de *intervención es la persona que sufre de* alzheimer y su familia, **todos los miembros del equipo, deben de forma genérica disponer y ser competentes de forma conjunta en**:

- **Cualificación académica.**
- **Conocimientos biomédicos (biológicos y sanitarios), psicosociales y de la sociología del envejecimiento.**
- **Capacidad para ofrecer docencia y formación al resto del equipo de cuidadores.**
- **Tener capacidad de innovación a través de la investigación.**
- **Conocimientos de ética.**
- **Además, cada profesional debe ser competente en su profesión.**

D. La figura del trabajador social

■ Profesional imprescindible

Porcel, A (2001) cuando se plantea el artículo "Retos al Trabajo Social en la atención asistencial a mayores" recurre a la definición de Trabajo Social establecida en la Asamblea General de la FIST[9] en Montreal el 26 de

[9] FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

julio de 2000 y dice que esta definición marca una nueva etapa en la concreción del papel de los profesionales:

"La profesión de trabajo social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías del comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en que las personas interactúan con su entorno: Los principios de Derechos Humanos y Justicia Social son fundamentales para el trabajo social."

De esta definición, Porcel, A (2001), establece como esenciales en el trabajo social los siguientes aspectos:

- ✓ Resolver problemas en las relaciones humanas.
- ✓ Promover el poder de las personas.
- ✓ Intervenir en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno.

Según se establece en el art. 42 del Código Deontológico de Trabajo Social *"El/la profesional del trabajo social debe tener una **visión global** del trabajo a realizar en una institución u organismo en los que presta sus servicios, y establecer prioridades con criterios objetivos acordes con la misión de la entidad y en función de las necesidades detectadas en la realidad social*". Así mismo, en el art. 24 se establece: "En los casos en que exista una intervención simultanea con otros/as profesionales, **el/la profesional de trabajo social debe procurar la coordinación** necesaria para que aquella sea adecuada desde el ámbito de sus competencias en el marco de la institución u organización en que ejerza su actividad".

A nivel residencial encontramos varios autores que han aportado su concepción de la actividad del trabajador social en un centro residencial.

Algunas de ellas las detallamos a continuación:

☞ La actividad del Trabajador Social dentro de los centros residenciales es desarrollada junto a un equipo multidisciplinar. Su actividad fundamental se basa en ayudar al anciano a adaptarse a la institución y a resolver conflictos psicológicos y sociales que experimenta en esa fase de la vida, tanto a nivel individual como familiar y social (Pastor, A., 2005).

☞ Según García y Gómez (2010), el trabajador social en la residencia por su formación tiene capacidades de visión y abordaje holístico respecto a determinadas situaciones. Además debe poseer ciertas capacidades y destrezas, capacidad asertiva y empatía y establecer las estrategias de afrontamiento psicosocial necesarias y suficientes para afrontar los sentimientos de institucionalización.

■ Competencias profesionales

Los autores García y Gómez (2010), establecen las competencias del trabajador social en relación con pacientes con demencias:

☞ Evaluación de las necesidades y de la problemática sociofamiliar del paciente.

☞ Conocimientos básicos sobre la problemática legal de la enfermedad.

☞ Información y tramitación de ayudas técnicas, recursos sociales, económicos, legales.

☞ Fomentar el contacto entre familiares y residentes.

☞ Programa de voluntariado, de grupos de autoayuda, acompañamiento,..

El mismo autor Yanguas, J.J (2007) y ciñéndonos a nuestro proyecto, amplía las competencias citadas, planteando las siguientes:

- Conocimientos genéricos de la etiología, la sintomatología, la evolución, complicaciones y tratamiento farmacológico de los síndromes demenciales.
- Evaluación de familias y de su entorno social (naturaleza del sistema y ajuste social).
- Valoración de la problemática socio-familiar existente.
- Conocimiento de los recursos, de sus características y de su forma de acceso.
- Información, orientación y asesoramiento sobre los recursos óptimos y los trámites necesarios para acceder a ellos.
- Detección precoz de problemas y claudicación familiar.
- Seguimiento y valoración de la idoneidad del recurso social aplicado.
- Apoyo psicosocial a la familia.
- Responsabilidad y supervisión genérica junto con enfermería del cumplimiento del plan de cuidados.
- Responsable del área de programas de intervención social.
- Evaluación de la competencia del cuidador familiar.
- Conocimientos básicos de la problemática legal de la enfermedad.
- Trabajar en coordinación con asociaciones de familiares y con redes de voluntariado.

■ Objetivo y funciones del trabajador social

"**El objetivo general del Trabajador social es promover la integración social y personal del residente en el entorno**

convivencial de la residencia y conseguir el mantenimiento y reforzamiento de los lazos existentes con su familia y la comunidad" (Martín, M. 2003:279).

En cuanto a las **funciones**, en la Guía Práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer (2012:73), Martín García destaca las funciones que se les atribuyen a los trabajadores sociales en un centro residencial según su carácter:

- Función preventiva: Tratando de facilitar la integración de los residentes y previniendo los posibles conflictos que pudieran surgir en los diversos ámbitos de actuación.
- Función socioeducativa: Planificando y ejecutando actividades que favorezcan las relaciones sociales tanto de los residentes del centro como de sus familiares.
- Función asistencial: Partiendo de las necesidades que vayan surgiendo, debemos informar acerca de los diversos recursos e ir desarrollando proyectos que favorezcan y mejoren las dinámicas internas.
- Función planificadora:facilitando en todo momento la organización interna del centro y asumiendo el desarrollo de proyectos, adecuando los tiempos y objetivos para que sean realistas y aceptables, buscando la eficiencia de los mismos.
- Función organizadora y coordinadora: formando parte del equipo multidisciplinar, debemos favorecer las actuaciones desde las diversas áreas de trabajo, siempre con una visión global e integrada que permita abordar las cuestiones desde diversos puntos de vista.

Otra de las funciones a considerar y que no queda reflejada por el autor, es la función directiva en los centros residenciales.

El trabajador social es el máximo responsable de que el residente reciba una atención integral y especializada en función de sus necesidades

y en coordinación con el resto de profesionales, por lo cual nadie mejor que él para asumir la función de dirección en el centro fomentando de esta manera la calidad de atención a los residentes en el mismo.

Y una función esencial como trabajador social es la promoción y defensa de los derechos de los usuarios de residencias, que en el caso de personas con demencias se convierte en esencial.

Respecto a los derechos de los residentes, en la Ley 5/2009 de 30 de junio, de Servicios Sociales en Aragón, en el artículo 7 hace referencia a derechos específicos de los usuarios de servicios sociales, algunos en relación a centros de atención residencial son:

a) Derecho al ejercicio de la libertad individual para el ingreso, la permanencia y la salida del establecimiento.

b) Derecho al libre ejercicio de sus derechos y libertades, con respeto a la libertad de las otras personas.

c) Derecho a conocer el reglamento interno del servicio, así como los derechos y deberes que le incumben.

d) Derecho a recibir una atención personalizada de acuerdo con sus necesidades específicas.

e) Derecho a recibir la atención a todas las necesidades personales, para conseguir un desarrollo personal adecuado, en condiciones de igualdad respecto a la atención que reciben los demás ciudadanos y ciudadanas.

f) Derecho a comunicar y recibir libremente información por cualquier medio de difusión.

g) Derecho al secreto de sus comunicaciones, salvo resolución judicial que lo suspenda.

h) Derecho a la intimidad y privacidad en las acciones de la vida cotidiana.

i) Derecho al reconocimiento como domicilio, a todos los efectos, del establecimiento residencial donde vivan.

j) Derecho a mantener una relación con el entorno familiar y social.

k) Derecho a participar en la toma de decisiones del centro que les afecten individual o colectivamente.

l) Derecho a la libertad religiosa, respetando en su ejercicio el funcionamiento normal del establecimiento y la libertad de las demás personas.

m) Derecho a personalizar el entorno donde viven con objetos propios, siempre y cuando respeten los derechos de las demás personas.

n) Derecho a obtener facilidades para hacer la declaración de voluntades anticipadas, de acuerdo con la legislación vigente.

o) Derecho a conocer el coste de los servicios que se reciben y, en su caso, a conocer la contraprestación que les corresponde satisfacer como personas usuarias de los mismos.

Como derechos fundamentales cabe destacar el respeto a la dignidad, **autonomía y a recibir una atención individualizada**. Esto es el reconocimiento del valor intrínseco de las personas sea cual sea su circunstancia respetando siempre su individualidad y elaborar un plan de atención individual que tenga en cuenta sus necesidades y su autonomía.

Según Martín, M. (2003), los niveles o dimensiones del Trabajo Social con personas mayores son:

a)Trabajo social individual y/o familiar. Comienza con la recepción de la persona y de su familia, valoración de su problemática, atención social continuada y seguimiento, finaliza con evaluación de los cambios producidos.

A nivel individual las funciones del trabajador social serán:

- Información telefónica o mediante entrevista sobre acceso y condiciones de vida en la residencia.
- Recepción de solicitudes y apertura de expedientes.
- Realización de entrevistas de pre ingreso y de ingreso.
- Recepción del residente a su ingreso.
- Valoración social del residente.
- Realización del protocolo establecido para el ingreso así como la baja del residente.
- Seguimiento del programa de adaptación del mayor a la residencia.
- Promover la participación del residente en los distintos programas y actividades.
- Atender a las necesidades sociales del residente.
- Registro de entradas y salidas de los residentes.
- Elaboración de proyectos de intervención individual de los usuarios de la residencia.

A nivel familiar:

- Estudio de las características sociales de la familia.
- Realización de entrevistas a familiares de residentes.
- Mantener la relación existente entre el residente y su familia.
- Informar a la familia de la evolución psicosocial del mayor en la residencia.
- Registro de visitas.

Un aspecto a intervenir en ambos niveles, no recogido por el autor y que consideramos fundamental, es **el tratamiento de duelo**. Un hecho inherente a la vida e ineludible en las residencias.

El duelo es sentimiento de pérdida. Cuando una persona fallece en una residencia nos encontramos básicamente con dos situaciones:

1º. La familia, que no vive en el centro: Cónyuge, hijos, sobrinos.
2º. El Cónyuge que vivía con el fallecido/a en el centro.

En ambos casos el trabajador social debe dar apoyo y acompañamiento en el momento en que ocurre la situación. En el segundo caso, la labor del trabajador social se alarga en el tiempo con el viudo/a estando expectante sobre si la elaboración del duelo se está realizando adecuadamente.

Como decíamos al principio el duelo es un sentimiento de pérdida y en ocasiones las familias no es la primera vez que lo viven con respecto al fallecido/a. Hay familias que sufren el duelo:

- Cuando su familiar ingresa en la residencia. Para ellos es la primera perdida, ya no lo van a tener más junto a ellos "en casa", "ya nada volverá a ser igual".
- Duelo anticipado: En los casos de personas con demencias las familias van viendo cada pérdida que sufre su familiar como un duelo. Se convierte en un duelo continuado en el que él o ella es la enfermedad y no hay rastro de su ser querido. Este será una de las tareas que desarrollaremos en nuestro proyecto.

b)Trabajo social grupal y comunitario: mediante diferentes actuaciones con grupos y comunidades. Las actuaciones se realizan a través de técnicas de planificación a nivel operativo: planes, programas y proyectos.

■ Papel del trabajador social en las Áreas de intervención

En la aportación de Yangas, J. (1998) sobre las áreas de intervención: Salud, relaciones sociales, ocio, cultura y educación, organización, ambientes y comunidad que se desglosan en los cuadros expuestos anteriormente podemos establecer unas pinceladas de los ámbitos de actuación en los que el trabajador social ha de desarrollar sus funciones de forma coordinada con otros profesionales.

✎ En un primer momento desde el trabajador social aporta la **valoración psicosocial** que se integrara en la valoración geriátrica.

✎ Dentro del área de salud se sitúa en la Subárea psicoafectiva integrada por el programa de ingreso y de apoyo de ingresos para favorecer la adaptación. El trabajador social realiza su labor en los diferentes momentos que se dan en un ingreso: **pre ingreso, ingreso y periodo de adaptación** propiamente dicho.

✎ En el área de relaciones sociales, se desarrollan la mayoría de las tareas del ámbito competencial del trabajador social. Se trabaja desde la valoración social en programas de **interacción social** y en programas que abarcan el **trabajo con familias**.

✎ Tomando de base la educación y la cultura se establecen programas de participación sociocomunitaria (voluntariado) o desde el ocio se habla de ocio terapéutico con el que se busca: **Potenciación de capacidades como la relación y la comunicación**. En base a cada programa el trabajador social formara parte del equipo de trabajo que lo desarrolle. En esta área se incluyen todos los agentes que se encuentran involucrados en la residencia: personas mayores, sus familias y profesionales.

✎ El área ambiental a priori, parece no tener mucho que ver con nuestra labor profesional pero sólo prestándole una mínima atención descubrimos que es importantísima desde el punto de vista del Trabajo

Social. En tanto en cuanto, el trabajador social pretende **conseguir el lugar más adecuado para las personas mayores que vivan o vayan a vivir en ese centro**.

Para ello desde nuestra formación como desde la experiencia, el trabajador social informará de las variables físicas que debe tener la residencia, centro de día,..etc. (carencias totales de barreras arquitectónicas, dimensiones, formas y colores más adecuadas al tipo de usuarios) así como la incorporación de posibles TIC`s en la infraestructura.

Por último, abordamos el área de la comunidad. El centro residencial no es un ente aislado y las personas que viven en él y la comunidad tienen que tener formulas de coordinación para que estas relaciones se favorezcan y fluyan con normalidad.

Estos puntos de interrelación se realizarán a través de:

- Programas desde el área social que potencien la participación de residentes en actividades destinadas a la población en general.
- En cuanto a la coordinación socio sanitaria se favorecerá el ejercicio de sus derechos como usuarios del sistema de salud.
- y en cuanto a recursos, se establecerán vías de doble dirección en que las que personas no residentes puedan compartir atenciones residenciales permaneciendo en sus domicilios y que personas residentes accedan a otros servicios para mayores de la localidad.
- **En definitiva, conseguir una mayor sensibilización de la población en general respecto a estas enfermedades y sus consecuencias**.

2.2. Marco Contextual

A. Historia del Centro

La Residencia Santa Mª de Cabañas se encuentra en el municipio de La Almunia de Doña Godina.

La Almunia está situada en un lugar privilegiado por su ubicación junto a la autovía A-2 entre Zaragoza y Madrid. A 50 Km de Zaragoza.

La población de la Almunia a finales de la década de los noventa alcanzo la cifra de 5.591 habitantes continuando hasta la fecha un aumento de población llegando en el 2013 a 7.766 habitantes.

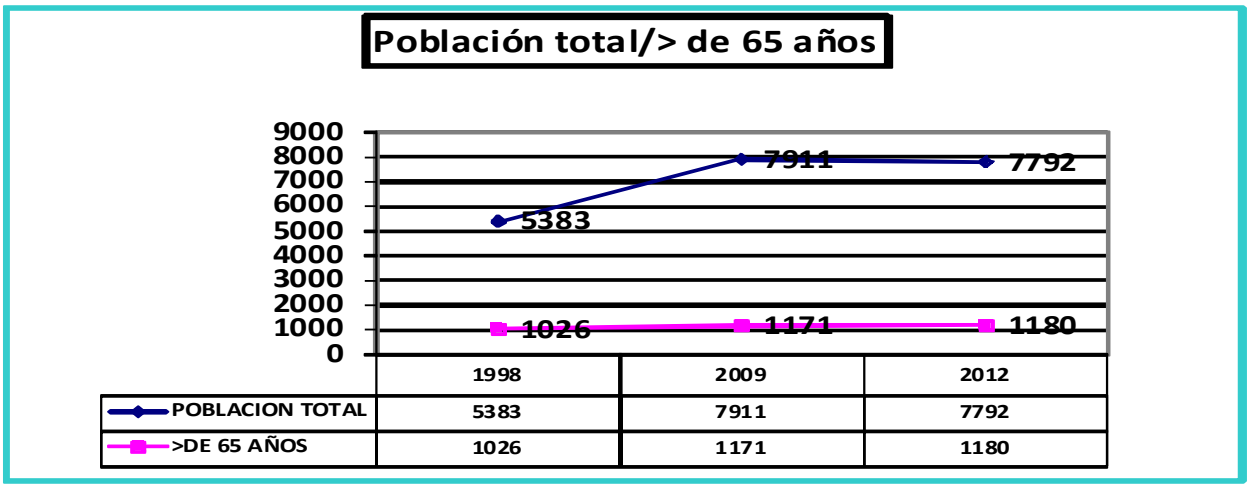
Los siete mil habitantes que refleja el censo de población se multiplican hasta los 10.000 cuando se incluye la población flotante de estudiantes e inmigrantes que residen allí durante buena parte del año.

Se trata pues de una villa viva que ejerce su capitalidad dotando de los principales servicios al resto de pueblos de su comarca y con una importante actividad cultural.

Se convierte en la capital de la Comarca de Valdejalon: compuesta por 17 municipios: La Almunia, Calatorao, Alpartir Lucena de Jalón,

Almonacid, Epila, Morata de Jalón, Ricla, Lumpiaque, La Muela, Salillas de Jalón, Urrea de Jalón, Bardallur, Plasencia de Jalón, Santa Cruz de Grio y Chodes.

En cuanto al municipio de La Almunia presentamos el siguiente gráfico en el que se ve cómo ha evolucionado su población general y de más de 65 años. Desde 1998 se ve que **la población total del municipio experimenta un aumento y al igual que las personas mayores de 65 años**.



A principios de los 90 las autoridades de La Almunia se encontraron con la siguiente situación:

- NECESIDAD DE ATENCION A LAS PERSONAS DE MAYORES DEL MUNICIPIO.
- CARENCIA DE RECURSOS SOCIALES QUE CUBRIERAN ESA NECESIDAD EN EL MUNICIPIO.
- SENSIBILIZACION DEL AYUNTAMIENTO, PARROQUIA Y LOS VECINOS DEL PUEBLO PARA TENER UNA RESIDENCIA.

Para ello, se constituyó el Consorcio Local Residencia Santa María de Cabañas con la unión de dos entidades: El Ayuntamiento y La Parroquia de La Almunia de Doña Godina, al cincuenta por ciento cada institución.

Sus estatutos fueron publicados en el BOPZ de 12 de agosto de 1993.En él se fija entre sus fines los siguientes:

a) La construcción de una residencia de ancianos.

b) Prestar la atención y asistencia necesarias a los residentes, facilitándoles la convivencia y propiciando su integración social.

c) Centralizar y coordinar las atenciones y actividades en materia de tercera edad a desarrollar en el municipio.

En 1998 finalizó la construcción y el 17 de julio de 2000 fue inaugurada, recibiendo los primeros residentes el 1 de agosto de 2000.

En estos años, hubo implicación de todas las instituciones y sobre todo de los/as vecinos/as del municipio:

1. En la consecución del proyecto participaron diferentes corporaciones locales.
2. Apoyo de instituciones como la DGA y DPZ.
3. La Parroquia de Ntra. Sra. De La Asunción consiguió que el legado que le había dejado la familia Cotín para destinarlo a fines educativos pudiera destinarse a fines sociales. Por ello la ubicación de la residencia es privilegiada, en el centro del pueblo.
4. Implicación de las personas de la Almunia con la aportación de donativos para ayudar a la construcción; una empresa textil donó telas para cortinas que fueron hechas por mujeres de la localidad, estas incluso bordaron las colchas con la iníciales (RC); se realizaron actos para recaudación de fondos por grupos locales y al final hasta las mujeres realizaron la limpieza general del edificio.
5. Búsqueda de orden religiosa para llevar la residencia.

En este último punto, el Consorcio contactó con los Religiosos Camilos, orden cuya misión es el cuidado de enfermos y personas mayores.

Se llegó al acuerdo de que asumieran la tarea de puesta en funcionamiento del centro atendiendo a la atención residencial y a las funciones de dirección del mismo.

Durante 1999-2000 se realizaron todas las gestiones necesarias para la apertura del centro. Para ello desde el Ayuntamiento se contrató a una trabajadora social. Otras actividades que se hicieron fueron:

1. A nivel institucional y empresas: Ayuntamiento: Solicitud de licencia de apertura; DGA: Solicitud de autorización de comedores colectivos –sanidad-, Solicitud de autorización provisional de apertura -Inspección centros sociales-, altas de luz, ascensores, prevención de incendios, plan de evacuación, etc. Selección de la empresa de cocina, equipamiento, etc.
2. A nivel de personal: Selección del mismo. El 7 de abril de 2000 se publico en el BOPZ la oferta de personal.
3. Futuros clientes: Recepción de solicitudes, estudios de casos, etc.

En julio de 2000 se aprueba el Reglamento de Régimen Interno (RRI) en el que se establece: "La Residencia Santa Mª de Cabañas es un establecimiento de carácter social-asistencial de carácter público para validos y asistidos, perteneciente al Consorcio". Cuyos fines son:

1. Acoger a las personas de ambos sexos que, necesitando protección y asistencia, es decir careciendo de familiares o no pudiendo ser atendidos por éstos o encontrándose solos, puedan ser admitidas según las normas del centro.
2. Ofrecer sus servicios a los ancianos favoreciendo una vida familiar y participativa según las posibilidades personales de los residentes.

La residencia se abre el 1 de agosto de 2000, con un total de 74 plazas. Ese día entraron a vivir 16 personas; 15 procedentes de la

residencia que los Religiosos Camilos cerraban en Zaragoza y una de la localidad de La Almunia.

Con la apertura de la residencia se trató de dar respuesta a la demanda del municipio y de la comarca pero aún así había personas que debían estar en la lista de espera hasta que hubiera plazas disponibles.

Desde el primer momento, se tuvo claro la concertación de plazas con el Gobierno de Aragón presentado la primera solicitud el 9 de noviembre de 2000,la cual se haría efectiva en marzo de 2001 con la concertación de 15 plazas. Durante los años posteriores se han ido aumentando tanto el total de plazas como las concertadas (Tabla 3):

AÑOS	2001	2002	2005	2006	2008
TOTAL PLAZAS	74	79	84	88	114
PLAZAS CONCERTADAS IASS	15	20	26	32	44

Fuente: Residencia Santa Mª de Cabañas. Tabla 3: Elaboración Propia

Durante los años 2006-2008 se conciertan tres plazas con la Comarca de Valdejalón.

El aumento de plazas de 2008 es por la apertura de la ampliación de la residencia la cual recoge las necesidades nuevas a las que hay que dar respuesta: Personas dependientes y grandes dependientes, enfermedades tipo alzheimer.

B. Descripción del Centro

El edificio cuenta con una superficie aproximada de 5.000 m^2 distribuidos en tres plantas:

En planta calle se encuentran las estancias destinadas a salas de estar, jardines, comedor, gimnasio, baños de personal y geriátricos, peluquería y podología, oficinas y almacenes.

En la primera y segunda planta están las habitaciones de los residentes (con baño incluido), baños geriátricos, así como zonas comunes, biblioteca, lavandería, enfermería y despacho médico.

Para poder ofrecer una atención y cuidados de calidad a los residentes, existe una plantilla amplia de trabajadores que está integrada por:

- Servicio médico propio concertado con la MAZ.
- 31 auxiliares de enfermería.
- 2 enfermeros.
- 1 trabajador social.
- 1 terapeuta ocupacional.
- 1 fisioterapeuta.
- 12 limpieza y lavandería.
- 4 conserjes.
- 1 mantenimiento.
- 1 peluquera.
- Servicio de podología.
- Servicio de cocina cuenta con dos cocineros y dos ayudantes.

2.3. Metodología

La metodología seguida en este trabajo varía en función de su estructura. Se diferencian dos bloques, el primero que incluye la justificación y fundamentación del proyecto y una segunda parte donde se detalla el proyecto de atención residencial a personas con demencia desde la intervención del Trabajo Social.

En primer lugar debemos investigar acerca del tema que queremos tratar, la demencia en los centros residenciales, y para dicha investigación hemos recurrido a técnicas tanto cualitativas como cuantitativas.

Las técnicas cualitativas de nuestro estudio se fundamentan en la revisión bibliográfica acerca de la demencia, residencia, del papel del trabajador social y de otros temas de interés para nuestro trabajo.

Las técnicas cuantitativas han sido el análisis de datos obtenidos en un anterior proyecto de investigación[10]. En éste se elaboró un cuestionario que constaba de un conjunto de preguntas agrupadas en cuatro variables (características demográficas, situación sanitaria, económica y relaciones socio familiares), de las cuales para el presente proyecto focalizamos el estudio en dos de ellas: la situación sociodemográfica y sanitaria.

La investigación utilizada en el presente proyecto es de carácter no experimental debido a que observamos situaciones ya existentes que se dan en el centro residencial para posteriormente poder analizarlas.

Siguiendo las aportaciones de Piergiorgio, C. (2007) y a Sampieri, R. (2008), dentro de la investigación no experimental utilizamos el tipo de diseño transaccional descriptivo puesto que describimos las características y el perfil de los residentes en dicho centro en un momento dado. Una muestra probabilística[11] del Centro Santa Mª de Cabañas de 58 residentes que fueron evaluados y valorados dentro de una fecha determinada: 15 de Noviembre de 2013.

Se trata de un análisis cuantitativo donde se ha utilizado como herramienta para la plasmación de los diferentes datos obtenidos, la distribución de frecuencias reflejando así en el estudio gráficos circulares.

---

[10] Proyecto "Aproximación al perfil actual de los ancianos en centros de atención residencial". Realizado en Noviembre 2013 por cinco alumnas, tres de las cuales autoras de este trabajo; objeto de la asignatura Practicum de Investigación, curso de adaptación al Grado de Trabajo Social.

[11] Para la elección de esta muestra, se ha utilizado un muestreo aleatorio simple con anterioridad: partiendo del total de la población que reside en el Centro Santa Mª de Cabañas y numerando cada elemento se extrajo de forma aleatoria aquellos números correspondientes a los sujetos que formaban la muestra.

En la segunda parte del presente trabajo, se tiene en cuenta los elementos básicos de la intervención que destaca Martín M. (2003):

1. Trabajo interdisciplinar: participación de todas las disciplinas implicadas en la atención al mayor y a su familia.
2. Plan individualizado de atención integral.
3. Utilización de instrumentos validados.
4. Elaboración de protocolos: garantizando respuestas estandarizadas y homogeneidad en la ejecución de las actividades.
5. Realizar registros.
6. Revisión continúa para garantizar la actualización permanente de las actividades realizadas y la mejora continua de la calidad.

3. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

3.1. Marco institucional y ámbito territorial de actuación

Partiendo de las premisas del apartado de justificación que determinan la necesidad de establecer un trabajo especializado para los residentes que sufren demencias, se hace patente la necesidad de desarrollar el papel del trabajador social.

Este proyecto se incluiría dentro del Área de Trabajo Social de la Residencia Santa María de Cabañas de La Almunia de Doña Godina.

El objeto de intervención son todos los residentes que padecen enfermedades neurodegenerativas. El grupo de personas con el que trabajar de inicio sería el siguiente, según los datos de nuestra investigación.

TIPO DE DIAGNOSTICO DEMENCIAS	NUMERO DE RESIDENTES
Demencia tipo alzheimer	16
Demencia senil	7
Demencias de origen vascular (Ictus)	6
Demencias asociadas a la enfermedad de Parkinson	5

Tabla 4: Elaboración propia

Como la residencia es un centro en que las personas cambian con el paso del tiempo, estos datos son realmente orientativos y representativos pero no estáticos.

3.2. Objetivos

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general será proporcionar una atención social a los residentes afectados de alzheimer u otras demencias, a lo largo de toda la estancia en el centro y encaminadas a mantener y/o mejorar las condiciones de vida de la persona, procurando la satisfacción de sus necesidades y su bienestar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos los subdividimos en tres ejes básicos (cliente, familia y profesionales). En ocasiones comparten objetivos y en otras requieren de objetivos diferenciados, la consecución de todos convergen en el objetivo general.

Residentes

1. Conocer las necesidades de las personas con demencia y procurar su satisfacción de forma individualizada.
2. Favorecer los procesos de preingreso, ingreso y adaptación.
3. Favorecer la integración del mayor en el centro.
4. Promover la participación del residente en el programa de atención individualizada.

Familia

5. Intervención y apoyo a la familia durante todo el proceso.
6. Promover la integración y participación de las familias en el programa de atención individual del residente.
7. Informar, formar y capacitar a las familias.

Equipo Profesional

8. Capacitar al personal en la atención del residente en función de sus necesidades.

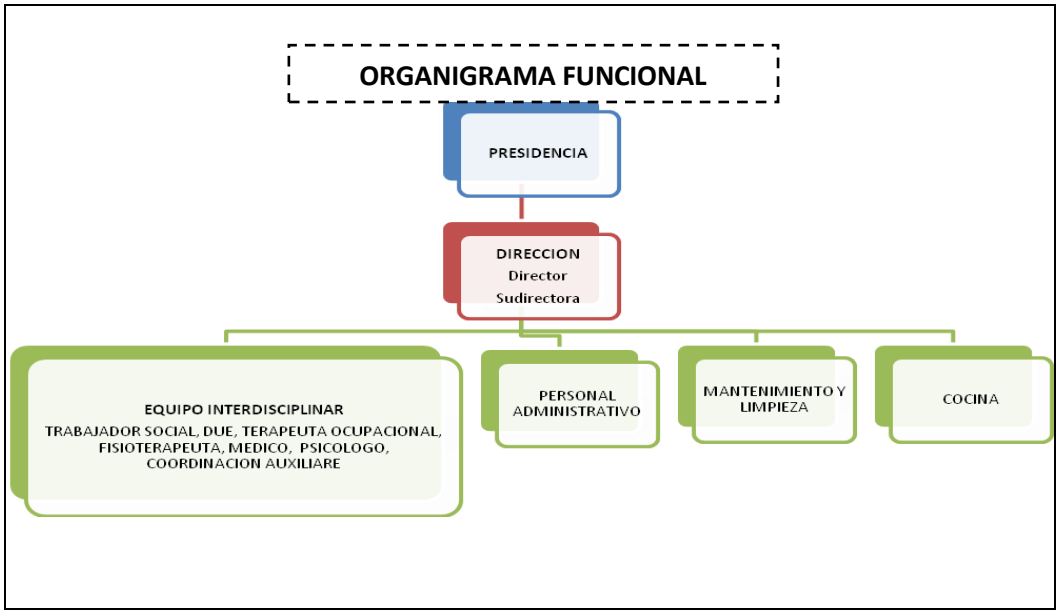
9. Coordinar y motivar la participación activa de todo el personal implicado.

10. Impulsar y participar en el programa de atención individual (PAI).

3.3. Programas de intervención y protocolos

Las intervenciones de Trabajo Social se abordaran a través del desarrollo de programas y protocolos de actuación.

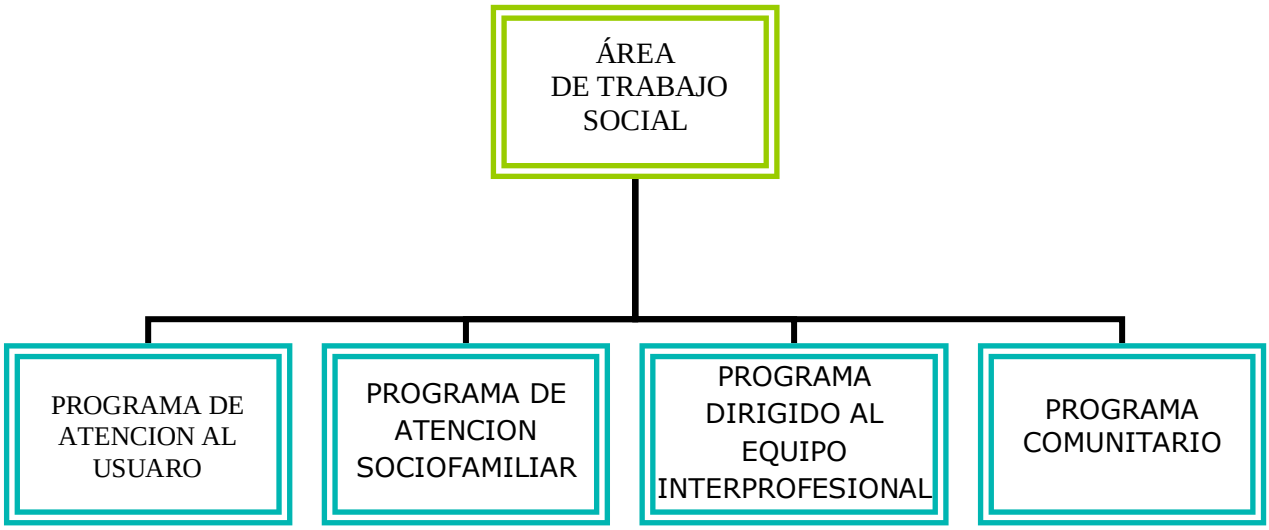
Partimos de un organigrama básico del centro en el quedan recogidos los cuatro grupos que engloban los recursos humanos del centro: Equipo profesional, mantenimiento-limpieza-lavandería, cocina, dirección y administración del centro.

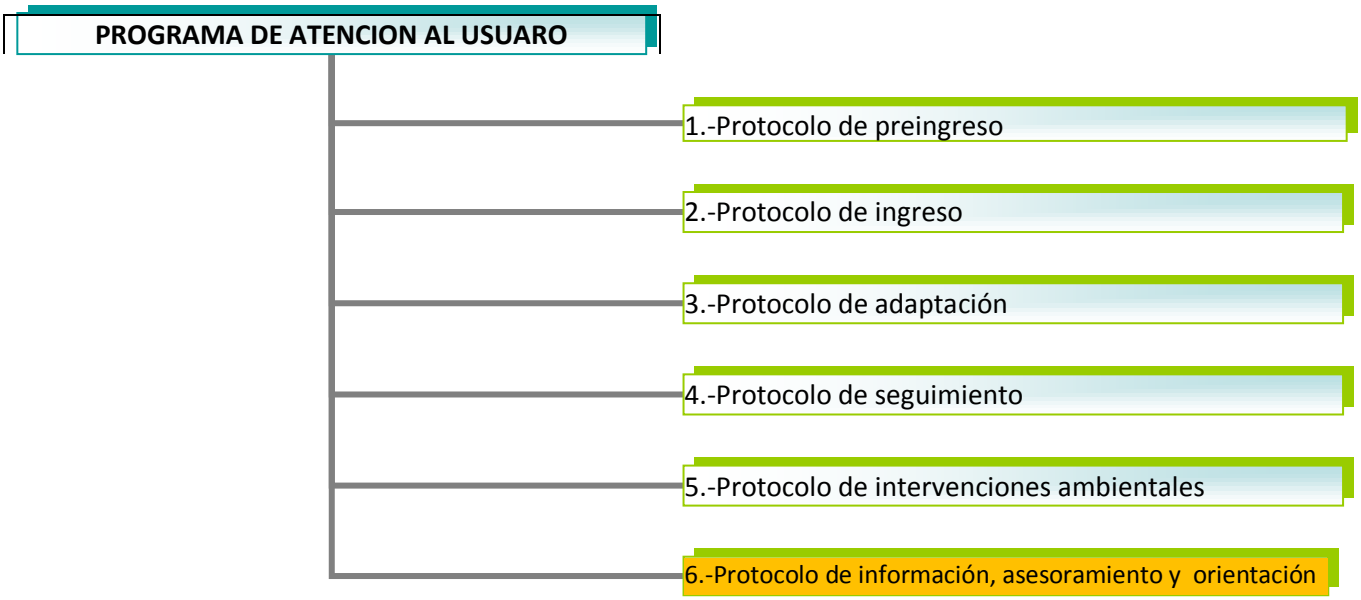


En el área de actuación del Trabajo Social hemos establecido cuatro programas de intervención con sus protocolos de actuación:

1. Programas de atención al usuario.
2. Programa de atención sociofamiliar.
3. Programa dirigido al equipo interprofesional.
4. Programa atención comunitaria.

El itinerario de realización de los mismos es el marcado por la estancia del residente en el centro.





PROGRAMA DE ATENCION SOCIOFAMILIAR

- 6.-Protocolo de información, asesoramiento y
- 7.- Protocolo de adaptación y seguimiento
- 8.- Protocolo de formación
- 9.-Protocolo de trabajo con grupos de ayuda mutua
- 10.- Protocolo de duelo y fallecimiento

PROGRAMA DIRIGIDO AL EQUIPO INTERPROFESIONAL

- 11.- Protocolo de realización del PAI
- 12.- Protocolo de formación continua
- 13.- Protocolo de supervisión y/o Intervisión

PROGRAMA DE RELACION CON LA COMUNUIDAD

- 14.-Protocolo de actividades con la comunidad
- 15.- Protocolo de voluntariado

PROGRAMA ATENCION AL USUARIO

Conjunto de actuaciones llevadas a cabo desde la residencia, orientadas a conseguir el bienestar del residente y la mejora de su calidad de vida, teniendo en cuenta las necesidades del mismo, estableciendo un plan de atención individualizado.

Dentro del programa de atención al usuario, se pueden destacar los siguientes protocolos:

1.Protocolo de Preingreso[12] :

Conjunto de actuaciones que se realizan desde la residencia mediante el contacto con la familia y el futuro residente para favorecer el ingreso en condiciones óptimas. Es llevado a cabo por el/la trabajador/a social del centro, es la primera toma de contacto de la familia y el futuro residente con el centro.

2.Protocolo de Ingreso[13]:

Actuaciones encaminadas a recibir, **acoger** al residente recién llegado/a y a su familia, en la nueva vivienda en la que a partir de ahora residirá, acompañándoles a lo largo de todo el ingreso, presentándoles a algunos profesionales y compañeros.

El Trabajador Social como profesional referente del centro, será el encargado de recibir y acoger al nuevo residente en el centro.

3.Protocolo de Adaptación[14]:

Intervenciones cuyo fin es apoyar al residente y su familia a adaptarse a su nueva vida, detectando los posibles desajustes que ocasionan malestar y promoviendo las actuaciones necesarias para solventarlos. Este periodo, debemos de determinarlo en la individualidad que cada persona y familia presenta. Cada persona precisa de un tiempo que está determinado sobre todo por la fase de la enfermedad que presenta.

[12] Ver anexo 1
[13] Ver anexo 2
[14] Ver anexo 3

Administrativamente, se ha tendido a manejar periodos desde quince días a un mes, pero la realidad muestra, sobre todo en las personas a las que va dirigido nuestro proyecto que precisan de más tiempo.

4.Protocolo de Seguimiento[15]:

Conjunto de actividades que tendrán lugar a lo largo de toda la estancia del residente en el centro. Se comenzará con la culminación del periodo de adaptación y abordará todas aquellas intervenciones sociales que se precisen.

El trabajador social realizara estas actividades en unas ocasiones sólo y en otras junto con el equipo interdisciplinar.

El seguimiento realizado del programa de atención individualizada (PAI). Se realizara de forma general una vez al año y cuando ocurran circunstancias biopsicosociales que modifiquen las necesidades de atención del residente.

5.Protocolo de intervenciones ambientales[16]:

Conjunto de intervenciones de naturaleza cognitiva, conductual, de comunicación y creatividad, así como el diseño ambiental de apoyo y herramientas tecnológicas que involucren a las personas con demencias, su familia y los profesionales.

La persona con alzheimer, ante todo es persona y desde esa óptica estas intervenciones buscan lo que toda persona busca tener libertad de elección, confort, comunicación, relación, autoestima, etc.

[15] Ver anexo 4
[16] Ver anexo 5

6.Protocolo de información asesoramiento y orientación[17]:

Actuaciones dirigidas a informar, orientar y asesorar al residente y/o su familia en aquellos asuntos relacionados con su estancia en la residencia y en su caso la gestión ante otras instituciones de los recursos necesarios.

PROGRAMA DE ATENCION SOCIOFAMILIAR

Conjunto de actuaciones encaminadas a la atención, orientación y apoyo social de la familia del residente que mantiene como premisas la desculpabilización, formación, capacitación y motivación.

Dentro del programa de atención sociofamiliar, se pueden destacar los siguientes protocolos:

El **Protocolo de información asesoramiento y orientación** mencionado anteriormente es compartido con el programa de Atención sociofamiliar.

7. Protocolo de adaptación y seguimiento[18]:

Conjunto de actuaciones dirigidas a la familia en el periodo de adaptación al inicio, para luego continuar con un seguimiento a lo largo de toda la estancia de su familiar en el centro. Están encaminadas a dar un apoyo social para eliminar aquellos aspectos que provocan malestar en la familia.

[17] Ver anexo 6
[18] Ver anexo 7

8. Protocolo de formación[19]:

Actuaciones de índole psicoeducativa realizadas en grupo que permite al familiar relacionarse con otras personas que se encuentran en una situación similar y mediante un guion estructurado que combina contenidos teóricos y entrenamiento en habilidades, ofrecen a los familiares la posibilidad de reducir sus niveles de estrés y mejorar su calidad de vida.

9. Protocolo de trabajo con grupos de ayuda mutua (GAM)[20]:

Finalizado la participación en los grupos psicosocioeducativos se favorecerá la constitución de un grupo de ayuda mutua en la que su participación se prolongara hasta el fallecimiento de su familiar. Estos grupos se basan en dos pilares básicos: la trasmisión de información y el apoyo emocional entre familiares.

10. Protocolo de atención al duelo y fallecimiento[21]:

Dada la especificad de las personas con demencia en este protocolo atenderemos a dos tipos de duelo.

Duelo anticipado: El que se da desde el momento del diagnostico de la enfermedad hasta el fallecimiento. La familia tienen conciencia de la enfermedad con cambios conductuales, actitudes y surge el sentimiento de pérdida de su ser querido, y comienzan con la elaboración del duelo.

Y el que se da una vez fallecido el residente. Éste ha de ser atendido aunque hayan pasado el duelo anticipado, porque la muerte aunque sea esperada cuando llega siempre es inoportuna.

---

[19] Ver anexo 8
[20] Ver anexo 9
[21] Ver anexo 10-A y 10-B

PROGRAMA DIRIGIDO AL EQUIPO INTERPROFESIONAL

Es importante que la atención al residente por parte de todo el personal del centro sea correcta y se adecue a las necesidades del mismo, con especial atención si sufren demencias, por lo que es necesario establecer unos protocolos de actuación donde queden reflejadas dichas actuaciones en el cuidado del residente.

Dentro del programa dirigido al equipo interprofesional se pueden destacar los siguientes protocolos:

11.Protocolo de elaboración del Plan de atención individualizada (PAI)[22]:

Encaminado a prestar una atención integral pensando en el ser humano como una totalidad compleja integrada, no fragmentada.

Engloba programas interrelacionados que deberán adaptarse al contexto residencial, con el objetivo de dar respuesta a las necesidades, demandas y calidad de vida de los residentes.

Dentro del plan de atención individualizado se reflejará:

- Datos personales del residente
- Fecha de ingreso, de realización del plan, fecha prevista de evaluación
- Identificación de los profesionales que desarrollan el plan y la firma de cada uno.

Se registrará de forma escrita y deberá contemplar los servicios, prestaciones así como los diferentes profesionales que van a intervenir,

[22] Ver anexo 11

además de las actuaciones, y revisiones consecuencia de las alteraciones en el ámbito biopsicosocial de las personas que sufren demencias.

El profesional de referencia, responsable de la coordinación de las intervenciones será el Trabajador Social, el cual programará reuniones periódicas de diseño, planificación y seguimiento con el resto de profesionales.

Los objetivos del Plan de atención individualizada irán encaminados a:

- Mantener las capacidades funcionales.
- Mejorar en lo posible las capacidades alteradas.
- Dar soporte, ayudar y/o sustituir a la persona en la realización de las funciones alteradas o perdidas.
- Favorecer e impulsar las relaciones sociales.

12.Protocolo de formación continua[23]:

Englobará distintas acciones, ya sean talleres formativos, sesiones, cursos dirigidos a cubrir las necesidades formativas detectadas y/o demandadas por los profesionales que atienden directamente a los residentes que sufren demencias, con especial hincapié en habilidades profesionales (empatía, asertividad, comunicación, trato humanizado, etc.) y formación en ética. Se atenderá conocimientos teóricos, prácticos o de actitud impartidos por el mismo personal del centro o por profesionales externos.

[23] Ver anexo 12

13.Protocolo de supervisión y/o Intervisión[24]:

Trata de proporcionar espacios de supervisión y de intervisión:

–De supervisión: corresponde a momentos de grupo con un supervisor externo, que debe cumplir el requisito de ser una persona que tenga el respeto del conjunto por su competencia en el tema específico de demencia y su atención en residencias y, al mismo tiempo, que tenga experiencia en dinámicas de supervisión. Esto implica que sea capaz de facilitar y hacer emerger las capacidades individuales y de grupo, utilizando la creatividad y sus recursos para mejorar el funcionamiento grupal.

–De intervisión: reuniones de equipo donde, a través de un coordinador, se promueve el intercambio de experiencias en relación a situaciones surgidas de la práctica diaria que permiten el aprendizaje compartido y el enriquecimiento colectivo del aporte que cada uno puede dar al conjunto.

PROGRAMA ATENCIÓN COMUNITARIA

Se trata de un conjunto de actividades realizadas en diferentes ambientes llevando a cabo una adecuada socialización en la comunidad, fomentando su participación, favoreciendo las relaciones entre los residentes y la comunidad en la que se encuentran.

Dentro del programa de atención comunitaria se pueden reflejar los siguientes protocolos:

[24] Ver anexo 13

14.Protocolo de actividades con la comunidad[25]:

Cuando en una familia uno de sus miembros es diagnosticado de demencia y toman la decisión de ingresar en residencia, surgen sentimientos de culpabilidad agravados por la influencia de su entorno, **por el "que dirán"**. El fin de este protocolo es un cambio cultural que evite estereotipos y prejuicios sociales que afecten a este colectivo.

Por lo que este protocolo, incluye un conjunto de actuaciones encaminadas a concienciar y sensibilizar a la población en general sobre el tema de demencias y de la problemática asociada, donde prima la calidad y calidez de las actividades frente a la cantidad y velando en cada una de ellas el bienestar de los residentes.

La estrategia de intervención se basara en:

1. Información y/o formación a la población en general dentro de la residencia, a través de actividades realizadas en el centro residencial que acerquen
2. Participación de los residentes acompañados de profesionales, familiares y voluntarios en actividades de la comunidad.

15. Protocolo de voluntariado[26]:

Actuaciones dirigidas a fomentar la participación de la población en general a través del voluntariado en actividades dentro del centro residencial que favorezcan el bienestar de los residentes que sufren demencias.

[25] Ver anexo 14
[26] Ver anexo 15

Entendemos por voluntariado, la actividad que realiza una persona física, por decisión propia, de forma desinteresada, responsable y sin vinculación laboral.

Las actividades en nuestro caso están vinculadas a la atención de residentes que padecen alzheimer, realizando una labor de apoyo y complementariedad al personal contratado. El voluntariado debe reunir una serie de cualidades personales que lo capaciten para realizar este apoyo, de forma que aporte un valor añadido en calidez en nuestra labor global.

El coordinador y responsable en la elaboración del protocolo recae en el Trabajador Social.

3.4. Metodología

Teniendo siempre presente el fin último de este proyecto, la atención social del residente que sufre demencias, el trabajo a realizar se sustenta en unos criterios metodológicos básicos:

1. Metodología participativa que permita reflexionar de la práctica y experiencia de cada profesional y extraer aprendizajes a través de canales de comunicación flexibles y eficaces.
2. Trabajo en equipo interdisciplinar: Grupo de profesionales procedentes de diferentes disciplinas que intervienen en la atención al usuario, trabajando de forma coordinada, compartiendo metodología y objetivos desde el consenso.
3. Coordinación entre las áreas de atención del centro. El trabajador social tendrá el papel de coordinador y tendrá la responsabilidad de ofrecer una atención adecuada al usuario y/o familia.
4. Favorecer la participación de la familia: la familia es sujeto-objeto de intervención con atenciones específicas, y sobre todo, es sujeto de acción en cuanto se debe buscar su implicación en la programación,

ejecución y evaluación de la intervención con el familiar residente, cuidando que la comunicación con ella sea fluida y cercana.

5. Valoración integral y revisión continua para garantizar la atención adecuada en cada momento, dada la evolución de la enfermedad. Se precisa tanto en el momento del ingreso como posteriormente para realizar una valoración continuada tanto de forma preestablecida por el equipo como en el momento que sea necesario por el cambio de estado del usuario/familia.

En cuanto a las técnicas e instrumentos aplicados en este proyecto cabe mencionar:

❖Técnicas documentales:

1. **Las propias del Trabajo Social**: Informe Social, ficha social, historia social, expedientes, hojas de registro
2. **Las compartidas por el equipo,** utilizadas por cada profesional:

✓ Plan de Atención Individualizada: Este documento es el registro del proceso planificado de la valoración, intervención y evaluación, elaborado por el equipo interdisciplinar en base a la valoración integral del usuario. Engloba la inclusión de los diferentes protocolos de actuación que cada profesional propone para lograr el objetivo común.

✓ Protocolos de actuación: Desde cada área se elaborarán aquellos que reflejen las actividades y tareas con el usuario. Son documentos escritos donde se recogen, en relación a una situación, las actuaciones profesionales que se consideran óptimas para la atención.

✓ Escalas de Valoración: en cada área se harán uso de escalas específicas que determinen el estado del usuario y las necesidades a atender.

3. **Administrativas**: Orden del día, convocatoria reunión, autorizaciones, oficios, certificados,..etc.

❖Técnicas de trabajo en Grupo:

- ✓ Cuyo fin es guiar al grupo hacia el logro de sus metas, la técnica estrella es la Reunión, que en función de sus fines serán de: diseño del plan de atención, de toma de decisiones, de coordinación, de seguimiento, de evaluación. En las reuniones interdisciplinares se cuida aspectos logísticos como: sistema de convocatoria, frecuencia de reuniones, horario, lugar, duración, contenidos.
- ✓ Encaminadas a la formación (familiares, equipo profesional): Jornadas, seminarios, charlas, conferencias

❖Técnicas de obtención de información:

- ✓ Entrevistas a nivel individual, familiar
- ✓ Observación
- ✓ Visitas domiciliarias
- ✓ Encuestas, fichas de evaluación

❖Técnicas de organización: organigramas, manual de organización del centro, Estatuto, reglamento interno, control de actuaciones

3.5. Recursos materiales y humanos

Los recursos necesarios para la ejecución del presente proyecto están disponibles en la Residencia Santa María de Cabañas, ya que cuenta con personal con titulación y/o la cualificación profesional así como con instalaciones suficientes.

Recursos humanos:

- Personal contratado[27]
- Contratado para servicios de formación, supervisión.
- Personas voluntarias.

Recursos materiales:

- Sala de reuniones.
- Despachos de profesionales para atención individualizada.
- Material de oficina.
- Material fungible: folios, bolígrafos, expedientes,…
- Ordenadores, fotocopiadoras, TV.,…
- Material audiovisual: TV, pantalla y retroproyector,…
- TIC´s.

Además de los recursos humanos y materiales, este proyecto cuenta con recursos inmateriales o intangibles que condicionan su marcha: los métodos y técnicas de intervención empleados, los apoyos facilitados por el entorno, etc. Aunque no suponen un coste real, si consideramos importante hacer mención de los mismos ya que, de hecho, afectan significativamente al desarrollo del proyecto.

3.6 Presupuesto y fuentes de financiación

Dado que la mayoría de los recursos asignados, entendiendo por recursos asignados aquellos de los que ya dispone el centro y que se van a utilizar para el desarrollo del proyecto, son facilitados por la residencia Santa María de Cabañas, como son los recursos materiales, infraestructuras

[27] Detallado en el apartado de descripción del centro,página 59.

y por supuesto la figura principal del proyecto, la trabajadora social; el coste de estos recursos se encuentran incluidos dentro de los presupuestos generales del centro. En cambio, los recursos específicos, aquellos que se requiere de forma específica para la realización del proyecto, supondrían un coste añadido, como es el derivado de:

- Contratación de servicios externos de formación y supervisión.
- Compra de TIC´s

Ambos tipos de recursos, tanto específicos como asignados serán financiados íntegramente por la Residencia, cuyas fuentes de financiación son:

- Aportación específica de cada entidad que compone el Consorcio.
- Convenios suscritos con otras administraciones: Instituto Aragonés de Servicios Sociales, Comarca Valdejalón.
- Cuotas mensuales de los residentes en concepto de coste del servicio de atención residencial.
- Donaciones.
- Subvenciones provenientes de entidades públicas y/o privadas.

3.7. Evaluación

Se realizara una evaluación continua y otra final.

Partimos de una evaluación continua, en la que el objeto es el proceso de la intervención social, de cada programa y de los protocolos que se incluyen. Se considera la evaluación como un aprendizaje de la experiencia de la acción. Se valorarán y modificarán todos los aspectos relacionados con la propia intervención del trabajador social así como aquellos referentes a los programas detallados. Será el propio trabajador social quien lleve a cabo la evaluación continua supervisando los

logros/fallos en su área de trabajo, buscando así una calidad en su intervención y aplicar correcciones necesarias a medida que va avanzando el proyecto.

Respecto a la evaluación final: se realiza una vez hayan finalizado todas las fases del residente en el centro y tras la terminación del último protocolo de actuación con la familia. Con ella, se pretende conocer el nivel de cumplimiento de los objetivos, examinar tanto los cambios positivos como los resultados o efectos negativos o inesperados, pudiendo ser objeto de reflexión para futuras intervenciones. El profesional responsable es igualmente el trabajador social junto con la participación activa del resto del equipo interprofesional.

Se tendrá en consideración aspectos cualitativos como cuantitativos a través de indicadores de evaluación como son:

- Número de visitas a domicilio realizadas.
- Número de solicitudes de ingreso/nº de familias demandantes de información.
- Número de entrevistas.
- Número de reuniones por tipología y programas.
- Número de gestiones realizadas: informes, coordinación con recursos/servicios,…
- Número de actividades programadas/realizadas/suspendidas.
- Número de participantes en actividades programadas.
- Número de voluntarios que participan (antigüedad de los mismos).
- Tiempo medio de adaptación.
- % de participación activa de los profesionales, de los familiares.
- % de cumplimiento de los objetivos.
- Eficacia de los cauces de comunicación con familiares, equipo.

- Distribución de tiempos dedicados a cada gestión dentro de cada protocolo.
- Grado de satisfacción de equipo interprofesional, familiares, voluntarios.
- Grado de satisfacción de la familia, del equipo, del trabajador social.
- Eficiencia de los recursos: grado de optimización de los mismos.
- Efectividad de los protocolos: relacionar los resultados de cada protocolo con el objetivo prediseñado.

Para llevar a cabo un riguroso proceso de evaluación, resulta necesario instrumentos que sirven para recoger la información que se quiere conocer, en función de lo que se pretende evaluar, de las condiciones en las que se aplicarán y de los sus destinatarios, ya sean los profesionales, usuarios/familia, participantes como voluntarios, agentes sociales y por supuesto el propio trabajador social.

Los instrumentos/técnicas que se van a utilizar en el proyecto son los siguientes:

- Entrevistas familiares, con profesionales implicados.
- Reuniones de evaluación.
- Recogida de información a través de encuestas, cuestionarios, fichas de evaluación, Tests estandarizados.
- Observación sistemática, proyectada sobre todo el proceso así como focalizada en algún momento en concreto (observación incidental).
- Diarios de campo que recogen la descripción de actuaciones en su totalidad.
- Estudio de casos individuales, recopilando datos y posibles soluciones adoptadas durante la intervención.

- Informes de evaluación que describen de forma detallada los resultados y valoración de los mismos.
- Supervisión.

4. CONCLUSIONES

Este trabajo es el resultado de un proceso de análisis y revisión crítica de la práctica del trabajador social en un centro residencial con residentes que sufren demencias y que nos ha permitido:

- **Reflexionar** del quehacer diario del trabajador social: en la planificación, en la ejecución, y en la evaluación de nuestras acciones planteando mejoras.
- **Sistematizar nuestro saber**: ordenándolo, estableciendo una estructura práctica dotándola de herramientas mediante el desarrollo de programas y sus correspondientes protocolos de actuación.
- **Generar conocimiento metodológico a nuestra disciplina Social** identificando la forma de intervenir desde los centros residenciales desde la figura del trabajador social con el referente en el conocimiento teórico unido a la praxis.
- Y sobre todo, deseamos **compartir este conocimiento** con otros profesionales, colegas, a través del proyecto desarrollado.

El estudio nos aporta ideas claves que consideramos importantes para abordar la atención social a personas que sufren demencias desde los centros residenciales, de las que resaltamos las siguientes:

- ✓ El saber diferenciar enfermedad mental de la enfermedad de alzheimer y otras demencias, siendo éstas últimas las susceptibles de ser atendidas desde un servicio social especializado como es el servicio de atención residencial.
- ✓ La importancia de disponer de un conocimiento sobre las demencias. Una enfermedad que afectan al cerebro y que su degeneración es lo único que está asegurado; de sus fases para adecuar nuestra intervención a cada una de ellas y de sus afecciones tanto funcionales en

las ABVD como los problemas de tipo conductual y el gran impacto emocional en las familias.

- ✓ Es necesario dotar a los centros residenciales de servicios especializados que garanticen una **atención integral** al residente y a su familia a través de un equipo interdisciplinar. Abrimos este trabajo a que otros profesionales aborden sus áreas tomando como base la importancia del trabajo en un equipo interprofesional
- ✓ Todo ello enmarcado en un **modelo de trabajo**. Nosotras hemos elegido en nuestro trabajo el modelo de influencia, que se identifica con el modelo sistémico, de tal forma que la intervención en uno de los programas tiene consecuencias en otro de los programas permitiendo desarrollar las potencialidades indirectas generadas. En todo caso, el valor de cualquier modelo utilizado recaerá en la medida en que se sustente en las personas, en la escucha de sus historias de vida, en definitiva que el trato a la persona contenga los valores de dignidad, respeto, humanidad como buques insignia.
- ✓ Tras lo dicho se hace patente **la importante labor del trabajador social** que por su formación, competencias, capacidades, destrezas y habilidades es el profesional que mejor ofrece un abordaje holístico, reconociéndole así como el máximo responsable de que el residente, reciba una atención integral y especializada en función de sus necesidades y en coordinación con el resto de profesionales.

A nuestro modo de ver creemos que un trabajador social que trabaje con personas con demencias en un centro residencial debería tener el siguiente perfil: Que integre el SABER, el SABER-HACER y el SER.

- ❖ El SABER: Cualificación académica y conocimientos procedentes de distintas disciplinas como la psicología, bioética, antropología, sociología del envejecimiento y en especial de las demencias.

Conocimientos sobre materias que inciden en un residente con demencia como sus aspectos básicos de cuidado, síntomas y consecuencias a tener en cuenta para poder adaptar nuestras intervenciones y proporcionar ayudas técnicas, recursos sociales.

Cabe resaltar la importancia de que el profesional desarrolle conocimientos en técnicas y metodología de trabajo en equipo mediante la planificación de programas de actuación.

❖El SABER-HACER: -Aptitudes y habilidades-. Capacidad para aplicar los conocimientos para ofrecer docencia y formación al resto del equipo de cuidadores. Tener capacidad de innovación a través de la investigación.

Dentro de las habilidades sociales se destacaría el saber escuchar, capacidad de contención emocional, atención personalizada, autocontrol.

En las habilidades profesionales, el profesional debe dominar la comunicación tanto verbal como no verbal, la observación, técnicas aplicadas al trabajo en equipo, entrevistas, sesiones grupales

❖SER: -Actitudes-. Respeto a los derechos como personas, humanización del trato, la empatía y la vocación son valores necesarios en el trabajo con personas con demencias.

Por último, vamos a resumir lo que para nosotras ha sido el objeto de nuestro trabajo, **Intervención del trabajador social en una residencia con personas con demencias**:

Información, orientación, valoración a clientes y/o familias: El trabajador social es la "puerta de entrada" a la residencia y en este punto recibe a las personas y/o sus familiares susceptibles de necesitar una atención residencial. Ante esto, el trabajador social debe escuchar y dar

una información honesta, nunca generar falsas esperanzas (recursos o prestaciones), informar de los servicios que se les ofrece y la atención y cuidados que se le puede dar en el centro. Estudio de la situación biopsicosocial del futuro residente y se realizara el diagnostico previo al ingreso.

Atención social, gestión y acceso a recursos: El apoyo social es de vital importancia tanto a la persona que sufre una demencia como a su familia. La gestión y acceso a recursos son herramientas a poner en marcha en ciertos momentos, que son importantes para mejorar condiciones económicas, apoyos técnicos, etc. Pero son secundarios al apoyo social.

Velar por el respeto de los derechos de los usuarios: En esta función se recogen los aspectos éticos, y que el trabajador social debe velar por su cumplimiento. Por el hecho de estar en una residencia hay derechos de las personas que en ocasiones se ven vulnerados. Y si cabe, ocurre más en el caso con demencias. De forma resumida el trabajador social velará por que se respete el derecho a la intimidad y privacidad, a libertad de actuación y trato digno, a libertad de elección y participación. Junto con la dirección del centro, desarrollara un sistema de gestión de sugerencias y reclamaciones.

Planificación, coordinación y evaluación del área de trabajo social : elaboración de objetivos y la organización de la agenda, elaboración de protocolos propios y en coordinación con el equipo interdisciplinar, estudio e investigación sobre los temas relacionados con las demencias, colaborar en el establecimiento de medidas preventivas y elaborar indicadores, estadísticas, informes de evaluación y memorias.

Coordinación y/o participación en el equipo interprofesional: Aportando la visión holística, realizando el PAI y cualesquiera otras

actuaciones que para el bienestar del residente requieran del trabajo en equipo.

Dirección y gestión de los centros residenciales: Entendemos que el trabajador social dispone de capacidad suficiente para la asunción de la dirección y gestión del centro de forma satisfactoria, ya que el perfil del trabajador social descrito anteriormente hace que sea el idóneo para ejecutar estas funciones.

En resumen las funciones del trabajador social abarcan labores preventivas, asistenciales y de promoción y defensa de los derechos de los residentes así como, de dirección, planificación, organización y coordinación.

5. BIBLIOGRAFIA

Alonso-Barbarro,A.,Garrido-Barral,A.,Martín-Martínez,Mª,.Francisco-Morejon,N (2005). Evaluacion de una intervencion en cuidadores de pacientes con demencia (programa ALOIS) mediante una escala de calidad de vida. *Revista española de Geriatria y Gerontologia*, 40-45.

Boada, M. (2002). Aspectos asistenciales: recomendaciones sobre las unidades de diagnostico y tratamiento de las demencias. Sociedad española de Neurologia, *Guia en demencias.Conceptos,criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia* (págs. 231-239). Barcelona: Masson S.A.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M., Daskheel-Ali, M., Regier, N., Thiein, K., & Freedman, L. (2010). ¿Se puede prevenir el comportamiento agitado de los enfermos de Alzheimer con estímulos estandarizados? *The American Journal of geriatric psychiatry* , 1459-1464.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M., Daskheel-Ali, M., Regier, N., & Thiein, K. (2010). ¿Las personas con demencia pueden ser atraidas por estimulos? *The American Journal of geriatric psychiatry* , 351-362.

Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., & Hazan, H. (2010). El impacto de la situación(solo salir de casa una vez a la semana o menos)en las personas mayores. *The American Journal of geriatric psychiatry* , 2358-2362.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M., & Daskheel-Ali, M. (2012). ¿Que influye en la felicidad de las personas con demencia avanzada? *The American journal of psychiatric* , 402-406.

Deus, J., Pujol, J., Amores, F., Caceres, C., Jacas, C., Perdrix, D., & Raich, R. (2004). Neuropsicologia de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias primarias. En J. Devi, & J. Deus, *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer : Una aproximacion práctica e interdisciplinar* (págs. 385-418). Barcelona: Isep Universidad.

Devi, J., Olivera, C., & Cardona, J. (2004). Cambios funcionales en geriatria y en las demencias.Terapia de intervencion en las actividades de la vida diaria. En J. Devi, & J. Deus, *Las demencias y la enfermedad de*

alzheimer:Una aproximacion práctica e interdisciplinar (págs. 245-272). Barcelona: Isep Universidad.

FEAFES Valladolid "El puente". Obtenido de www.foroqpea.es/ Recuperado el 10 de febrero de 2014

Fernández-Lansac, V., Crespo, M., Caceres, R., & Rodriguez, M. (2012). Resiliencia en cuidadores con personas con demencias:Estudio preliminar. *Revista española de geriatria y gerontología*, 102-109.

Ferrer, C., & Vallespi, A. (1997). Evolucion clínica y estados terminales. A. Seva Díaz, *Las demencias,los pacientes dementes,sus problemas especificos y su atencion personal,social y familiar* (págs. 47-56). Zaragoza: Caja de ahorros de la Inmaculada.

Franco , M.A y Criado del Valle,C. H.(2005). *La intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve.IMSERSO* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asusntos sociales.

Gandoy, M., Millan, J., García, B., Buide, A., López, M., & Mayan, J. (1999). Evolución y resultados de la instauración de un programa de terapia de grupo dirigido a un colectivo de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Intervención psicosocial*, 109-116.

Garcia, B., & Gomez, C. (2010). *Manual de Buenas prácticas en Residencias de personas mayores.* Murcia: Asociacion Edad Dorada Mensajeros de la Paz.

Gonzalez, R. (2000). *Enfermedad de Alzheimer.Clínica , tratamiento y rehabilitación.* Barcelona: Massan S.A.

Gutierrez, B. (1998). Formacion de familias cuidadoras de personas mayores dependientes. *Cuadernos de trabajo social* , 203-220.

Gutierrez, B., Leturia, F., & Yanguas, J. (1999). *Gerontologia social.Manual básico para gerocultores y auxiliares geriatrícos.* Madrid: Centro de humanizacion de la salud-Caritas.

Hernández, J., & Gutierrez, M. A. (2011). *Manual de actuación en las enfermedades de alzheimer y otras demencias.* Canarias: Consejeria de Sanidad,Servicio Canario de la Salud.

Hornillos, C. y Crespo,M. (2008). Caracterizacion de los grupos de ayuda mutua para cuidadores de familiares de enfermos de Alzheimer: Un análisis exploratorio. *Revista española de geriatria y gerontología* , 308-315.

Hueros, A., Arroyo, C., Diaz, M., Estévez, A., Garcia, B., & otros, (2008). *Atender a una persona con alzheimer.* Madrid: CEAFA.

IMSERSO. (1998). *Atención a personas mayores que viven en residencias.Protocolos de intervención psicosocial y sanitaria.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.Guillen,F(ed).

IMSERSO. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer.* Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

IMSERSO. (2012). *Informe 2010.Las personas mayores en España.Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas.* Madrid: Ministerio de Sanidad,Servicios Sociales e Igualdad.

Lima, A. (2010). El sector sociosanitario a examen. *Axa Empresa*, 6.

Lopez, I. (2010). *Protocolos de actuación.Residencias de personas mayores.Servicio Foral Residencial.* Bilbao: Diputacion Foral de Bizkaia.

Llibre, J., Guerra, M., & Perera, E. (2008). Impacto psicosocial del sindrome demencial en los cuidadores principales. *Revista Cubana Medicina general integral*, 1561-3038.

Majos, A. (1995). *Manual de prácticas de Trabajo Social en la Tercera edad.* Madrid: Siglo XXI.

Manual de buena práctica. Residencias de personas Mayores (2007). Bilbao: Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social.

Martin, M. (2003). *Trabajo social en gerontología.* Madrid: Sintesis.

Martinez, J., Martin, S., Bohorquez, A., & Gomez, P. (2002). *Gestion asistencial de residencias para mayores.Manual Práctico.Eulen SS.SS y Sanitarios.* Barcelona: Ars Médica.

Martinez, M. (1997). El comienzo,las formas clínicas y los tipos de demencia. En A. Seva, *Las demencias, los pacientes dementes,sus problemas específicos y su atención personal,familiar y social* (págs. 33-46). Zaragoza: Caja de ahorros de la Inmaculada.

Matusevich, D., & Triskier, F. (2007). Instituciones en Psicogeriatría. *VERTEX*, 129-130.

Muñoz, E., & Latorre, P. (2004). Clínica de las demencias. En J. Devi, & J. Dreus, *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: Una aproximación práctica e interdisciplinar* (págs. 191-211). Barcelona: Isep Universidad.

Navarra, C. d. (1990). *Asociacion de familiares de enfermos de alzheimer de Navarra*. Obtenido de www.afanasociacionespamplona.es/

Pacual, G. y Barlés. (1999). *La guia: El cuidador de pacientes con demencia tipo Alzheimer.* Barcelona: Esteve.

Pamela, M., Tremont, G., & Duncan, J. (2007). Relación premórbida: la satisfacción y la carga del cuidador. *The American Journal of geriatric psychiatry* , 115-119.

Pastor, A. (2005). *El trabajador social en el ámbito gerontológico.* Madrid: Formacion Alcalá.

Perez, J., & Gómez, G. *Modelo básico de atención en residencias para personas mayores.* Consejeria de salud y bienestar social de Castilla la Mancha: Dirección general de atención a personas mayores,personas con discapacidad y personas en situación de dependencia.

Petit, J., Gaya, P., & Casals, A. (2004). La atención psicológica a la familia en las demencias y en la enfermedad de Alzheimer. En J. Devi, & J. Deus, *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: Una aproximación práctica e interdisciplinar* (págs. 637-655). Barcelona: Isep Universidad.

Piergiorgio, C. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social.* Madrid: Mc Graw Hill.

Porcel, A. (2001). Retos al trabajo social en la atención asistencial a mayores. *Cuadernos de Trabajo Social*, 279-290.

Porcel, P., Ferrer, S., & Maños, M. (2004). Intervencion social en geriatría, en las demencias y en la enfermedad de Alzheimer. En J. Devi, & J. Deus, *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: Una aproximación práctica e interdisciplinar* (págs. 145-166). Barcelona: Isep Universidad.

Rayon, P., Lorente, I., & Blanco, M. y Quality. (2011). *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones.* Madrid: Mc Graw Hill.

Reisberg, B., & Zeisel, J. (2011). *Congreso internacional de Alzheimer.* Recuperado el 7 de Marzo de 2014, de www.alzheimerinternacional2011.org//libro_abstracts.php

Requena, E., Hervás, E., Anglés, N., & Cullel, N. (2004). Eficacia de los programas de psicoestimulación. En J. Devi, & J. Deus, *Las demencias y la enfermedad de Alzheimer: Una aproximación práctica e interdisciplinar* (págs. 535-557). Barcelona: Isep Universidad.

Rodriguez, P. (1999). *Residencias para personas mayores.Manual de orientación.* Madrid: Medica Panamericana S.A.

Rodríguez, P. (2007). Residencias y otros alojamientos para personas mayores. Madrid: Medica Panamericana S.A.

Sampieri, R., Fernandez, C., & Baptista, L. (2008). *Fundamentos de metodología de la investigación.* Madrid: Mc Graw Hill.

Villar, F., Vila-Miravent, J., Celdrán, M., & Fernández, E. (2013). La participacion de las personas con demencia en las reuniones del plan de atención individualizado:impacto en el bienestar y calidad del cuidado. *Revista española de geriatría y gerontología* , 259-264.

Yanguas, J. y otros. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer.Coleccion Documentos.Seriedocumentos técnicos.* Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Yanguas, J., Leturia, F., Leturia, M., & Uriarte, A. (1998). *Intervencion psicosocial en gerontología:Manual práctico.* Madrid: Caritas Española.

Zeisel, J. (2011). Perspectivas actuales en terapias no farmacológicas innovadoras. *Actas Congreso Internacional "Aprendiendo a vivir mejor"* (págs. 8-9). Madrid: Congreso Internacional Alzheimer 2011

6. ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

- Gráfico 1: Sexo residentes…….…..…… 13
- Gráfico 2: Tipo de enfermedades…….…… 13
- Gráfico 3: Enfermedades del sistema circulatorio…….…… 14
- Gráfico 4: Enfermedades del sistema locomotor…….…….…. 14
- Gráfico 5: Diagnosticados con demencias…… 15
- Gráfico 6: Demencias más enfermedades neurodegenerativas…….…… 15
- Gráfico 7: Distribución de demencias por edad y sexo…….…… 16
- Gráfico 8: Tipo de demencia …… 17
- Gráfico 9: Tipo de demencia en hombres…… 17
- Gráfico 10: Tipo de demencia en mujeres…… 18
- Gráfico 11: Población total/ población mayor de 65 años…….…… 55

- Tabla 1: % de plazas residenciales para dependientes y % de plazas psicogeriatricas en España y Aragón…….…… 11
- Tabla 2: Comparativa edad media total residentes/edad media residentes con demencias…….. 16
- Tabla 3: Evolución plazas totales residencia/plazas concertadas con el Instituto Aragonés de Servicios Sociales …….. 58
- Tabla 4: Tipo de diagnostico de demencia y nº de residentes…….....63