



## **PROGRAMACION DE ACTIVIDADES**

### **CENTRO RESIDENCIAL ADACCA “LOS GALLOS”**

## ÍNDICE

---

1. INTRODUCCIÓN.
2. OBJETIVOS.
3. PERFIL DE LAS PERSONAS USUARIAS.
4. METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN.
  - 4.1 INCORPORACIÓN AL CENTRO.
  - 4.2 SISTEMA DE VALORACIÓN.
  - 4.3 PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA.
  - 4.4 PLAN DE SEGUIMIENTO.
  - 4.5 PLAN DE TRABAJO EN EQUIPO.
  - 4.6 PLAN DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN CON LA FAMILIA.
5. EQUIPO PROFESIONAL.
6. FUNCIONAMIENTO Y CARTERA DE SERVICIOS.
  - 6.1 SERVICIOS GENERALES.
  - 6.2 SERVICIOS DE ATENCIÓN DIRECTA.
    - 6.2.1 SERVICIO AL USUARIO
      - 6.2.1.1 ÁREA DE AUTONOMÍA Y FUNCIONABILIDAD.
      - 6.2.1.2 ÁREA INTERDISCIPLINAR
      - 6.2.1.3 ÁREA OCUPACIONAL.
      - 6.2.1.4 ÁREA DE OCIO Y TIEMPO LIBRE.
    - 6.2.2 SERVICIO A LA FAMILIA.
7. PRESUPUESTO.

## 1. INTRODUCCIÓN

ADACCA, Asociación de Daño Cerebral Adquirido (DCA) de la provincia de Cádiz, se creó en el año 2.000 con una finalidad clara: mejorar la calidad de vida de las personas con DCA y sensibilizar a la sociedad sobre la realidad de este colectivo. Durante estos diecisiete años de andadura hemos ido creciendo y ampliando cada vez más nuestros servicios hasta llegar al reto que a continuación presentamos.

En la actualidad las necesidades de las personas con DCA no están cubiertas desde el sistema público, por lo que los servicios que necesitan se deben cubrir desde recursos privados, es por ello por lo que decidimos unirnos como Asociación y empezar nuestra acción en un pequeño local en la Alameda Apodaca, con muchas carencias, pero con mucha ilusión. Gracias al apoyo de la Zona Franca de Cádiz, de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, del Excmo. Ayuntamiento de Cádiz y la Diputación Provincial, hemos podido cambiar de locales en dos ocasiones, permitiéndonos contar con más espacio y posibilidades de atención. En el 2006 nos trasladamos a Plaza España, entrando en funcionamiento el *Nuevo Centro Integral*, y en noviembre de 2009 al Parque Empresarial de Poniente (C/Eslovaquia 1.14 – 11011 -Cádiz), donde podemos contar con una nueva Unidad de Estancia Diurna con una capacidad de 54 plazas concertadas.

El “Centro de Día ADACCA” para pacientes con DCA, pionero en Andalucía, ha supuesto un gran avance en la puesta en marcha de la red de centros especializados en el tratamiento para este colectivo. Dentro de los servicios que desarrollamos destacamos la Rehabilitación Integral del Paciente con Daño Cerebral Adquirido, un proceso complejo en el que tras una evaluación neuropsicológica y un diseño de rehabilitación personalizado, ofrecemos una amplia gama de programas que permiten su desarrollo (Estimulación cognitiva, modificación de conducta, psicoterapia, terapia de grupo, logopedia, terapia ocupacional, fisioterapia y trabajo social).

A pesar de todos los avances realizados, y de haber podido ampliar el número de plazas, estas siguen siendo limitadas en relación a la demanda que recibimos de atención a personas con DCA y sus familias. Actualmente tanto la UED de ADACCA, como los diferentes programas de rehabilitación que ofrecemos, están al límite de su capacidad. Por otro lado nos consta que existe un gran número de personas que han solicitado plaza en UED o en Residencia a través del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, que de momento no podrán tener una resolución favorable, ya que no existe en toda la provincia de Cádiz otro Centro especializado en Daño Cerebral Adquirido.

Es por ello que en el 2009, gracias a la cesión de unos terrenos en Chiclana de la Frontera (Urbanización Los Gallos) por parte de la Excmo. Diputación Provincial de Cádiz, se comenzó la construcción de un Centro Integral de Atención del Daño Cerebral Adquirido, con el fin de poder ampliar la oferta de plazas y la zona geográfica de atención. Inicialmente la construcción estaba prevista en dos fases: en una primera se construiría la Unidad de Estancia Diurna, y en una segunda la Residencia para personas con discapacidad gravemente afectadas. Pero en el transcurso del proceso de construcción, y atendiendo a la demanda cada vez mayor de personas con DCA gravemente afectadas, que requieren la atención especializada en régimen de

Residencia, decidimos modificar el proyecto de obra inicial, ubicando la UED para 47 plazas en la planta baja y la Residencia para 17 plazas en la primera. De esta forma queremos paliar en la medida de lo posible situaciones extremas en las que se encuentran muchas familias, que por diferentes motivos (envejecimiento de la persona cuidadora principal; Falta de red familiar y apoyos suficientes; etc...) no pueden ocuparse del cuidado de su familiar con DCA.

Se trata de un reto importante, por lo que significa, y por la complejidad de ponerlo en marcha y darle continuidad. Por nuestra parte seguiremos poniendo todo el esfuerzo y toda la ilusión para hacerlo posible, e igualmente esperamos seguir contando con la colaboración e implicación de las Administraciones Públicas, tal y como ha sido hasta el momento.



La filosofía del Servicio de Residencia que se propone, se basa en el respeto a la condición de la persona discapacitada. Respeto a su consideración como ciudadana integrante de la sociedad, con unas potencialidades susceptibles a ser mantenidas y/o de ser desarrolladas con la debida asistencia basada en los principios de:

**Normalización:** El modelo de atención velará por la normalización de las vidas de las personas usuarias, haciéndoles accesibles las pautas y las condiciones de vida cotidiana que sean lo más próximas a las normas y pautas del cuerpo principal de la sociedad. Del mismo modo que se contribuirá a crear sociedades inclusivas que faciliten la participación de personas con discapacidad.

**Integración:** Un modelo normalizado implica la máxima integración posible de la persona en las comunidades naturales (barrio...) por lo que esto debe ser un horizonte de actuación. La sociedad tiene que hacerse consciente de la existencia de este colectivo y de su derecho a formar parte activa de la misma.

**Individualización:** El desarrollo de las capacidades de cada persona exige una intervención individualizada en cuanto a evaluación y programación, compatible con la máxima integración en el grupo. Para ello, es necesario realizar una valoración exhaustiva y protocolizada a partir de la cual diseñar un plan de atención individual (PAI) que se englobe en un marco de actividad grupal.

**Profesionalización:** Las características del daño cerebral pueden plasmarse en personas con una alta dependencia funcional y/o cognitiva, que precisen para su tratamiento de entrenamientos y aprendizajes muy específicos. La necesidad de proporcionar a la persona las máximas oportunidades para su desarrollo, exige poner a su alcance los últimos avances en las áreas de intervención del daño cerebral. Esto requiere alta cualificación, la experiencia adecuada del equipo técnico y del personal directo que atienda a estas personas, así como un alto grado de especialización en el propio diseño de los recursos.

**Participación:** La participación activa de la persona afectada y de su familia es un principio fundamental en este modelo. Es necesario potenciar la implicación de la persona usuaria (en la medida de sus capacidades) y de su familiar o tutor legal, en su caso, en la toma de decisiones que se realice respecto a las diferentes esferas de la persona. De lo contrario, las decisiones que tomemos por ellos seguirán reforzando su condición de dependientes y no fomentará una verdadera implicación en su mejora.

**Globalidad:** El modelo de atención parte de un enfoque biopsicosocial abarcando todas las áreas que afectan al desarrollo de la persona (sanitaria, psicológica, social,...), por lo que el Plan de Atención Individual (PAI) estará diseñado de forma integral, desde la implicación del equipo de profesionales multidisciplinar.

**Intimidad:** el modelo de intervención con las personas usuarias, dispondrá de todos los protocolos necesarios para que el derecho a su intimidad sea respetada y protegida.

## Valores

### **Atención a la cronicidad: continuada y especializada**

La atención al DCA no se acaba en la fase rehabilitadora. La persistencia de determinadas secuelas va a acompañarles a lo largo de toda su vida. Es por ello que hay que planteamos una atención a largo plazo, que abarquen las fases agudas, rehabilitadoras y crónicas. En esta última fase, aún se pueden conseguir avances en capacidades funcionales, que repercutirán favorablemente en el objetivo central de esta intervención, una mejora de la calidad de vida del usuario y de la familia.

La atención y la realidad del DCA plantean la necesidad de establecer un *continuum* desde la aparición del daño cerebral hasta que la persona requiera algún tipo de atención. De este modo, se requerirá del establecimiento de una visión continuada del tratamiento que compacte y articule los diferentes servicios sociales y asistenciales.

Además, esta atención debe ser altamente especializada. Por ello hay que elaborar programas personalizados a cada caso que se atienda, cubriendo las necesidades particulares de cada usuario/a. La complejidad de las secuelas del DCA así lo exige.

### **Intervención integral, coordinada y holística**

Una intervención integral es aquella que intenta dar respuesta a las necesidades personales como un todo: autonomía, autoestima, inclusión social y apoyo a la familia. El tratamiento integral se basa en el trabajo en equipo ajustado y coordinado, en ocasiones también con otros recursos comunitarios.

La intervención terapéutica debe realizarse desde un enfoque holístico bio-psico-social. No hay dos lesiones iguales, porque no hay dos personas iguales. En la intervención influirán tanto las características el daño sufrido, como las características personales de la persona usuaria (edad, bagaje cultural, carácter...), su entorno familiar y social, y los recursos con los que cuenta. Por eso, en la atención al DCA se excluyen las generalizaciones amplias para la rehabilitación y hace necesario aplicar programas de tratamiento y atención individualizada.

La intervención que se quiere aplicar es integradora y holística, se requiere de un equipo multidisciplinar que trabaje en su coordinación y puesta en marcha. Este equipo fundamentará su actividad en el trabajo en equipo, sustentado por distintos profesionales coordinados, altamente capacitados y bien entrenados en la discapacidad.

### **Hacia la integración en la sociedad**

La persona con DCA, al igual que cualquier persona que sufra una discapacidad, sigue formando parte de la sociedad en la que vive. Debe tomar parte en el desarrollo de la sociedad y disfrutar de los recursos que ofrece.

Hasta el momento actual, se habla de integrar a las personas en la sociedad, cuando deberíamos buscar sociedades inclusivas preparadas a convivir con personas con necesidades especiales. Es necesario, de este modo, realizar un doble trabajo. Por un lado, trabajar con la persona con discapacidad. Por otro lado, es necesario trabajar con la comunidad para provocar un cambio de estructuras y procesos que permitan el acceso de las personas con discapacidad a todos los recursos y posibilidades que oferta.

## La familia

En la historia de la atención al DCA, el papel de las familias ha pasado por distintas etapas. Actualmente, se considera a las familias como un sistema que ha sufrido un importante impacto y por lo tanto también se encuentra afectado. El proyecto familiar que existía se ha roto y se plantea la necesidad de encontrar un nuevo equilibrio que le permita continuar hacia adelante con un nivel de calidad de vida adecuado.

Las familias viven su propio proceso de evolución tras un DCA. En cada una de las fases de este proceso, y mientras la lesión o sus consecuencias afecten a su desarrollo, van a necesitar de medidas específicas de atención. Estas necesidades varían de intensidad y carácter en función de múltiples factores (características de la familia, rol de la persona afectada, capacidad de afrontamiento del grupo familiar...). La atención al DCA tiene que ser capaz de dar respuesta a estas demandas, detectándolas y cubriéndolas desde los diferentes recursos y profesionales que trabajan en contacto con la persona afectada y su familia. Se debe crear un sistema de atención coordinado capaz de localizar y definir el momento de intervención y preparado para derivar el caso a los recursos adecuados.

## 2. OBJETIVOS

### Objetivo General

Atender, de forma temporal o permanente, a personas afectadas por daño cerebral adquirido, con una discapacidad, que precisen de la ayuda generalizada de otras personas para la realización de las actividades de la vida diaria y no puedan ser asistidos en su medio familiar. Para ello se ofrece alojamiento, convivencia y atención integral mejorando la calidad de vida tanto de la persona usuaria, como la de sus familiares.

### Objetivos específicos

- Mejorar y mantener, hasta donde sea posible, la capacidad funcional de la persona usuaria mediante la atención integral y las técnicas rehabilitadoras.
- Prevenir la progresión de las situaciones de deterioro físico, cognitivo, sensorial y psicológico de la persona con DCA.
- Prevenir el incremento de la dependencia, conservando, recuperando y aumentando, en la medida de lo posible, la autonomía personal mediante terapias y programas adecuados.
- Dotar de estructura y métodos de trabajo que garanticen la privacidad de las personas usuarias, a la vez que facilita la comunicación con otros residentes.
- Controlar y seguir terapéuticamente las enfermedades y trastornos detectados. Crear y afianzar modelos de conducta normalizada
- Hacer de la convivencia en grupo el marco de referencia esencial para las actividades cotidianas y convertirlo en un elemento favorecedor y motivador para las personas residentes
- Fomentar los contactos con la familia y allegados de cada persona.
- Apoyar, informar y orientar a las familias para dotarlos de pautas y recursos que les permitan normalizar su vida diaria, y afrontar su situación en mejores condiciones.

### 3. PERFIL DE LA PERSONA USUARIA

#### Personas beneficiarias y criterios de admisión

Podrán solicitar la adjudicación de una plaza de residencia, las personas que se encuentren interesadas y reúnan los siguientes criterios de admisión:

- Personas con Daño Cerebral Adquirido gravemente afectadas que posean el Reconocimiento oficial del Grado de Discapacidad, que tienen dificultades para ser atendidas en su unidad de convivencia o no pueden vivir de forma independiente.

Algunas características del perfil de la persona usuaria serían las siguientes:

Estados de mínima conciencia.

Deterioro cognitivo asociada a discapacidad motora.

Deterioro cognitivo sin discapacidad motora significativa. o discapacidad motora severa con déficit cognitivo.

Alteración de personalidad con déficit cognitivo.

Dependientes de la asistencia de otra persona para realizar las actividades básicas de vida diaria.

Que no necesiten cuidados especializados que no formen parte de los servicios básicos que se prestan en el centro.

#### Criterios de exclusión

Al tratarse de un residencia para personas con DCA gravemente afectadas, consideramos que la severidad de la lesión, la edad, las alteraciones conductuales y los problemas clínicos asociados no serán causa para no poder recibir asistencia cualificada e integral.

Sin embargo si podrá serlo en situaciones extremas que se den las siguientes situaciones:

Requerir cuidados médicos especiales propios de un entorno hospitalario.

De la misma forma, el responsable de la Residencia podrá solicitar la baja de una persona usuaria, cuando ésta presente claramente signos de estar evolucionando de forma negativa, a causa de una inadaptación al servicio, perjudicándole y agravando su situación de DCA y persona dependiente. En este caso, y siempre que sea posible, se facilitará la recomendación de su derivación a otro recurso más adecuado.

#### Bajas

Renuncia voluntaria y por escrito de la persona usuaria o su representante legal.

Fallecimiento.

#### Incidencias

Las incidencias en cuanto a la cobertura asistencial del usuario pueden venir dadas por los siguientes motivos:

Ingresos hospitalarios.

## Normativa de las personas usuarias del Centro Residencial

Se contará con un Reglamento de Régimen Interno aprobado por Asamblea y acorde a la normativa vigente, que incluirá los siguientes aspectos:

Derechos y deberes de los usuarios.

Reglas de funcionamiento.

Régimen de altas y bajas en la vivienda.

Horarios de la vivienda y servicios.

Sistema de participación de los usuarios en la toma de decisiones en torno a la dinámica de convivencia (distribución de tareas, régimen de visitas, de salidas...)

Sistema de pago de los servicios

## 4. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

### 4.1 Plan de incorporación al Centro Residencial y documentación

La incorporación al recurso podrá ser de dos formas:

Solicitud voluntaria de la persona con DCA y/o de su representante legal, con acceso en régimen privado.

Adjudicación de plaza a través del Sistema de Servicios Sociales y Dependencia de la Junta de Andalucía (Una vez hayamos conseguido concertar las plazas de Residencia).

Una vez valorada y aprobada la solicitud por las diferentes vías descritas, se realiza una primera entrevista con la persona usuaria y su familia (responsables legales), en la que se seguirá el siguiente procedimiento:

- Se dan a conocer los objetivos del Centro Residencial, y el funcionamiento general (horarios, actividades, composición del equipo, cuestiones económicas, etc.).
- Se enseñan las diferentes dependencias.
- Se recoge información de interés sobre el usuario (cuidados, medicación, actividades de la vida diaria en las que es dependiente, teléfonos de contacto, etc.).
- Se hace entrega del «Reglamento de régimen interno» (funcionamiento general, derechos y deberes, procedimiento de sugerencias...)
- Se le solicita la siguiente documentación:

- \_ Informes médicos y pautas de cuidados (medicación, alimentación, etc.)
- \_ Fotocopia del D.N.I.
- \_ Fotocopia tarjeta sanitaria
- \_ Autorización de domiciliación bancaria
- \_ Si el usuario estuviera incapacitado se solicita la resolución judicial correspondiente
- \_ Se pone en conocimiento del usuario y la familia los documentos relacionados con la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal y la autorización de su imagen.

Se acuerda con la familia una fecha de entrada del nuevo usuario, y se informa que desde la fecha de inicio, es frecuente establecer un «período de adaptación», de uno o dos meses, durante el cual las diversas partes implicadas (usuario, familia, equipo terapéutico, etc.) tienen la oportunidad de conocerse y decidir sobre la idoneidad del dispositivo.

Se le asigna un/a *Cuidador/a de referencia*. Esta figura ostentará una responsabilidad especial sobre el usuario y coordinará toda la información relativa al mismo.

Cada usuario contará con un *Fichero individualizado* en el que se recogerán los principales datos administrativos, sociales, médicos, etc. Al mismo se irán incorporando la Evaluación inicial, el plan de atención individual, los seguimientos, las incidencias relevantes, etc. El cuidador referente será el encargado de mantener dicho fichero al día.

## 4.2 Sistema de valoración del usuario

Una vez la persona usuaria se incorpora al Centro Residencial, los diferentes profesionales con perfil clínico que componen el Equipo (terapeuta ocupacional, logopeda, fisioterapeuta, neuropsicólogo, trabajador social, etc.) exploran aquellos aspectos que, en los informes aportados no han sido abordados de forma suficiente, y que puedan ser de relevancia para la actividad a desarrollar en el Centro. Para esto se cuenta con un protocolo de evaluación estandarizado que permite que ésta exploración sea homogénea en todos los casos.

Esta evaluación por áreas se realiza de forma individualizada y contempla los siguientes aspectos:

### 1. *Funcionales:*

- Motores.
- De comunicación.
- Grado de autonomía en la ejecución de las actividades de la vida diaria simples y complejas.

### 2. *Socio-familiares:*

- Historia Social.

### 3. *Neuropsicológicos:*

- Personalidad. Emoción. Conducta.
- Funcionamiento Cognitivo.

### 4. *Médicos:*

- Descripción de la lesión.
- Tratamientos farmacológicos y otros cuidados necesarios.

### 4.3 Plan de Atención Individualizado (PAI)

A partir de las diferentes evaluaciones, y una vez el equipo multidisciplinar valora los resultados, se concretará el programa de atención individualizado (PAI) de la personas usuaria. Dejando constancia por escrito del programa de intervención así como de las condiciones de su estancia: horarios, programas y terapias específicas a las que se incorpora. Se proporcionará una copia de dicho programa al usuario o a su representante.

El PAI es una propuesta marco que permite el seguimiento de cada caso y guía la toma de decisiones, lo que permite saber dónde estamos, qué hacer en cada momento y razonar el porqué de lo que se hace. Consiste en una programación del trabajo centrada en la persona y sus particularidades, en la que se definen objetivos y se proponen modos de proceder de forma sistematizada; estructurada de forma secuencial; dinámica y flexible (aceptando el cambio y la modificación en función de la evolución del proceso de intervención). Incluirá:

- Valoración multifuncional del estado inicial.
- Objetivos a un año.
- Plan de cuidados y actividades.
- Fecha de próxima revisión.

El siguiente paso, una vez definidos los objetivos generales y específicos de actuación con una persona, es establecer prioridades, con el fin de definir las intervenciones, tanto individuales como grupales.

### 4.4 Plan del seguimiento

Las personas usuarias serán objeto de, al menos, una revisión formal al año en la que se dejará constancia escrita de su evolución (grado de cumplimiento de los objetivos marcados, análisis general del caso) y del programa de intervención previsto para el próximo período. Tras la reunión del Equipo en la que se aborde el caso, se convocará una entrevista con la familia con el objeto de compartir las reflexiones y consensuar los nuevos objetivos. En los Informes de Seguimiento se reflejará:

- Evolución general.
- Actividades diarias en las que participa el usuario.
- Objetivos previstos para el nuevo período.
- Actividades propuestas para la consecución de dichos objetivos.

La frecuencia de reuniones asistenciales de seguimiento y los profesionales que asistirán a ellas serán determinadas por el coordinador y el terapeuta de referencia en función de las características de cada caso.

#### *La figura del/la cuidador/a de referencia*

Se determinará un trabajador de referencia para cada usuario con objeto de coordinar los diferentes aspectos del proceso de atención y evitar riesgos de posibles pérdidas de la visión integral y de desorientación de la familia a la hora de canalizar la información. En este sentido, el/la cuidador/a es un miembro del equipo que mantiene una relación estrecha con dicho usuario.

#### 4.5 Plan de trabajo en equipo

Para que el trabajo desarrollado sea de calidad nos basaremos en un modelo de trabajo en equipo. En este sentido, algunas cuestiones de interés son: la motivación y el compromiso de los trabajadores con el proyecto asistencial, la existencia de canales fluidos de comunicación e información, la correcta definición de las funciones de cada miembro del equipo, la búsqueda de consensos amplios en la toma de decisiones, etc. Para ello contaremos con diferentes herramientas:

##### *.Sesiones Clínicas*

Estas sesiones son parte fundamental de la actividad del Centro. Convocada con una periodicidad semanal, es el lugar en que se abordan: *Aspectos asistenciales* (valoraciones de nuevos usuarios, seguimiento de los planes individuales, incidencias, temas relacionados con familias, etc.), *De funcionamiento general* (niveles de ocupación, organización interna, cambios de horarios, nuevas composiciones de los grupos, propuestas sobre nuevas actividades, etc.).

En cuanto a las revisiones clínicas de usuarios se establecerá un *calendario anual* de revisiones. Por otra parte, consideramos de interés para el buen funcionamiento de las reuniones el que, anticipadamente, se establezca un *orden del día* y que, tras las mismas, se escriba una breve *acta* sobre los temas que se han tratado o las decisiones relevantes que se hayan tomado.

##### *Reuniones generales de planificación*

Se realiza al menos una reunión general al año en la que se pueda reflexionar conjuntamente sobre: el funcionamiento general del dispositivo (puntos fuertes, puntos débiles, dificultades observadas, necesidades, etc.) y la planificación de la actividad futura (propuestas de optimización de los diferentes recursos, establecimiento de prioridades, definición de nuevos programas, aspectos a mantener, consolidar o modificar, etc.).

##### *.Evaluación y planificación general del Centro Residencial*

La evaluación y planificación general del dispositivo contempla tanto los aspectos técnico-asistenciales como económicos. Además de la reflexión interna del personal del propio dispositivo (señalada anteriormente) conllevará la participación de las diferentes partes implicadas (instituciones públicas, empresas subcontratadas...).

#### 4.6 Plan de información y comunicación con la familia

La información y comunicación con la familia se establecerá básicamente a través de:

*Entrevistas* (de ingreso, de evolución anual, específicas de área, etc.). Estas podrán ser a demanda de la familia y/o del Centro. Se realizarán al menos tres al año.

*Informes escritos*. Además del Plan individualizado inicial, se entregará a la familia, con una periodicidad mínima anual, un informe de Seguimiento.

##### *Contactos telefónicos*

*Propuestas de mejora*. Se dispondrá de un buzón en el que usuarios y/o familiares puedan incorporar sugerencias, quejas, reclamaciones, etc.

## 5. EQUIPO PROFESIONAL

### El equipo interdisciplinar

La atención a personas con DCA implica contemplar conjuntamente una extraordinaria combinación de secuelas físicas, neuropsicológicas, familiares y sociales. Esta atención constituye un particular y complejo reto para los profesionales, debido a la inexistencia de un perfil profesional que pueda hacer frente a todo el déficit o consecuencias que puede presentar un DCA.

La concepción de trabajo interdisciplinar está basada en que los diferentes profesionales encuentran en una posición de complementariedad entre ellos a la hora de planificar y llevar a cabo los programas. Esto favorece que el planteamiento de trabajo sea abordado de forma coordinada, obteniendo como resultado una panorámica integral de las personas y sus necesidades.

Cada profesional valora, diagnostica e interviene, en una parte de la realidad del individuo-familia de acuerdo con su rol, incorporando a su vez la perspectiva de las demás disciplinas que componen el equipo de trabajo. El trabajo desde una perspectiva interdisciplinar implica la participación y colaboración de diferentes profesionales con el fin de tratar cada uno de los problemas, no de forma unitaria y sí bajo las directrices formuladas mediante objetivos comunes y consensuados. Las funciones se complementan en el manejo de la discapacidad con el objetivo de optimizar las capacidades en lugar de establecer límites claros entre las disciplinas a modo de compartimentos estancos.

Según esta configuración, responsabilidades y decisiones se comparten en un mismo nivel, siendo la posición de los profesionales de corresponsabilización. Cada situación puede requerir diferentes estrategias de intervención además de diferentes tipos de encuentros entre el equipo de profesionales, el usuario y/o la familia. Consensuar objetivos con todos los componentes del equipo, usuarios y familiares, supone aprovechar al máximo todas las herramientas de las que disponemos para lograr un abordaje integral en la intervención biopsico-social.

### Profesionales que lo componen

Nuestro equipo profesional contempla diferentes disciplinas, entre las que siempre estarán incluidos profesionales técnicos de las siguientes áreas:

- Neuropsicología/ Psicología
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Logopedia
- Trabajo social
- Integradora social
- Enfermero/a

## La formación continuada y el bienestar del equipo

La apuesta por la calidad que hacemos desde ADACCA requiere de una formación continuada orientada a la especialización de los distintos profesionales y al intercambio de experiencias. Para ello contamos con un plan de formación de la entidad, en el que estará incluida la formación del equipo de profesionales del Centro Residencial. Por otro lado la Administración fomenta que los especialistas tengan la mayor actualización posible de sus conocimientos y, en este sentido, la Ley orgánica de Profesionales Sanitarios (LOPS) ya establece entre sus contenidos que la obligación de la acreditación de la formación continuada haya dejado de suponer una actividad de motivación personal para representar un requisito esencial en la progresión laboral.

## 6. FUNCIONAMIENTO Y CARTERA DE SERVICIOS

El Centro Residencial, tiene capacidad para 17 plazas y funcionará los 365 días del año, las 24 horas del día.

La oferta de servicios del Centro Residencial contemplará una asistencia individualizada y dinámica en la que, por medio de programas de carácter terapéutico y social, se pretenderá que el usuario permanezca integrado e involucrado a su entorno natural y socio-comunitario, manteniendo y si cabe mejorando, la actividad física, psicológica y social.

Los servicios se dividen en dos grandes grupos:

Los servicios generales.

Los servicios de atención directa a usuarios y familiares.

### 6.1 Servicios generales

Siendo que el Centro Residencial está ubicado en la primera planta del Centro Integral “los Gallos”, donde también estará ubicada la Unidad de Estancia Diurna, en la planta baja. Parte de los Servicios Generales, serán compartidos (Gestión y Administración, Mantenimiento, seguridad y vigilancia)

#### Gestión y administración

Este servicio diseña, desarrolla y supervisa todos los aspectos relacionados con la actividad económica, administrativa y representativa derivados del funcionamiento del Centro Residencial como son: el control de ingresos y gastos, la elaboración del calendario de pagos, seguros, contabilidad, vigencia de permisos y licencias, así como relaciones con otras entidades públicas y privadas.

### *Manutención*

Este servicio resulta esencial ya que contemplamos la manutención como uno de los elementos indispensables para el usuario. Para ello se contratará un servicio de Catering que deberá elaborar los menús ordinarios además de los específicos en función de las necesidades alimenticias de cada persona. Además, se llevará a cabo una supervisión de los mismos con el fin de garantizar unos niveles de nutrición adecuados. Por último, se vigilarán especialmente los medios técnicos y la ayuda personal necesaria para quienes no pueden alimentarse de forma autónoma.

### *Limpieza*

El servicio de limpieza permitirá mantener la higiene de las instalaciones de forma adecuada para poder hacer un buen uso de las mismas. El desarrollo de esta actividad deberá estar reflejado en un plan diario que posibilite la ejecución del mismo sin perjuicio para los usuarios y los profesionales del centro, además de cumplir con las normativas sanitarias vigentes en referencia a los productos empleados para la misma.

### *Lavandería*

Se contará con un servicio de lavandería externo para el lavado de la ropa de cama y lencería. Y en el Centro se realizará el lavado de la ropa de cada persona usuaria.

### *Mantenimiento*

Este servicio es el encargado de la supervisión y reparación de las instalaciones del Centro. Mediante la realización de revisiones periódicas debe lograr un adecuado funcionamiento de la maquinaria perteneciente al edificio, además de garantizar un estado óptimo del mobiliario utilizado por usuarios y profesionales, de forma que no provoque en ningún momento situaciones de riesgo ni reduzca las condiciones de bienestar necesarias para la prestación de otros servicios.

### *Seguridad y vigilancia*

El servicio de seguridad y vigilancia tendrá como propósito esencial garantizar que la integridad física de usuarios y profesionales no sufra ningún tipo de amenaza. Para ello debe realizar controles en el acceso a las instalaciones, de manera que sólo se permita la entrada a personas autorizadas para ello. La puesta al día de un registro de acceso diario al centro así como la intervención directa en situaciones de riesgo para los asistentes al mismo, conforman los objetivos indispensables que el servicio debe proporcionar.

## 6.2 Servicios de atención directa

Los servicios de atención directa contemplan:

- La atención al usuario
- la atención al familiar.

### 6.2.1 Atención al usuario

#### 6.2.1.1 Área de autonomía y funcionalidad

##### Programa de cuidados básicos

Este programa trata de preservar el mantenimiento de las funciones corporales así como de prevenir los riesgos que puedan comprometer la salud de los usuarios. Se realiza mediante actividades encaminadas a la prevención de los mismos y prestando los cuidados asistenciales básicos que necesitan los usuarios en función de su grado de dependencia, tales como el aseo, el vestido, la alimentación y la asistencia en el cuarto de baño.

Para la puesta en marcha de este programa es esencial una evaluación exhaustiva de las distintas necesidades de los usuarios por parte principalmente de los terapeutas ocupacionales, que permita prestar el apoyo imprescindible para lograr que las necesidades queden cubiertas de forma digna sin interferir en los programas creados para lograr una autonomía funcional. Se trata en definitiva de un programa de marcado carácter asistencial ejecutado en su mayor parte por los cuidadores y técnicos de integración que tiene lugar diariamente en el centro.

##### Programa de AVD básicas e instrumentales

El objetivo principal de este programa es lograr el nivel máximo de independencia y autonomía funcional mediante actividades diseñadas y desarrolladas para que el usuario participe de forma activa en (en la medida de sus posibilidades) la readaptación a su vida cotidiana.

El programa incide en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) *básicas* de la vida diaria (movilidad y locomoción, vestido, alimentación e higiene personal), así como en las instrumentales (preparación de comidas, tareas domésticas y ocio e integración en la comunidad), reeducando su práctica y proporcionando las ayudas técnicas necesarias para el desempeño de las mismas. Este programa es desarrollado básicamente por los terapeutas ocupacionales en el propio centro, contemplando las dificultades a nivel motórico y cognitivo del usuario e implementando las soluciones aportadas por otros profesionales de forma multidisciplinar.

Las sesiones son mayoritariamente de carácter individual en el caso de las actividades básicas de la vida diaria y grupales para las habilidades instrumentales, ya que las primeras tienen en su ejecución posterior un desarrollo esencialmente individual como es el caso del vestido, mientras que las últimas pueden ser compartidas, como es el caso del ocio o las tareas domésticas, que tienen en la ejecución grupal una serie de beneficios implícitos.

### 6.2.1.2 Área interdisciplinar

#### Programa de ajuste conductual y emocional

Este programa tiene como finalidad esencial la intervención en aquellas alteraciones emocionales y conductuales derivadas del daño cerebral adquirido. Esta intervención permite una normalización de la conducta de la persona en los diferentes entornos de convivencia y en las distintas situaciones de la vida diaria. Se pretende la autorregulación y el control de la conducta, además de una mejora en el manejo de situaciones problemáticas de la vida cotidiana. Es imprescindible dotar al usuario de estrategias que le permitan sustituir las conductas desadaptativas por otras que le encaminen a lograr la autorregulación.

#### Programa de estimulación cognitiva

Este programa tiene como finalidad la intervención sobre los trastornos cognitivos mediante la compensación de funciones alteradas y la optimización de funciones preservadas. El programa ha de diseñarse orientado hacia la discapacidad y no hacia los déficit, contemplando todas las funciones cognitivas superiores: atención, memoria, funcionamiento ejecutivo y lenguaje.

#### Programa de habilidades sociales

Este programa tiene como objetivo de su intervención la adquisición de las habilidades necesarias para un manejo adecuado en el medio social.

#### Programa de comunicación

La intervención se dirige inicialmente a las áreas de la voz, el habla y el lenguaje, tratando de paliar en la medida de lo posible aquellos elementos que dificultan o impiden en algunos casos tanto la emisión como la comprensión.

#### Programa de movilidad

Este programa tiene como objetivo principal el mantenimiento de las capacidades motoras así como la prevención de posibles complicaciones debidas al deterioro físico del usuario. Los profesionales encargados de diseñar, evaluar y llevar a cabo este propósito son fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales.

### 6.2.1.3 Área ocupacional

#### Programa de actividades artísticas

Mediante estas actividades se pretende alimentar la imaginación y creatividad de cada persona, así como realizar un cambio de actividad que resulte lúdico y complete el tiempo de estancia en el Centro.

Los programas artísticos suponen la generación de nuevas formas de expresión, que ayudan al usuario a aumentar su potencial de comunicación empleando un medio reconocido por todos en el ámbito social. El arte resulta, en definitiva, un elemento importante de relación con los demás que permite interaccionar de forma alternativa en un medio que, lejos de marginar la diferencia, potencia todo aquello que desconocemos.

#### 6.2.1.4 Área de ocio y tiempo libre

##### Programa de Ocio y Tiempo libre

Desde el que se desarrollan diferentes actividades dentro y fuera del centro relacionadas con las motivaciones de las personas usuarias: visitas culturales, excursiones, paseos, etc...

#### 6.2.2 Atención a la familia

##### Programa de información

Este programa debe tener como finalidad informar a los familiares acerca del daño cerebral adquirido, de sus consecuencias y la evolución del mismo. Este tipo de intervenciones se denominan «educación familiar» o «psicoeducación». El programa se inicia con la entrada del usuario en el centro y debe tener continuidad en el tiempo

##### Programa de asesoramiento

El asesoramiento a familias se dirige a facilitar información especializada que dependerá de cada caso individual y del momento evolutivo de la lesión.

La familia necesita asesoramiento sobre aspectos laborales, como la incapacidad laboral, o temas legales, como la incapacidad civil. Existen procesos como el de incapacitación y su correspondiente tutela o curatela, que condicionan de forma significativa la situación económica y administrativa de los familiares. Se trata de una situación en la que el asesoramiento se convierte en la mejor herramienta para dotar de un carácter normalizador a una situación de toma de decisiones que irremediablemente conduce a sentimientos de culpabilidad.

##### Programa de intervención psicológica

El programa de intervención psicológica se fundamenta en que tras la aparición del daño cerebral el sistema familiar también debe ser considerado como personas con necesidades propias de atención psicológica por el cambio acontecido en sus vidas.

## 7. PRESUPUESTO

<b>GASTOS</b>	<b>TOTAL</b>
GASTOS DE PERSONAL	436.205,40
Sustituciones	36.350,45
absentismo	8.724,00
Aprovisionamiento comedor	2.160,00
Catering	58.935,00
Material terapeutico/rehabilitador	1.440,00
Material Sanitario	7.440,00
Servicios documentales	180,00
COPLAGA L	2.640,00
DEXTINSUR extintores local UED	1.080,00
IBI	4.999,92
Repuestos varios	240,00
Consumo Fotocopias UED	1.200,00
Renting fotocopiadora	1.020,00
Mantenimiento Local residencia	18.000,00
Mantenimiento ascensores	6.600,00
Mantenimiento Aire acondicionado	3.840,00
Mantenimiento Informatico	216,00
Asesoria	1.500,00
Gestoria	1.020,00
Audidores Páez	1.200,00
Limpiezas Marpe	45.840,00
Securitas	726,00
ASPY	3.000,00
ATISAE ( Inspección ascensores)	120,00
Responsabilidad civil - La Caixa	3.600,00
Publicidad y Rotulación	3.000,00
Suministros luz / LOCAL UED	11.400,00
AGUA CHICLANA	6.600,00
Vodafone ( internet + centralita)	3.600,00
Uniformes personal	2.160,00
Material higienico y limpieza	9.000,00
Material oficina	960,00
Taller Arte	0,00
Salidas/Ocio	1.800,00
Cursos de formación	1.800,00
Lavandería	21.900,00
Mobiliario	3.600,00
<b>INGRESOS</b>	<b>TOTAL</b>
<b>INGRESOS RESIDENCIA</b>	<b>715.187,28</b>
<b>TOTAL INGRESO SUBV/CONVENIOS</b>	<b>715.187,28</b>

- Junta Directiva -

NOMBRE	CARGO
ANA MARIA PEREZ VARGAS	PRESIDENTA
CARMEN LOPEZ FUENTES	VICEPRESIDENTA
RAFAEL GONZÁLEZ PALMA	TESORERO
GERMAN BERNAL SOTO	SECRETARIO
EVA M <sup>a</sup> PLAZAS VILLEGAS	VOCAL
JUAN A. REYES ARAGÓN	VOCAL
MARISA MANZORRO BONILLA	VOCAL