

# Modelo de Centro de Día

para personas con  
Daño Cerebral Adquirido



MINISTERIO  
DE TRABAJO Y  
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SERVICIOS SOCIALES,  
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD



IMSERSO

# Modelo de Centro de Día

para personas con  
Daño Cerebral Adquirido

*Colección Documentos*  
*Serie Documentos Técnicos*

N.º 21014

Catálogo General de Publicaciones Oficiales  
<http://www.060.es>

---

**DISEÑO INVESTIGACIÓN:**

IMSERSO

**COMISIÓN DE TRABAJO:**

Cristina Medina. *Directora de CEADAC*  
Íñigo Urrutikoetxea. *Coordinador Centro de Día AITA MENNI*  
Olga García. *Neuropsicóloga Políbea Rehabilitación*  
Teresa Muela. *Directora de Centro de Día BEKOETXE (IFAS)*  
Victor Sánchez. *Neuropsicólogo Políbea Rehabilitación*

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales no comparte necesariamente las opiniones y juicios expuestos, y en ningún caso asume responsabilidades derivadas de la autoría de los trabajos que publica.

**COORDINACIÓN DEL TRABAJO:**

María Jesús Ruiz González  
*Coordinadora Centro de Día ADACEN*  
*Federación de Daño Cerebral (FEDACE)*

**DISEÑO DE LA COLECCIÓN Y MAQUETACIÓN:**

Onoff Imagen y Comunicación

Primera edición, 2007

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

**EDITA:**

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales  
Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad  
Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)  
Avda. de la Ilustración, s/n. - 28029 Madrid  
Tel. 91 363 89 35 - Fax 91 363 88 80  
E-mail: [publicaciones.imserso@mtas.es](mailto:publicaciones.imserso@mtas.es)  
<http://www.seg-social.es/imserso>

**NIPO:** 216-07-063-7

**D.L.:** BI-3.401-07

**IMPRIME:** Grafo, S.A.

# ÍNDICE

<b>Presentación</b> .....	7
<b>Introducción</b> .....	7
<b>Primera parte: Realidad actual de los Centros de Día para DCA</b> .....	11
1. Centro de Día .....	13
1.1. Definición .....	13
1.2. Características .....	13
2. Situación actual .....	14
2.1. Marco legal .....	14
2.1.1. Marco político .....	14
2.1.2. Marco social .....	14
2.1.3. Marco económico .....	15
2.1.4. Marco autonómico .....	15
2.1.5. Ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia .....	15
2.2. Recursos de Centro de Día para DCA .....	16
2.3. Una nueva función para el CD: programas específicos de integración laboral .....	21
<b>Segunda parte: Propuesta de un Centro de Día para DCA</b> .....	23
3. Filosofía .....	25
3.1. Principios .....	25
3.2. Valores .....	25
3.2.1. Atención a la cronicidad: continuada y especializada .....	25
3.2.2. Intervención integral, coordinada y holística .....	26
3.2.3. Hacia la integración en la sociedad .....	26
3.2.4. La familia .....	26
4. Objetivos .....	27
4.1. Objetivos generales .....	27
4.2. Objetivos específicos .....	27
5. Perfil de los usuarios .....	27
5.1. Personas beneficiarias y criterios de admisión .....	27
5.2. Criterios de exclusión .....	28
5.3. Requisitos adicionales .....	28
5.4. Bajas .....	29
5.5. Incidencias .....	29
5.6. Normativa de las personas usuarias del Centro de Día .....	29
6. Metodología e intervención .....	30
6.1. Protocolo de incorporación al Centro y documentación .....	30
6.2. Sistema de valoración del usuario .....	31
6.3. Establecimiento de objetivos específicos. ....	31
6.3.1. Plan Individual de Atención (PIA) .....	31

6.4. Programación del seguimiento .....	32
6.4.1. La figura del terapeuta a referencia .....	32
6.5. Metodología de trabajo en equipo .....	33
6.5.1. Reuniones de equipo técnicas ordinarias .....	33
6.5.2. Reuniones generales de planificación .....	34
6.5.3. Evaluación y planificación general del Centro de Día .....	34
6.6. Sistemas de información y comunicación con la familia .....	35
6.7. Métodos y recursos de notación .....	35
7. Equipo profesional .....	36
7.1. El equipo interdisciplinar .....	36
7.2. Profesionales que lo componen .....	36
7.3. La formación continuada y el bienestar del equipo .....	38
8. Oferta de servicios .....	38
8.1. Servicios generales .....	39
8.1.1. Gestión y administración .....	39
8.1.2. Manutención .....	39
8.1.3. Transporte .....	40
8.1.4. Limpieza .....	40
8.1.5. Mantenimiento .....	40
8.1.6. Seguridad y vigilancia .....	40
8.2. Servicios de atención directa .....	40
8.2.1. Atención al usuario .....	41
8.2.1.1. Área de autonomía y funcionalidad .....	41
8.2.1.1.1. Programa de cuidados básicos .....	41
8.2.1.1.2. Programa de AVD básicas e instrumentales .....	41
8.2.1.1.3. Entrenamiento en desplazamiento .....	41
8.2.1.1.4. Programa de accesibilidad .....	41
8.2.1.2. Área interdisciplinar .....	42
8.2.1.2.1. Programa de ajuste conductual y emocional .....	42
8.2.1.2.2. Programa de estimulación cognitiva .....	42
8.2.1.2.3. Programa de habilidades sociales .....	43
8.2.1.2.4. Programa de comunicación .....	43
8.2.1.2.5. Programa de movilidad .....	44
8.2.1.3. Área ocupacional .....	44
8.2.1.3.1. Programa de capacidades ocupacionales .....	44
8.2.1.3.2. Programa de actividades artísticas .....	45
8.2.1.4. Área de integración comunitaria .....	45
8.2.1.4.1. Programa de promoción social .....	45
8.2.1.5. Área de ocio y tiempo libre .....	45
8.2.1.5.1. Programa cultural .....	45
8.2.1.5.2. Programa de actividades deportivas .....	45
8.2.1.5.3. Programa de actividades lúdicas .....	45
8.2.2. Atención a la familia .....	46
8.2.2.1. Programa de información .....	46
8.2.2.2. Programa de formación .....	46
8.2.2.3. Programa de asesoramiento .....	46
8.2.2.4. Programa de intervención psicológica .....	46
8.3. Servicios de referencia .....	47
8.3.1. Documentación e investigación .....	47

9. Infraestructura y gestión .....	47
9.1. Infraestructura .....	47
9.1.1. Diseño del espacio .....	47
9.1.1.1. Accesibilidad .....	48
9.1.1.2. Superficie .....	48
9.1.1.3. Dependencias .....	49
9.1.2. Equipamiento .....	50
9.1.2.1. Recursos Materiales .....	50
9.1.2.1.1. Equipamiento técnico .....	50
9.1.2.1.2. Equipos informáticos .....	51
9.1.2.1.3. Material fungible .....	51
9.1.2.2. Recursos humanos .....	51
9.1.2.2.1. Ratio y plantilla .....	52
9.2. Gestión .....	52
9.2.1. Sistemas de gestión y organización .....	52
9.2.2. Gestión administrativa .....	54
9.2.2.1. Gestión de recursos humanos .....	54
9.2.2.2. Gestión económica .....	54
9.2.2.3. Gestión de servicios generales de apoyo .....	54
9.2.2.4. Sistema de protección de datos .....	54
9.2.2.5. Contabilidad .....	54
9.2.3. Seguros .....	55
9.3. Organigrama .....	55
9.4. Sistemas de evaluación y calidad .....	56
<b>Tercera parte: Relación del Centro de Día con otros sistemas .....</b>	<b>59</b>
10. El movimiento asociativo: FEDACE .....	61
11. El papel del Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC) .....	63
<b>Cuarta parte: Conclusiones .....</b>	<b>65</b>



# PRESENTACIÓN

La Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia establece en sus artículos 1.1.; 4.1.; y 4.2. un nuevo derecho subjetivo en nuestro ordenamiento jurídico. Por primera vez en el ámbito de los servicios sociales se regula y garantiza, mediante el acceso a un catálogo de servicios y prestaciones, la atención a las personas en situación de dependencia y para ello se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Debemos destacar que las personas en situación de dependencia constituyen un grupo de población heterogéneo, que comprende distintas problemáticas. Bajo esta denominación se engloba a colectivos con diferentes etiologías y necesidades de atención. Como, por ejemplo, las personas con Alzheimer y otras demencias; con enfermedad mental grave; con enfermedad de Parkinson; con enfermedades raras o las personas con daño cerebral. En concreto, el colectivo de personas con daño cerebral incluye a dos grupos etiológicos especialmente numerosos, el de los traumatismos craneoencefálicos y el de los accidentes cerebrovasculares.

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) contempla cinco clases de servicios (prevención y promoción de la autonomía personal, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche y atención residencial) y tres prestaciones (prestación económica vinculada al servicio, prestación económica para cuidados en el entorno familiar y prestación económica de asistencia personal).

Además, se establecen ayudas económicas para facilitar la autonomía personal y existe un tratamiento específico para los menores de tres años.

El Instituto de Mayores y Servicios Sociales con este documento titulado: *Modelo de Centro de Día para personas con Daño Cerebral Adquirido* prosigue la publicación de una serie de informes técnicos dedicados al estudio y difusión de modelos de trabajo adaptados a cada una de las problemáticas que atiende el SAAD. Anteriormente ha sido publicado, entre otros, el informe «Modelo de atención a las personas con daño cerebral».

El recurso denominado Centro de Día es un dispositivo de atención diurna, cuyo objetivo principal es la atención y el cuidado del usuario, para contribuir a la mejora continua de la autonomía funcional y social, mediante la combinación de las actividades rehabilitadoras y la convivencia en grupo como marco de referencia.

Ofrecen atención individualizada y global encaminada al entrenamiento de las capacidades personales de las personas con daño cerebral, para la normalización de su vida y la de su entorno familiar.

En este sentido, es importante comentar que los Centros de Referencia Estatales, entre ellos el Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral de Madrid (CEADAC), se encuadran en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y forman parte de la Red de Centros y Servicios Públicos que dan respuesta a las necesidades de las personas en situación de dependencia y de sus familiares cuidadores.

La misión concreta del CEADAC consiste en actuar como gestor y difusor del conocimiento sobre el daño cerebral adquirido y como promotor de acciones y servicios que permitan una rápida respuesta para reducir o eliminar los efectos que el mismo genera en la autonomía personal, promoviendo e impulsando la atención rehabilitadora especializada para estas personas a partir de la segunda etapa de la edad adulta (45 años) en



todos los territorios del Estado. Este tipo de documentos constituyen un material de indudable valor para colaborar en el desarrollo de su misión.

Este trabajo ha sido consensuado por las partes interesadas y especializadas en la atención a cada colectivo específico. En concreto, este informe ha sido redactado por un grupo de trabajo coordinado por la Federación de Daño Cerebral (FEDACE). En el mismo han participado representantes de las siguientes entidades: AITA MENNI; Polibea Rehabilitación; Centro de Día BEKOETXE (IFAS), y el CEADAC, en representación del IMSERSO.

Con este informe, creemos, se facilita a la comunidad de profesionales y agentes que intervienen en el diseño de políticas y la prestación de servicios a las personas con daño cerebral un modelo de centro de día normalizado para el conjunto del Estado.

# INTRODUCCIÓN

El daño cerebral adquirido (DCA) constituye una realidad de características sanitarias y sociales de magnitud creciente, que plantea la necesidad de establecer un continuo de recursos y dispositivos con diferentes objetivos, diversa complejidad, especialización y duración temporal. El DCA es una fuente de discapacidad transversal que requiere una respuesta especializada y un abordaje integral.

El interés y la sensibilidad hacia el daño cerebral adquirido y por ende hacia las necesidades que este colectivo requiere, se van conociendo no únicamente por la voz de entidades y organizaciones dedicadas a su atención, sino también por las figuras que representan a los ciudadanos y la administración.

Es durante el año 2006 cuando se materializa la iniciativa del Defensor del Pueblo al publicarse un informe<sup>1</sup> relacionado con esta patología, que hace visible esta realidad en un estudio epidemiológico y sociosanitario. Este informe ha ayudado a conocer mejor la realidad de este colectivo, sus características, y necesidades. Este documento pone de manifiesto, en el apartado de recomendaciones, la necesidad para la adecuada atención al daño cerebral, la importancia de desarrollar los Centros de Día (CD), un recurso eminentemente social. En el capítulo tercero, apartado cuarto, en relación con las comunidades autónomas, la recomendación vigésimo quinta dice *«que por las administraciones competentes se determine la dotación de plazas en centros de día para usuarios con discapacidad moderada y severa, secundarias a lesión cerebral adquirida, en orden a la atención especializada de los mismos, a la mejora continua de su autonomía funcional y a la descarga familiar»*.

Por otro lado, con mayor trascendencia, la aprobación de la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención de las Personas en Situación de Dependencia, que constituye junto a la Sanidad, la Educación, y el Sistema Nacional de Pensiones, el cuarto pilar del sistema de bienestar, propone el desarrollo de recursos sociales para cubrir estas situaciones. Es en su Artículo n.º 15 donde describe el Catálogo de servicios para la atención a las situaciones de dependencia y en el que se explicita el Servicio de Centro de Día y de Noche.

Probablemente serán un compendio de circunstancias las que promuevan el desarrollo y la mejora de la atención al daño cerebral adquirido. Sin embargo, estas circunstancias han servido de acicate y es en este marco, en el que el IMSERSO promueve la idea de conocer y abordar las necesidades de la población con DCA a través de diversas acciones entre las que se encuentra la que ahora nos ocupa: realizar un documento marco sobre *«Modelo de Centro de Día para personas con daño cerebral adquirido»*.

De acuerdo con esta idea se propone una comisión de expertos, todos ellos profesionales dedicados al trabajo especializado en recursos dirigidos a este grupo de población, procedentes de diferentes organizaciones e instituciones, lo cual garantiza un amplio conocimiento del colectivo y un planteamiento cercano a las necesidades reales.

La metodología desarrollada para la elaboración del trabajo se fundamentó en el trabajo en equipo: reuniones y jornadas de trabajo conjuntas para la puesta en común, el intercambio de información y puntos de vista, y el

---

<sup>1</sup> Daño cerebral sobrevenido en España: un acercamiento epidemiológico y sociosanitario (2006). Serie III. Informes, estudios y documentos.

consenso general. Es necesario destacar que en los aspectos que se consideraron pertinentes las asociaciones de afectados y familiares también fueron consultadas.

Se trata de un trabajo diseñado desde la realidad y con el objetivo de construir una herramienta. Un marco de referencia práctico y funcional a la hora de crear un Centro de Día, y por tanto esto es lo que se pretende reflejar en las siguientes páginas.

El documento se ha dividido en cuatro partes para facilitar su lectura y comprensión. En primer lugar, en la Parte I: Realidad actual de los CD, se dibuja la situación actual de los Centros de Día en el Estado español y se define qué es un CD. Se exponen las principales características y objetivos. También se propone sucintamente una visión pionera y dinámica de los Centros de Día para personas con daño cerebral, dirigidos a la perspectiva ocupacional y laboral.

En segundo lugar, la Parte II: Propuesta de un Centro de Día para DCA, se dirige fundamentalmente a recoger los supuestos básicos que debe contemplar el planteamiento de un CD. Entre la información que se recoge se encuentra: los valores y principios, los objetivos, la metodología y la oferta de servicios, todo esto encaminado al trabajo individualizado mediante programas y actividades con gestión de calidad.

En la Parte III: Relación de los CD con otros sistemas, no se olvida que la atención al DCA tiene diferentes eslabones y que cada uno tiene una función. Si la labor de todos los estamentos, entidades y organizaciones se encuentra engarzada y en la misma dirección, la atención al DCA será más factible.

Para finalizar, en la Parte IV: Conclusiones, se recogen de manera sencilla las principales ideas de este documento.

Posiblemente la creación de Centros de Día es una de las claves de actuación para la protección y atención a la dependencia derivada del DCA. Un gran porcentaje de personas que han sufrido daño cerebral adquirido se encuentran desatendidas, llevan una vida desorganizada y sumida en el aislamiento social, produciendo situaciones de desestructuración y sobrecarga familiar. No obstante, se considera necesario que un dispositivo como el CD debe estar integrado en un continuo de recursos de atención que conformen un sistema de atención al daño cerebral, y por ello se recomienda la revisión del trabajo realizado por una comisión de trabajo paralela que ha elaborado el «Modelo de Atención al DCA».

Las necesidades de nuestra sociedad están cambiando. A medida que crece el número de personas en situación de dependencia, es más evidente y necesario crear un sistema de cuidados continuados de larga duración. La creación de Centros de Día puede ser un paso para encontrar el equilibrio, entre la atención que necesitan las personas con daño cerebral y el apoyo o respiro que necesitan las familias para continuar con el ciclo vital.

# *Primera parte*

REALIDAD ACTUAL  
DE LOS CENTROS DE DÍA  
PARA DCA



# 1. CENTRO DE DÍA

## 1.1. Definición

Un CD es un dispositivo de atención diurna cuyo objetivo principal es la atención y el cuidado del usuario, para contribuir a la mejora continua de la autonomía funcional y social, mediante la combinación de las actividades rehabilitadoras y la convivencia en grupo como marco de referencia.

De acuerdo con la Ley de Servicios Sociales 5/1987 de 23 de Abril de la Comunidad de Extremadura, se define un CD como: *«un centro abierto en régimen de día, en el que se ofrece atención a personas con minusvalías, mediante programas de ajuste personal, social y tratamiento de rehabilitación orientados a la normalización y evitar en la medida de lo posible el deterioro progresivo».*

Según esta definición, un CD es un recurso cuya finalidad es procurar la atención integral a personas adultas de su discapacidad física, sensorial, cognitiva, conductual y/o social, y con una minusvalía reconocida superior al 33%. Estas personas, han de presentar un grado de restricción de autonomía personal que determine la necesidad de una asistencia especializada continua y permanente.

El acceso al CD tiene lugar una vez finalizada la fase rehabilitadora intensiva y ante la persistencia de secuelas a largo plazo y que plantean dificultades de integración y participación social. Además este tipo de dispositivos presentan dentro de sus principales objetivos, la descarga familiar y la contribución a la mejora de la calidad de vida dentro de un marco normalizador.

## 1.2. Características

Las características principales de un CD son:

- Es un servicio de atención diurna (aproximadamente entre 10h y 17:30h).
- Los usuarios acuden de lunes a viernes al centro desde su residencia habitual.
- Constituye un recurso que permite al usuario mantener su domicilio, y por ende, su entorno familiar habitual, mientras tiene sus necesidades cubiertas, evitando el deterioro y la institucionalización.
- Se concibe como un recurso central de los servicios sociales destinados a las personas con DCA.
- Ofrece un régimen de atención indefinido (hasta la edad establecida en su normativa) o hasta que la persona sea derivada a un recurso más adecuado a su estado.
- El centro ofrece la infraestructura y equipamientos necesarios para la prestación de un servicio de atención a personas afectadas de daño cerebral en la modalidad de CD. Esto incluye habitualmente servicios de transporte, comedor, etc.
- El servicio garantiza la atención individual y el abordaje global de la persona, encaminado al entrenamiento en las capacidades personales para el mayor desarrollo posible.

Para determinar el número de plazas atendidas en un CD se considera necesario tener en cuenta el tipo de secuelas y severidad, ya que es probable que las personas que se atiendan presenten elevado grado de dependencia y necesidad de intervención directa. Dotar a un CD de un número medio de plazas, por ejemplo un mínimo de 25 y máximo de 40 plazas, es una de las características que favorece la atención de calidad. Por ello, sólo contando con un número reducido de usuarios, la atención y la intervención será beneficiosa y de calidad. En definitiva, esta idea prioriza la atención individualizada, lejos de la intervención masificada. La opción de un CD de estas características favorece la atención integral del usuario, enmarcada en una atmósfera familiar y acogedora. No cabe duda de que el número de plazas que puede atender un CD, vendrá condicionado por el espacio físico y los recursos existentes (infraestructura, recursos humanos y técnicos).

También se considera favorable atender a población de patologías neurológicas afines al DCA como la Corea de Hungtinton y los «estados de mínima conciencia». Sin embargo, es conveniente destacar que, debido a las necesidades específicas de atención y con el fin de garantizar la calidad de los servicios, es recomendable que no superen el 10% del número total de plazas del CD.

## 2. SITUACIÓN ACTUAL

### 2.1. Marco legal

#### 2.1.1. Marco político

Haciendo una breve revisión de los documentos de carácter político se observa que existe un claro marco de referencia política para la creación y gestión de centros de día, que va desde el orden internacional con la Declaración Universal de Derechos Humanos hasta el marco político nacional con la Constitución.

Si se revisa la Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 25 señala expresamente el derecho a los Servicios Sociales y especifica algunos sectores, entre los que se encuentran las personas con daño cerebral adquirido. Así mismo se presenta en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el cual, en su artículo 11, expone: «*el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado, a la alimentación, vestido, vivienda y a una mejora continua de sus condiciones de existencia*». Otros organismos refieren previsiones semejantes, como el Estatuto de Refugiados de Ginebra y la Organización Internacional del Trabajo.

Existen numerosas resoluciones de las organizaciones europeas referidas a los Servicios Sociales, por ejemplo la Unión Europea desarrolla programas de diversa índole entre los que se encuentran los de integración social de los discapacitados. La Carta Social Europea del Consejo de Europa en su artículo 14 establece «*el derecho a los Servicios Sociales*» que obliga a los Estados integrantes a su promoción y organización para contribuir al bienestar individual y colectivo, además de estimular la participación de los individuos y de las organizaciones benéficas o de otra clase.

Por otro lado, el Programa de Acción Mundial significó un paso importante para lograr una atención adecuada. Este programa propone un conjunto de medidas que reflejan las necesidades de las personas con discapacidad a nivel de prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades. A partir de aquí surgen distintos modelos en el abordaje de esta problemática, entre los que destaca el modelo de vida autónoma. Este modelo promueve el reconocimiento de los derechos y las mejoras de la calidad de vida diaria para las personas con discapacidad, haciendo especial hincapié en los cambios ambientales y sociales, que deben realizarse para facilitar su integración social y no en el ajuste de la persona con discapacidad.

En relación con el marco político nacional, la Constitución Española de 1978 dedica el artículo 9 a los poderes públicos, a los que asigna la tarea de «*remover los obstáculos que impidan o dificulten la plenitud del individuo y su participación en la vida política, económica, social y cultural*». Por otro lado, la Ley de Igualdad de Oportunidades, *no discriminación y accesibilidad*, también supone un complemento a la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) y un importante impulso a las políticas de equiparación de personas con discapacidad.

#### 2.1.2. Marco social

En el ámbito social los centros de día se encuentran enmarcados, por ejemplo, dentro de la Ley de Servicios Sociales (Ley 11/2003 de 27 de marzo de la Comunidad de Madrid) que surgió tras un consenso social y político

con unos criterios modernos y diferentes. Esta Ley parte del principio de que todos somos susceptibles de necesitar ayuda profesional o cuidados; reconociendo los derechos que se desprenden y garantizándolos mediante prestaciones básicas. El objetivo de la ley es asegurar el derecho de las personas a vivir dignamente en todas las etapas de su vida, teniendo cubiertas las necesidades sociales: familiares, de relación, de convivencia, etc. Su finalidad esencial es promover el bienestar, prevenir situaciones de riesgo, compensar el déficit de apoyo social y centrar su interés en los factores de vulnerabilidad o dependencia, que puedan afectar a todas las personas.

Algunas de las actuaciones que propone la Ley se caracterizan por introducir la figura del profesional de referencia, que orienta y acompaña a la persona en toda la intervención, siendo ésta de carácter interdisciplinario.

### **2.1.3. Marco económico**

En el marco económico se insertan las Prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales, no únicamente las de carácter económico, sino también otro tipo de prestación complementaria. Las prestaciones del sistema de Servicios Sociales tienen el objetivo de alcanzar, restablecer o mejorar el bienestar de los ciudadanos, que por diversos factores se ha visto disminuido.

Según las Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, se establecen tres tipos de prestaciones: de carácter técnico (actuaciones profesionales), de carácter económico (aportaciones económicas) y de carácter material (en las que se sustituyen las técnicas o económicas por un apoyo material). Dentro de ésta última, la prestación material es en la que se explicita la atención diurna, que ofrece cuidados personales, actividades de promoción y prevención o aplicación de tratamientos de forma ambulatoria.

### **2.1.4. Marco autonómico**

La legislación mencionada hasta ahora conforma el marco general de referencia sobre la discapacidad y los centros de día, sin embargo es importante destacar que en definitiva los centros de día están sometidos a la normativa aplicada en cada Comunidad Autónoma y el Ayuntamiento en el que se encuentran ubicados.

La normativa de cada Comunidad Autónoma con respecto a los Centro de Día tiene la función reguladora de las actuaciones inspectoras y de control de los centros y servicios de acción social. El objetivo es garantizar una prestación adecuada de los Servicios Sociales, públicos y privados, en el ámbito de cada Comunidad. Existen también leyes autonómicas relativas al régimen de autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales.

El objetivo de estas leyes es dar respuesta a las demandas de atención social, con nuevos planteamientos de convivencia y estructura sociales, la participación de agentes públicos y privados en la prestación de Servicios Sociales y la evolución del concepto de Estado Social.

### **2.1.5. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia**

La Ley, aprobada por el Congreso el 30 de Noviembre de 2006, tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Establece, mediante la creación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado, un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio nacional. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responderá a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, que contemplará medidas en todas las áreas que afectan a las personas en situación de dependencia, con la participación, en su caso, de las Entidades Locales.



Con este objetivo se crea el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que servirá de instrumento de cooperación para la articulación del Sistema. El Consejo estará constituido por el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y representantes de la Administración local. Completan este consejo un número de representantes de los diferentes Departamentos ministeriales igual al de representantes autonómicos.

En el seno del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, la Administración General del Estado y las Administraciones de las Comunidades Autónomas acordarán un Plan de Acción Integral para la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia, que definirá el marco de la cooperación interadministrativa y que se desarrollará mediante los correspondientes Convenios entre la Administración General del Estado y cada una de las administraciones de las Comunidades Autónomas.

El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados. Esta integración no supondrá alteración alguna en el régimen jurídico de su titularidad, administración, gestión y dependencia orgánica.

Las prestaciones por dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, siempre dentro del marco del Programa Individual de Atención, que deberá ser prestado por una entidad o centro acreditado para la atención a la dependencia.

El Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, entre los que se encuentran los centros de día de atención especializada. Según la Ley, el servicio de Centro de Día ofrece una atención integral durante el período diurno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores.

## 2.2. Recursos de Centro de Día para DCA

Aunque el objetivo principal de este trabajo no es realizar un estudio pormenorizado y exhaustivo de los dispositivos existentes del Centro de Día, sí se considera necesario dibujar la realidad actual de este tipo de recurso. Estas observaciones permitirán conocer un poco más en qué situación se encuentra la atención al daño cerebral a este nivel y en qué dirección hay que trabajar.

Con este objetivo se han consultado tanto a las organizaciones privadas que trabajan atendiendo a este colectivo, como las organizaciones sin ánimo de lucro que conforman la Federación Española de Daño Cerebral, ya que dentro de este ámbito también se ha impulsado la creación de estos dispositivos. Asimismo, se ha consultado el estudio del Defensor del Pueblo del que se han extraído y contrastado determinados datos e información.

La revisión de los recursos de Centro de Día para personas con daño cerebral desafortunadamente no es muy extensa. De acuerdo con la normativa que rige los Centros de Día, que ha sido mencionada en el epígrafe anterior, los dispositivos identificados son escasos y puntuales como se apreciará seguidamente. Sin embargo, antes de detenernos a explicar esta realidad, es importante realizar algunas matizaciones.

Por un lado, no será difícil entrever que el número de plazas que suman los CD, que se describirán seguidamente, no dan respuesta a la necesidad real del daño cerebral. De este modo, es importante destacar que un gran número de personas son atendidas en centros de carácter mixto que dan cabida a diferentes patologías neurológicas y que se suelen encontrar bajo la categorización de centros para discapacitados físicos gravemente afectados. Estos centros no han sido recogidos en este trabajo porque el número de usuarios con daño cerebral *no* superaba el 25% de sus plazas.

Asimismo tampoco han sido recogidas otras modalidades de atención existentes como por ejemplo algunas asociaciones de daño cerebral y otras organizaciones que, si bien no se ajustan a los criterios de centro de día en cuanto al espacio, los períodos de asistencia, el servicio de transporte y el comedor, sí ofrecen servicios de atención, de rehabilitación y de ocio terapéutico.

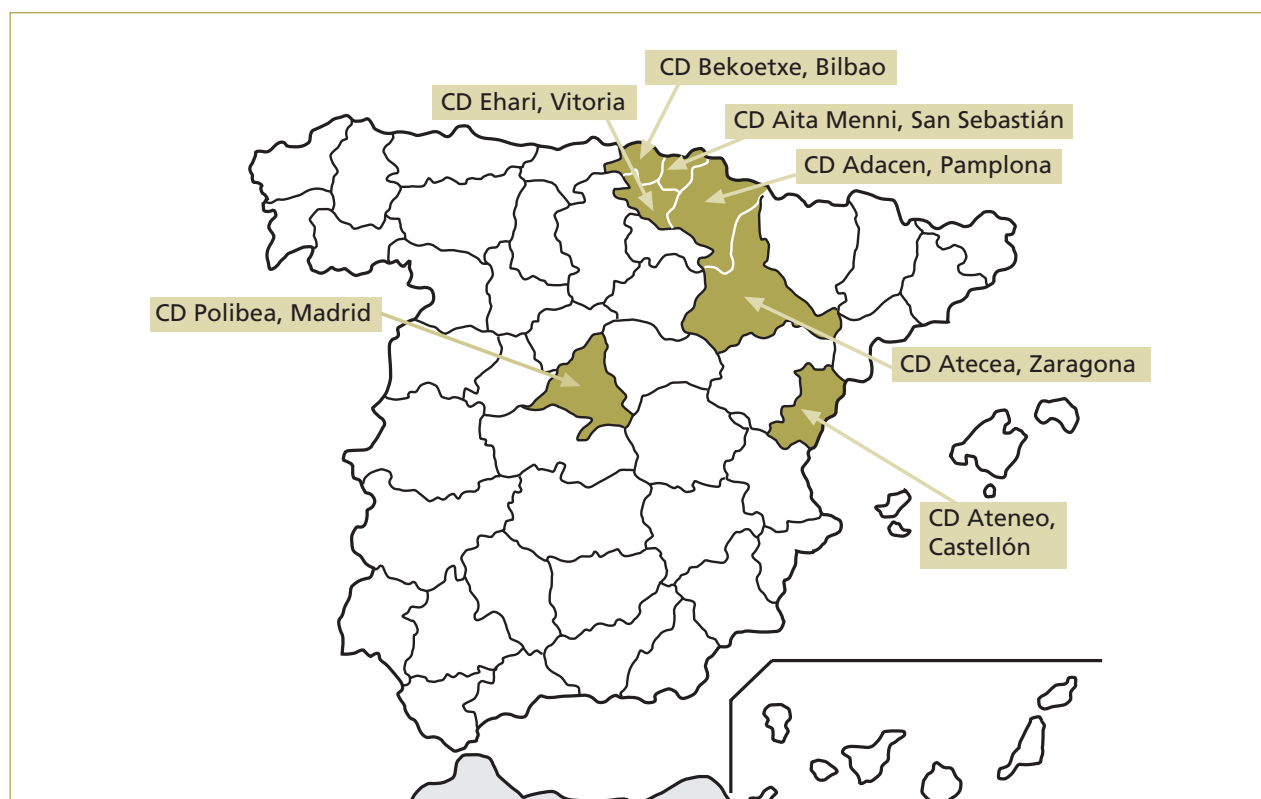
Por otro lado, se ha estimado fundamental que para la elaboración del Modelo de Centro de Día para daño cerebral –que se presenta en la Parte II de este documento–, se hayan considerado los CD que trabajan de manera específica con daño cerebral. Por eso casi todos ellos son de carácter monográfico y están diseñados específicamente para esta población que presenta unas necesidades determinadas.

De acuerdo con todo ello, el estudio de los Centros de Día que han sido identificados, ha permitido extraer algunas observaciones. Por último en este apartado se presentarán algunas características de cada dispositivo de forma más concreta.

Si se observa la figura 1, se puede advertir a primera vista que el número de Centros de Día en España es reducido. Los dispositivos de CD que atienden de forma específica al DCA son muy escasos. Esto pone de manifiesto la falta de recursos de estas características en contraste con la repercusión que tiene el DCA en nuestra sociedad. Atendiendo a la distribución geográfica se encuentran en la mitad norte del país. Se puede decir que, en tan sólo 5 de las 17 comunidades autónomas o que sólo en 7 de 52 provincias existe un recurso de Centro de Día para atender las personas con daño cerebral.

**FIGURA 1**

*Distribución geográfica de Centros de Día DCA*



Si atendemos a las características más relevantes de los centros, que se encuentran resumidas en la tabla 1, también se puede realizar algunas observaciones.

La titularidad de los Centros de Día también nos acerca a la realidad de estos dispositivos. De los 7 centros recogidos 5 son de titularidad privada y 2 son de titularidad pública, correspondientes a la Diputación Foral de

**TABLA 1**

*Principales características de los Centros de Día estudiados*

Centro	Carácter	Titularidad	Concertación	N.º de plazas
Centro de Día Adacen	Monográfico	Privada	Sí	40
Centro de Día Bekoetxe	Monográfico	Pública	Sí	34
Centro de Día Aita Menni	Monográfico	Privada	Sí	25
Centro de Día Ehari	Mixto	Pública	Sí	25
Centro de Día Polibea	Monográfico	Privada	No	30
Centro de Día Ateneo	Monográfico	Privada	Sí	25
Centro de Día Atecea	Monográfico	Privada	Sí	10

Vizcaya y a la Diputación Foral de Álava. Hay que resaltar que de los 5 restantes, 3 pertenecen a organizaciones del movimiento asociativo sin ánimo de lucro.

Sin embargo, aunque la iniciativa privada es la predominante, la participación pública en la concertación de las plazas es evidente, ya que 6 de los 7 centros están concertados con los Servicios Sociales de sus comunidades autónomas. La elevada tasa de plazas concertadas con la administración pública pone de manifiesto la necesidad de ayudas de carácter material, ya que el elevado coste del mantenimiento de estas personas en una institución especializada no está al alcance del nivel económico de una familia media que no puede sufragar los gastos derivados del daño. Esto provoca que, en la mayoría de los casos, el usuario que no accede a una plaza concertada tiene como único destino su propio domicilio o el de su familia.

Por último, es interesante destacar que, aún siendo iniciativas que corresponden a organizaciones e instituciones de diferente naturaleza, todas coinciden en establecer en el número de usuarios uno de los criterios de calidad. Se puede observar que el número de plazas de los centros no superan las 40, lo que enriquece en la atención al usuario y favorece el buen funcionamiento del centro.

A continuación se amplía la información de cada recurso y se aporta la fuente de documentación para un estudio más exhaustivo.

**CENTRO DE DÍA ADACEN**

<b>Situación</b>	Mutilva Baja (Navarra). Camino Zolina s/n. 31192. Tel.: 948 17 65 60. Web: www.adacen.org
<b>Entidad titular</b>	Asociación de Daño Cerebral de Navarra – ADACEN. Organización sin ánimo de lucro fundada por un grupo de familiares y afectados de daño cerebral adquirido en 1994. Pertenece a FEDACE y su ámbito de actuación es Navarra. Tiene como misión mejorar la calidad de vida de las personas con daño cerebral y sus familias.
<b>Titularidad</b>	Privada no lucrativa.
<b>Concertado</b>	Departamento de Bienestar Social del Gobierno de Navarra.
<b>Carácter</b>	Monográfico.
<b>Número de plazas</b>	40 plazas (divididas por nivel de dependencia). 15 plazas: Unidad I: promoción vida autónoma. 25 Plazas: Unidad II: promoción social y ocupacional.
<b>Año de apertura</b>	2003.

## CENTRO DE DÍA BEKOETXE

<b>Situación</b>	Bilbao (Vizcaya). Islas Canarias 51-53 bajo. 48015. Tel.: 94 400 00 66. Web: www.ifas.bizkaia.net
<b>Entidad titular</b>	Instituto Foral de Asistencia Social de Vizcaya - IFAS. Organismo autónomo encargado de gestionar los centros y servicios sociales adscritos a él y cuya titularidad ostenta la Diputación Foral de Vizcaya. El IFAS considera a las personas usuarias de sus centros y servicios el núcleo y objeto de toda su actividad. El fin del instituto es promover la calidad de vida de estas personas. Así desde el respeto a la dignidad y autonomía de las personas usuarias y contando con su participación, les ofertamos una atención integral y personalizada que les facilita un acceso no discriminado a la comunidad.
<b>Titularidad</b>	Pública.
<b>Concertado</b>	Plazas pertenecientes a la Diputación Foral de Vizcaya.
<b>Carácter</b>	Monográfico.
<b>Número de plazas</b>	34 (2 plazas son reservadas a personas con patología neurológica).
<b>Año de apertura</b>	2002.

## CENTRO DE DÍA HOSPITAL AITA MENNI

<b>Situación</b>	San Sebastián (Guipúzcoa). Hospital de la Cruz Roja. Matía,7. 20008. Tel.: 943 22 44 01/11. <a href="http://www.aita-menni.org">http://www.aita-menni.org</a>
<b>Entidad titular</b>	Hospital Aita Menni, perteneciente a la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Institución sin ánimo de lucro que desde mediados del siglo XIX se dedica principalmente a la atención de personas con problemas de salud mental.
<b>Titularidad</b>	Privada no lucrativa.
<b>Concertado</b>	Servicios Sociales de la Diputación Foral de Guipúzcoa.
<b>Carácter</b>	Monográfico.
<b>Número de plazas</b>	25.
<b>Año de apertura</b>	2003.

## CENTRO DE DÍA EHARI

<b>Situación</b>	Vitoria (Álava). C/Sierra de Urbasa, 5-7. 01010. Tel.: 945 17 00 16.
<b>Entidad titular</b>	Instituto Foral de Bienestar Social de Álava.
<b>Titularidad</b>	Pública.
<b>Concertado</b>	Plazas de la Diputación Foral de Álava, gestionadas por la Asociación de Servicios ASER.
<b>Carácter</b>	Mixto (Usuarios con daño cerebral adquirido y con otras causas de discapacidad física). Se ha incluido en este trabajo ya que la población atendida con daño cerebral adquirido supera el 25% de la ocupación total.
<b>Número de plazas</b>	25.
<b>Año de apertura</b>	1998.

## CENTRO DE DÍA POLIBEA REHABILITACIÓN

<b>Situación</b>	Madrid (Madrid). Ronda de Sobradíel, 36. 28043. Tel.: 91 388 93 63. Web: www.polibea.com
<b>Entidad titular</b>	Polibea Concierto S. L. Entidad formada por profesionales dedicados a la discapacidad, que surge para dar continuidad a la actividad desarrollada durante años por la Asociación DATO con el fin de atender exclusivamente a personas con daño cerebral adquirido en régimen de día.
<b>Titularidad</b>	Privada.
<b>Concertado</b>	No.
<b>Carácter</b>	Monográfico.
<b>Número de plazas</b>	30.
<b>Año de apertura</b>	2006.

## CENTRO DE DÍA ATENEO

<b>Situación</b>	Castellón (Castellón). Antiguo Regimiento de Tetuán, 14. Cuadra Borriolenc s/n: 12004. Tel.: 964 424 32 40.
<b>Entidad titular</b>	Asociación de Daño Cerebral Ateneo de Castellón. Se trata de una Asociación sin ánimo de lucro, constituida en 1999 en Castellón. Es una asociación de familiares de afectados, asociada a FEDACE y que surge por iniciativa de estos ante la falta de recursos y atención a las personas afectadas y sus familias. Tiene por objeto la promoción de recursos asistenciales y la defensa de los derechos de los afectados y familiares.
<b>Titularidad</b>	Privada no lucrativa.
<b>Concertado</b>	Convenio de carácter anual renovable con la Generalitat Valenciana.
<b>Carácter</b>	Monográfico.
<b>Número de plazas</b>	25.
<b>Año de apertura</b>	2003.

## CENTRO DE DÍA ATECEA

<b>Situación</b>	Zaragoza (Zaragoza). Globo n.º 40. 50015. Tel.: 976 52 98 38. Web: <a href="http://usuarios.lycos.es/ateceaorg/">http://usuarios.lycos.es/ateceaorg/</a>
<b>Entidad titular</b>	Asociación de Traumatismo Encéfalo Craneal y Daño Cerebral de Aragón. Es una Organización no Gubernamental creada por familiares y afectados de daño cerebral. Pertenece a FEDACE y su objetivo principal es mejorar la calidad de vida de las personas con daño cerebral y sus familias.
<b>Titularidad</b>	Privada no lucrativa.
<b>Concertado</b>	Departamento de Salud y Bienestar del Gobierno de Aragón y Ayuntamiento de Zaragoza.
<b>Carácter</b>	Monográfico.
<b>Número de plazas</b>	10.
<b>Año de apertura</b>	2006.

### 2.3. Una nueva función para el CD: programas específicos de integración laboral

La realidad laboral de las personas con discapacidad está muy lejos del ideal constitucional de ofrecer un trabajo digno y remunerado para todas las personas con minusvalía. Dentro de éste colectivo las personas que han sufrido un DCA, están especialmente desfavorecidas. Se trata en su mayoría de personas jóvenes (entre 20-40 años) con secuelas de tipo físico y cognitivo, que debido a la temprana edad de su lesión, o bien no habi-an comenzado su vida laboral, o bien no habían finalizado estudios, lo que hace que el acceso al trabajo sea más difícil.

Nuestra sociedad se encuentra con un colectivo de personas cuya necesidad prioritaria es acceder a un empleo protegido que les proporcione un acercamiento a la normalidad y una mejora en su calidad de vida. Desde las asociaciones de afectados existe una demanda creciente para que se articulen recursos adecuados que ofrezcan respuestas diferenciadas para diferentes niveles de dependencia y con programas específicos de reinserción laboral.

Por esta razón, podría proponerse una nueva función dentro de los Centros de Día para daño cerebral: *desarrollar programas específicos de integración laboral*. De este modo, dentro de la actividad habitual del CD, se podrían reservar un número determinado de plazas para dar respuesta a un perfil de usuario más específico cuyo objetivo es la integración laboral.

Para ilustrar esta propuesta, a modo de ejemplo, se aporta la experiencia que actualmente se lleva a cabo dentro de unos de los CD que ha sido mencionado anteriormente, el Centro de Día Bekoetxe en Bilbao.

#### *Un ejemplo: Centro de Día BEKOETXE*

El Instituto Foral de Asistencia Social de la Diputación Foral de Vizcaya puso en marcha el Centro de Día Bekoetxe con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas con DCA. Es un Centro de Día innovador en su diseño. Entre sus objetivos asume las características de un centro de día tradicional, con la flexibilidad necesaria para poder ofrecer el Programa de Reinserción Laboral altamente especializado.

Dentro de las plazas que dispone Bekoetxe, 14 son reservadas para usuarios cuyo objetivo principal sea la Inserción Laboral. El usuario de este tipo de programa presenta un buen nivel de autonomía en actividades de la vida diarias y tiene potencial suficiente para aspirar a integrarse tanto social como laboralmente. El déficit de estas personas se relaciona con el deterioro cognitivo moderado, alteraciones de la personalidad con o sin combinaciones de secuelas físicas o sensoriales.

El modo de estancia en este Programa en el Centro de Día es limitada en el tiempo, podrá variar entre 9 y 18 meses. Este tiempo podrá permitir preparar el acceso a entornos laborales demandantes de mayor autonomía y competencia social. La atención es a media jornada, lo cual permite adquirir un hábito de ocupación diario, respetar ritmos de trabajo y trabajar los desplazamientos hasta el centro de forma autónoma.

El equipo profesional del Centro de Día recomienda la incorporación al Programa porque considera que los objetivos tienen una alta probabilidad de ser beneficiosos y mejorar su calidad de vida. Es por ello, que la tarea quedaría interrumpida si no se articulan procesos que incluyan la incorporación real a modelos alternativos de ocupación profesional, como pueden ser los centros ocupacionales.

El equipo profesional del Centro elaborará un Plan Individualizado de Atención para cada usuario de manera que conociendo las posibilidades reales de incorporación de la persona a un determinado centro ocupacional, se puedan trabajar aspectos relativos a:

- Habilidades prelaborales.
- Habilidades sociales.
- Modificación de problemas de conducta.

- Aprendizaje de tareas.
- Conciencia y motivación en la participación del proyecto.

Para un desarrollo completo de este Programa se deben establecer convenios y protocolos de actuación con entidades, empresas o fundaciones que trabajen en el campo del empleo protegido para personas con discapacidad. Es conveniente que se establezcan protocolos y se especifiquen varias fases. También es beneficioso que se acuerden entre otras cuestiones períodos de seguimiento, supervisión y contactos periódicos.

Por último, es importante tener en cuenta la cuestión relacionada con las pensiones por incapacidad u otras circunstancias económicas. La mayoría de las personas que han sufrido un daño cerebral, cuentan con una pensión económica derivada de su situación de minusvalía o de seguros de accidentes. Será preciso analizar la situación personal de cada usuario, para ofertarle la solución más ventajosa dentro de las existentes. Las gratificaciones de los talleres ocupacionales son compatibles con las pensiones, pero en algunos casos habrá que ayudar a la familia y al propio afectado a valorar otras opciones que les reporten beneficios económicos y les acerquen más a la normalidad. En este sentido, es importante que la sociedad en general, y los sistemas de recursos sociales en particular, tomen conciencia de esta realidad y faciliten los accesos de este colectivo al mundo laboral.

# *Segunda parte*

PROPUESTA DE UN MODELO  
CENTRO DE DÍA PARA DCA





## 3. FILOSOFÍA

### 3.1. Principios

La filosofía de Centro de Día del modelo 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 de ser desarrolladas con la debida asistencia basada en los principios de:

**Normalización:** Los modelos de atención que se planteen enfocados a la fase crónica del DCA deben priorizar los objetivos de normalización sobre los de rehabilitación. Es necesario trabajar con los pacientes y sus familias hacia la normalización de su vida, haciéndoles accesibles las pautas y condiciones de vida cotidiana que sean lo más próximas a las normas y pautas del cuerpo principal de la sociedad. Del mismo modo que hay que intentar 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 (familia, 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 protocolarizada a partir de la cual diseñar un plan de trabajo individual 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 del paciente (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 fomentara una verdadera implicación en su mejora.

### 3.2. Valores

#### 3.2.1. Atención a la cronicidad: continuada y especializada

La atención al DCA no se acaba en la fase rehabilitadora. La persistencia de determinadas secuelas van a acompañarles a lo largo de toda su vida. Es por ello que hay que plantear modelos de 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 plantea 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. En la medida de lo posible, hay que elaborar programas personalizados a cada caso que se atiende, cubriendo las necesidades particulares de cada paciente. La complejidad de las secuelas del DCA así lo exigen.

### **3.2.2. *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 cuidadora. 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. La reconstrucción del proyecto vital de la persona y el apoyo psicoterapéutico son los objetivos prioritarios para el reestablecimiento de su ciclo vital, personal y familiar. No hay dos lesiones iguales, porque no hay dos personas iguales. En la intervención influirán tanto las características del daño sufrido, como las características personales del paciente (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 individualizado.

La intervención que se quiere aplicar es integradora y holística, se requiere de un equipo interdisciplinar 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.

### **3.2.3. *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 en la asunción de las normas y valores que rigen en su comunidad, para volver a formar parte de ella sin verse rechazado por los demás.

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, tal como lo hacen personas sin DCA.

### **3.2.4. *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.

## 4. OBJETIVOS

Este modelo señala de forma general los objetivos generales y específicos de un dispositivo de CD, entendiéndolos como la finalidad última de la actividad que se desarrolla en el centro.

Los objetivos generales y específicos de un CD son los siguientes:

### 4.1. Objetivos generales

- Mejorar la calidad de vida de los usuarios mediante el desarrollo de la autonomía personal y la funcionalidad en su vida diaria.
- Dotar de estructura y contenido estimulante y enriquecedor a su vida cotidiana.
- Favorecer la participación e integración social para ampliar la convivencia en su entorno y fomentar la normalización de su situación.
- Facilitar el desarrollo y normalización de la vida del sistema familiar.

### 4.2. Objetivos específicos

- Fomentar la adquisición y realización de hábitos básicos de autocuidado en su vida cotidiana (aseo, vestido, alimentación, ...).
- Desarrollar habilidades para el manejo instrumental y la vida doméstica (labores de limpieza, presupuestos de gastos mensuales, compras, ...).
- Desarrollar capacidades para el manejo social que faciliten su integración en la comunidad y el entorno.
- Concienciar y potenciar el desarrollo de hábitos de salud y seguridad, así como conductas adaptativas a sus circunstancias y entorno (adecuados hábitos de alimentación y ejercicio, evitar conductas de riesgo, ajustar la conciencia de determinadas acciones y comportamientos...).
- Optimizar las capacidades y recursos personales para valorar, afrontar y responder a la situación después de la lesión, que favorezcan el avance en su desarrollo personal, familiar, ocupacional y social.
- 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 que componen el CD.
- 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.
- Atender al sistema familiar a lo largo de la evolución de las necesidades, para favorecer la normalización del desarrollo del ciclo vital de sus componentes.

Los objetivos operativos deberán ser desarrollados por la entidad en atención a la necesidades de cada persona usuaria.

## 5. PERFIL DE LOS USUARIOS

### 5.1. Personas beneficiarias y criterios de admisión

Podrán solicitar la adjudicación de una plaza en el Centro de Día, las personas que se encuentren interesadas y reúnan los requisitos regulados por el centro correspondiente.

De manera general se establecen los siguientes criterios de admisión, si bien estos deberán ser adaptados a la realidad de cada centro:

- Personas con daño cerebral adquirido que, una vez acabada la fase de rehabilitación post-aguda, presenten problemas de inserción social, familiar y/o profesional.
- En posesión de Grado de Minusvalía igual o superior al 33% de conformidad con el Real Decreto 1971/1999, de 23 de Diciembre.
- Algunas características del perfil de la persona usuaria que podrían servirnos a la hora de tipificar a los usuarios son:
  - Estados de mínima conciencia.
  - Deterioro cognitivo severo asociada a discapacidad motora severa.
  - Deterioro cognitivo severo sin discapacidad motora significativa.
  - Discapacidad motora severa con déficit cognitivo moderado.
  - Alteración de personalidad con déficit cognitivo moderado.

Si se quiere especializar más el modelo de atención que reciban estas personas y adaptarlo a sus necesidades particulares, en algunos centros se podrían distinguir inicialmente distintos perfiles diferenciados en base a la autonomía de los usuarios o a su nivel de dependencia.

## 5.2. Criterios de exclusión

Puede suceder que las características del centro, bien por los recursos materiales o los humanos, no pueda dar respuesta a las necesidades que el usuario solicitante plantee en su incorporación. Por lo tanto, el equipo técnico del centro puede valorar la no viabilidad de la atención de este nuevo usuario.

Las situaciones más habituales que pueden considerarse criterio de exclusión son:

- Encontrarse en estado vegetativo persistente.
- Presentar trastornos de conducta de gravedad y/o frecuencia que alteren totalmente la convivencia y requieran una supervisión continua (heteroagresividad, conductas autolesivas, destrucción de objetos...).
- Presentar la necesidad de cuidados complejos, por el perjuicio causado por el cambio de entorno que no se beneficien o no puedan ser adecuadamente tratadas en el Centro de Día. En estos casos se estudiará la posibilidad de recomendación de un recurso que responda a la necesidades acordes a la situación.
- Requerir cuidados médicos especiales propios de un entorno hospitalario.

De la misma forma, el responsable del Centro podrá solicitar la baja de un usuario que siendo usuario del CD haya evolucionado de forma negativa, bien por grave deterioro físico o bien cognitivo. En este caso, y siempre que sea posible, se facilitará la recomendación de su derivación a otro recurso más adecuado.

## 5.3. Requisitos adicionales

Estos requisitos podrán ser considerados según las características del Centro, la Comunidad en la que se halle adscrito, o la titularidad de quien lo gestione.

Los requisitos adicionales pueden ser:

- Edad comprendida entre los 18 y los 65 años, en el momento de formalizar su solicitud de atención en el Centro ó que cumplan los 18 años en el año de formalizar la solicitud.
- Acreditar vecindad administrativa del beneficiario y de sus padres o tutores en la comunidad en la que se ubique el Centro de Día.

## 5.4. Bajas

Las bajas en el centro se producen cuando el usuario deja de acudir al centro con la consiguiente imposibilidad de ofrecerle los servicios que se le habían ofertado.

Las causas de baja son:

- Baja voluntaria: en este caso es el propio usuario o su familia los que solicitan por escrito la renuncia a su plaza.
- No satisfacer las cuotas económicas mensuales fijadas, con una demora de dos meses acumulativos.
- Incumplimiento del Reglamento de Régimen Interior del centro.
- Falsear deliberadamente datos del expediente administrativo para solicitar el acceso a la plaza.
- Haberse producido cambios significativos en la situación del usuario que puedan derivar en un deterioro grave (como ha sido mencionado en los criterios de exclusión, punto 6.3).
- Haber alcanzado la edad estipulada como límite de atención.
- Fallecimiento.

## 5.5. Incidencias

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

- Ingresos hospitalarios o enfermedad del usuario.
- Utilización temporal de otros servicios.
- Períodos de inasistencia por diversos motivos: obras en domicilio, dificultades familiares, procesos de oposicionismo en el usuario, trabajos temporales, etc.

En estos casos la dirección del Centro y la Institución Pública encargada de otorgar las plazas, podrá acordar junto con la familia, **períodos de excedencia** en su plaza, que en ningún caso sean superiores a 6 meses.

## 5.6. Normativa de las personas usuarias del Centro de Día

Para el buen funcionamiento del Centro de Día se deberá contar con un Reglamento de régimen interno. En este reglamento vendrán especificados determinados aspectos que facilitarán la convivencia y la resolución de conflictos. Algunos de estos aspectos son:

- Titularidad del Centro.
- Misión, Visión y Valores.
- Principios de Actuación.
- Derechos y Obligaciones de los usuarios/as.
- Normas de Funcionamiento Interno.
- Manual para comunicarse con el Centro.
- Procedimiento para la tramitación de Sugerencias, quejas y reclamaciones.

## 6. METODOLOGÍA E INTERVENCIÓN

### 6.1. Protocolo de incorporación al Centro y documentación

El procedimiento de incorporación al recurso cuando los centros son de titularidad pública o centros concertados es el siguiente:

- Los *Servicios Sociales* reciben inicialmente la demanda y la canalizan al organismo competente correspondiente, en función del modelo organizativo (ejemplo, Consejerías de Servicios Sociales, Ayuntamientos y/o Diputaciones Provinciales).
- Los *Equipos de Valoración* de dichas instituciones se encargan de valorar si el solicitante cumple los criterios de admisión al Centro en función de: *variables sociales* (carga que supone para el cuidador, situación económica, apoyos, etc.), *médicas* (tipo de lesión, secuelas motoras, necesidades de cuidados especiales, etc.), y *psicológicas* (alteraciones conductuales, déficit cognitivos, etc.).
- Una vez que el candidato ha sido seleccionado y considerada su idoneidad, se informa al *Centro de Día* (por medio de contacto telefónico o envío de informes). Posteriormente se concierta una *primera entrevista* con el usuario y la familia en la que de forma genérica:
  - se explica cuáles son los objetivos del Centro y el funcionamiento general del mismo (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, procedimientos 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 comunica lo acordado en la entrevista a los servicios sociales que han derivado al usuario.
- Se le asigna un *terapeuta de referencia*. Esta figura ostentará una responsabilidad especial sobre el usuario y coordinará toda la información relativa al mismo.
- En aquellos Centros que se responsabilizan del *transporte* de los usuarios, será necesario coordinar los diferentes aspectos relacionados: lugar, horas de salida y llegada, posibles cambios derivados en la ruta que afecten a otros usuarios, etc.

El procedimiento de entrada al Centro en los casos de tratarse de centros privados no concertados deberán seguir el procedimiento señalado en el apartado 7.1.1. o atenerse a la legislación correspondiente.

## 6.2. Sistema de valoración del usuario

Una vez que el usuario se incorpora al Centro, los diferentes profesionales con perfil clínico que componen el Equipo (terapeuta ocupacional, logopeda, fisioterapeuta, neuropsicólogo, médico, 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. En este sentido, es necesario contar con un protocolo de evaluación estandarizado que permita 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.
  - Escalas de carga y de salud del cuidador.
3. Neuropsicológicos:
  - Personalidad. Emoción. Conducta.
  - Funcionamiento Cognitivo.
4. Médicos:
  - Descripción de la lesión.
  - Tratamientos farmacológicos y otros cuidados necesarios.

En la medida de lo posible, las evaluaciones funcional, socio-familiar y neuropsicológica incluirán instrumentos de valoración estandarizados que faciliten la investigación y la monitorización de la evolución.

## 6.3. Establecimiento de objetivos específicos

Una vez que se han realizado las diferentes evaluaciones (2-3 semanas después de la incorporación del usuario), se realiza una reunión de equipo en la que los diferentes clínicos ponen en común sus valoraciones y concretan los objetivos específicos del *Plan Individual de Atención (PIA)*.

El neuropsicólogo y el terapeuta de referencia del usuario son, tanto los encargados de coordinar esta reunión como, una semana más tarde, de convocar a los familiares para compartir con ellos los resultados obtenidos y consensuar los objetivos específicos.

Se dejará 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.

### 6.3.1. *Plan Individual de Atención (PIA)*

De acuerdo con la terminología empleada en la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia el CD seguirá un modelo de actuación basado en la elaboración de un plan individual de atención. Este plan recogerá la descripción exhaustiva de las actuaciones previstas para cada usuario de forma individualizada. La intervención a partir de una evaluación de las necesidades de cada persona y la revisión de dicha intervención en el tiempo constituye la estrategia más efectiva a la hora de dar una respuesta a las necesidades de las personas con daño cerebral adquirido.



El PIA 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 por qué de lo que se hace.

El PIA 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).

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 a realizar, es decir las formas de intervención.

Sin menoscabo de la intervención individualizada, el Centro de Día ofrecerá intervenciones tanto individuales como grupales:

- Intervenciones individuales: Intervenciones que se realizan con una persona (atenciones individuales, revisión del PIA).
- Intervenciones grupales: Intervenciones que se realizan para alcanzar un objetivo con varias personas a la vez (grupos de habilidades sociales, de formación, etc.).

El PIA incluirá:

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

## 6.4. Programación del seguimiento

Los usuarios 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.

### 6.4.1. La figura del terapeuta 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, es razonable que el terapeuta referente sea un miembro del equipo que mantenga una relación estrecha con dicho usuario por el tipo de intervención, tipo de dificultades, grupos en los que participa, etc.

Las funciones del tutor serán principalmente:

- Observación y seguimiento general del usuario.
- Integración de la información aportada por las diferentes fuentes.
- Contactos con la familia:
  - Información general.
  - Incidencias: Casa-centro-casa.
  - Faltas de asistencia.
  - Medicación y cosas personales.
  - Evolución, objetivos.
  - Entrevistas, devoluciones.
- Hojas de Evolución:
  - Mantener al día la Hoja de evolución de la información relevante.
- Programa individual:
  - Mantener al día.
- Recogida de las incidencias de la Reunión de equipo y anotación en la Hoja de evolución.

## 6.5. Metodología de trabajo en equipo

Para que el trabajo desarrollado en un Centro de Día se acerque a la excelencia debe existir un modelo de trabajo en equipo que lo propicie. 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.

El Coordinador del Centro deberá dedicar las energías necesarias para atender y cuidar la compleja maquinaria de un equipo de trabajo. El sistema de trabajo deberá establecer canales (reuniones, entrevistas, registros y métodos de notación, etc.) que lo favorezcan. Algunos ejemplos para trabajar en esta dirección se muestran en los siguientes apartados.

### 6.5.1. Reuniones de equipo técnicas ordinarias

Dirigidas por el Coordinador del Centro, la reunión de Equipo es parte fundamental de la actividad del dispositivo.

Convocada con una periodicidad semanal, es el lugar en que se abordarán:

- *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.).

Por ello se organizarán intentando facilitar la presencia de las diferentes áreas y del mayor número de miembros del Equipo.

En cuanto a las revisiones clínicas de usuarios, es de utilidad el establecimiento de 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.

### 6.5.2. Reuniones generales de planificación

Dirigidas por el Coordinador del Centro y con la asistencia del mayor número de componentes del Equipo. Se considera necesario realizar 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.).

### 6.5.3. Evaluación y planificación general del Centro de Día

La evaluación y planificación general del dispositivo contemplará 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...).

Evaluación y planificación de aspectos técnicos y asistenciales:

- Si se tratara de un CD concertado, una parte de este protocolo lo desarrollará la Institución Pública, a través de sus servicios técnicos, realizando el seguimiento evaluativo del servicio que se presta, analizando su adecuación a las necesidades de cada una de las personas usuarias, el nivel de calidad material y el de funcionamiento general.

Para ello, se desarrolla un proceso de *evaluación continuada* que permita asegurar la calidad de los servicios prestados. Se elaboran conjuntamente entre el centro y el equipo técnico una serie de indicadores, que serán revisados y modificados anualmente para acercarlos al objetivo final de la excelencia en el servicio. A tal fin se establecerá una *Comisión de seguimiento* integrada por dos técnicos representantes de la Institución Pública, dos representantes de la empresa adjudicataria, (una de las cuales deberá ser la persona responsable del centro) y dos representantes de los usuarios (un familiar y una persona afectada).

Independientemente de este proceso, el centro elaborará una *memoria anual* del desarrollo del servicio, dentro del primer trimestre del año siguiente, en la que se incluirán, entre otros, los siguientes aspectos:

- Niveles de ocupación y movimientos (entradas y salidas de usuarios) del año.
- Perfil de usuarios: etiologías, déficit, características socio-familiares, etc.
- Características generales de las actividades desarrolladas en el Centro: atención directa de las personas usuarias del servicio, atención a las familias, formación del personal.
- Horario-tipo. Modo en que están organizadas y ejecutadas las actividades.

Además de las reuniones que se mantendrán con la «comisión de seguimiento», se realizará, tal y como se ha señalado, al menos una reunión de Equipo con una periodicidad anual en la que se abordarán estos aspectos.

Evaluación y planificación de aspectos económicos:

- En el caso de ser un CD privado, privado concertado o público cedido a la gestión privada, la empresa responsable de la gestión del Centro deberá desarrollar las acciones oportunas dirigidas a garantizar la viabilidad económica del proyecto y de las diferentes responsabilidades asumidas con los usuarios, familias, instituciones, empresas subcontratadas, trabajadores, etc.

Para ello se evaluarán periódicamente la marcha de los aspectos económicos del Centro, comunicará a las instituciones las dificultades o desviaciones que puedan surgir en este campo y planificará la gestión económica futura.

Los responsables económicos del Centro (Director Gerente, Director Financiero, etc.) deberán acordar con la Institución Pública correspondiente las cuotas anuales y otros aspectos de interés común: subvenciones, ayudas, etc.

Anualmente se reunirán los responsables económicos y los responsables asistenciales del Centro con el objetivo de analizar los recursos materiales y humanos ya existentes y valorar nuevas necesidades e inversiones a realizar.

## 6.6. Sistemas de información y comunicación con la familia

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

- Entrevistas (generales, específicas),
- informes escritos y,
- otros sistemas habituales (contactos telefónicos, cuaderno de incidencias).

Se aportan algunas indicaciones generales al respecto, si bien deben entenderse como mínimos, ya que se deberán analizar las necesidades de cada caso para incorporar al plan de trabajo individualizado, siempre que sea necesario, objetivos específicos en este sentido.

- *Entrevistas* (de ingreso, de evolución anual, específicas de área, etc.). Si bien consideramos que debe haber como mínimo una reunión anual con la familia, se llevarán a cabo con mayor frecuencia si fuera necesario, tanto a demanda del Centro como de la familia del usuario.

En función del objetivo de la misma acudirán, por parte del Centro los profesionales que puedan aportar información relevante (terapeuta referente, coordinador, trabajador social, etc.) y por parte de la familia, el familiar de referencia o tutor del usuario. La presencia del usuario en las entrevistas será estudiada por parte del Equipo en función de cada caso.

Son habituales, en los centros de día ya existentes, las entrevistas específicas que los profesionales de cada área (logopedas, fisioterapeutas, etc.) mantienen con los familiares con el objeto de orientarles en aspectos concretos, generalizar determinadas pautas, etc.

- *Informes escritos*. Además del Plan individualizado inicial, se entregará a la familia, con una periodicidad mínima anual, un informe de Seguimiento, como anteriormente se ha señalado.
- *Otros*. Los *contactos telefónicos* y la utilización de un «*cuaderno de incidencias*» («*agenda*») permiten que se vayan comunicando y resolviendo las incidencias menores del «día a día».
- *Propuestas de mejora*. Es de utilidad el disponer de un buzón en el que usuarios y/o familiares puedan incorporar sugerencias, quejas, reclamaciones, etc.

## 6.7. Métodos y recursos de notación

Como principio general en relación a los usuarios del centro, deberán respetarse escrupulosamente sus derechos individuales con especial referencia al derecho a la intimidad y al secreto profesional de los datos de su historial clínico y social (Ley Orgánica 15/99, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

- Cada usuario contará con un *Fichero individualizado* en el que se recojan los principales datos administrativos, sociales, médicos, etc. Al mismo se irán incorporando la Evaluación inicial, el plan individual de atención, los seguimientos, las incidencias relevantes, etc. El terapeuta referente será el encargado de mantener dicho fichero al día.
- *Libro de Actas*. Tras cada reunión se redactará un breve resumen de los asuntos tratados. El Coordinador del Centro será el encargado de escribir el acta de cada reunión.

## 7. EQUIPO PROFESIONAL

### 7.1. 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 todos los déficit o consecuencias que puede presentar un DCA. La concepción de trabajo interdisciplinar está basada en que los diferentes profesionales se 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. En este modelo 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 bio-psico-social.

### 7.2. Profesionales que lo componen

El equipo profesional debe contemplar diferentes disciplinas, entre las que siempre han de estar incluidos profesionales técnicos de las siguientes áreas:

- **Neuropsicología/ Psicología**

Los profesionales de este área se encargarán del diseño, la evaluación y la puesta en marcha de los programas de estimulación cognitiva desarrollados en el centro. Crearán programas que atiendan la esfera socio afectiva del usuario para lograr el ajuste emocional adecuado a las características del mismo. La normalización de conductas desadaptativas y la dotación de estrategias alternativas ha de ser otro elemento a tener muy en cuenta por parte del profesional.

El neuropsicólogo debe tener presente en todo momento la situación familiar desencadenada tras el daño y proporcionará apoyo y asesoramiento a la familia en la medida que lo precisen.

Cabe añadir que en esta figura profesional se considera el perfil adecuado para desempeñar la labor de Coordinación del equipo o Dirección Técnica descrita en el apartado de Infraestructura y gestión.

- **Fisioterapia**

Los fisioterapeutas del centro tendrán como función principal el mantenimiento de las capacidades motoras a nivel articular y muscular en prevención de posibles complicaciones a nivel motórico que pueda presentar el usuario.

Deberán ser expertos en la aplicación y manejo de órtesis y ayudas técnicas con el fin de mejorar las condiciones de movilidad y bienestar general de aquellas personas que lo precisen. Además, deberán contem-

plaz la optimización de la función cardiovascular que permita incrementar la tolerancia al esfuerzo, lo que tendrá una relevancia importante de cara al trabajo desarrollado en el centro y a una mayor participación a nivel comunitario.

- **Terapia ocupacional**

Los terapeutas ocupacionales asumirán como objetivo esencial el mantenimiento de las habilidades necesarias para la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Además, deberán tener en cuenta las características del usuario previas al DCA con el fin de promover las habilidades prevocacionales del mismo.

El desarrollo de un programa de acción domiciliaria, así como la adaptación del entorno para lograr la máxima accesibilidad posible permitirán al usuario una mayor autonomía y dotarán al trabajo desarrollado en el centro de un valor ecológico y de un sentido real del mismo.

- **Logopedia**

El área de logopedia trabajará para facilitar al usuario la comunicación y lograr un nivel óptimo de interacción y relación, así como una adecuada competencia social. Para ello, en caso de que sea necesario, se emplearán y entrenará en el manejo de sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación, potenciando la participación comunicativa en los diferentes ámbitos sociales.

Además, deberá mejorar la práctica respiratoria así como la coordinación de esta con la emisión de la voz, prestando especial atención a la actitud postural del usuario. Por último, el logopeda ha de ocuparse de la reeducación de la deglución, para facilitar la ingesta de alimentos y líquidos de la forma más segura y normalizada posible.

- **Trabajo social**

El área de trabajo social deberá realizar en el momento del ingreso del usuario una ficha social que sirve de expediente en el que aparecen tanto los datos administrativos como todos aquellos que resulten relevantes en relación con su historia social. Una vez obtenidos todos los datos necesarios y previa entrevista con el entorno familiar, su principal función consiste en analizar las necesidades sociales del usuario en todos los ámbitos y tratará de resolverlas poniendo los medios oportunos para ello. La realización del seguimiento social se llevará a cabo mediante el mantenimiento de entrevistas periódicas con el usuario así como con sus familias.

El trabajador social ha de mantener un contacto continuo con otras instituciones así como con la administración, ya que se considera el nexo entre el centro y el resto de entidades representativas de este mismo ámbito.

- **Educadores sociales, Monitores de ocio y tiempo libre y/o Técnicos superiores en integración social**

Estos perfiles profesionales son imprescindibles en el funcionamiento del CD, fundamentalmente en el área de la integración social y el reentrenamiento de las actividades de la vida diaria, así como en los programas de ocio y tiempo libre. Estos profesionales programarán, evaluarán, organizarán y desarrollarán las actividades de integración social, basándose en la aplicación de estrategias para el desarrollo de la autonomía personal y para el desarrollo de la inserción ocupacional.

Además, deben implicarse en la ejecución de las operaciones de apoyo necesarias en las actividades básicas (higiene, alimentación, vestido y cuidados básicos), de forma que estas necesidades queden cubiertas con un trato adecuado hacia el usuario.

De forma opcional el centro puede contar entre sus profesionales con figuras como:

- **ATS**

Los técnicos sanitarios tienen como principal función la administración de los fármacos y el ajuste de las posibles variaciones de las dosis. Para ello han de realizar un seguimiento evolutivo de los usuarios aten-

didados haciendo balance de las necesidades que manifieste. En caso de que sea necesario, realizarán curas derivadas de percances ocasionales o de lesiones que requieran atención periódica. Por último, estos profesionales deben informar y educar en prevención y promoción de la salud.

- **Conductor**

Este profesional ha de garantizar la seguridad en los traslados, realizándolos siempre de forma adecuada sin poner en peligro al usuario. Deberá realizar su trabajo empleando en todo momento las medidas de seguridad reglamentarias, así como las adaptaciones necesarias para el manejo del usuario.

- **Acompañante de transporte**

El acompañante de transporte debe colaborar con el conductor en las subidas/bajadas y operaciones de anclaje/ desanclaje de los usuarios. Además, durante los traslados deberá velar por la seguridad de los mismos impidiendo que se produzca ningún incidente mientras se encuentran en ruta.

### 7.3. La formación continuada y el bienestar del equipo

La apuesta por la calidad requiere de una formación continuada orientada a la especialización de los distintos profesionales y al intercambio de experiencias. 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 un actividad de motivación personal para representar un requisito esencial en la progresión laboral.

Por otro lado, es necesario un equipo con capacidad de escucha y de respeto entre profesionales, de aceptación de los límites y de los errores. Son necesarios espacios de análisis interdisciplinares y transversales, que permitan distanciarse emocionalmente y pensar sobre la práctica.

En relación con la posición de los profesionales, hace falta un reconocimiento de los límites como rol profesional y de la necesidad del otro. Es necesario una relación de diálogo entre los profesionales que intervienen; poder hablar de cómo se sienten y cómo se encuentran en relación con el otro y con la familia.

## 8. OFERTA DE SERVICIOS

La oferta de servicios debe contemplar una asistencia individualizada y dinámica en la que, por medio de programas de carácter terapéutico y social, se pretende que el usuario permanezca integrado e involucrado a su entorno natural y socio-familiar, manteniendo y si cabe mejorando, la actividad física, psicológica y social. Los servicios deben de considerar a la persona afectada de daño cerebral adquirido y su familia como centro de la intervención.

Es importante tener en cuenta que existen muchos aspectos distintos en el proceso de evolución personal: formativos, ocupacionales, culturales, sociales o económicos, tanto de la persona que ha sufrido el daño cerebral como de su familia. Un CD que atienda a estas personas, debe ser capaz de proporcionar formación, intervención multidisciplinar, ocupación, ocio, asistencia, así como apoyo, escucha, y acompañamiento. Es preciso, por tanto, crear un Centro de día que ofrezca una atención integral dinámica que flexibilice su oferta para afrontar las necesidades del usuario y su familia a medida que éstas vayan variando. La intervención debe producirse en cada momento mediante acciones encaminadas a la prevención y equiparación de oportunidades.

Como se recoge en la Tabla 2 los servicios se dividen en tres grandes grupos:

- Los servicios generales.
- Los servicios de atención directa a usuarios y familiares.
- Los servicios de referencia.

**TABLA 2**

*Servicios de un Centro de Día*

SERVICIOS DENTRO DE UN CENTRO DE DÍA			
<b>Servicios generales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión y administración.</li> <li>- Manutención.</li> <li>- Transporte.</li> <li>- Limpieza.</li> <li>- Mantenimiento.</li> <li>- Seguridad y vigilancia.</li> </ul>		
<b>Servicios de atención directa</b>	Atención al Usuario	Área Autonomía y funcionalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa Cuidados básicos.</li> <li>- Programa AVD básicas e instrumentales.</li> <li>- Entrenamiento en desplazamiento.</li> <li>- Programa de accesibilidad.</li> </ul>
		Área Interdisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de ajuste conductual y emocional.</li> <li>- Programa Estimulación cognitiva.</li> <li>- Programa Habilidades sociales.</li> <li>- Programa de Comunicación.</li> <li>- Programa de movilidad.</li> </ul>
		Área Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa Capacidades ocupacionales.</li> <li>- Programa actividades artísticas.</li> </ul>
		Área de integración comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de promoción social.</li> </ul>
		Área de ocio y tiempo libre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa Cultural.</li> <li>- Programa actividades deportivas.</li> <li>- Programa actividades lúdicas.</li> </ul>
	Atención a la Familia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa Información.</li> <li>- Programa Formación.</li> <li>- Programa Asesoramiento.</li> <li>- Programa Intervención psicológica.</li> </ul>	
<b>Servicios de referencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Documentación e investigación.</li> </ul>		

## 8.1. Servicios generales

### 8.1.1. Gestión y administración

Este servicio deberá diseñar, desarrollar y supervisar todos los aspectos relacionados con la actividad económica, administrativa y representativa derivados del funcionamiento del Centro de Día 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.

### 8.1.2. Manutención

Este servicio resulta esencial debido a que el período considerado como de estancia diurna obliga al centro a contemplar la manutención como uno de los elementos indispensables para el usuario. El servicio deberá elaborar los menús ordinarios además de los específicos en función de las necesidades alimenticias de cada per-



sona. Además, deberá llevar 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.

### **8.1.3. Transporte**

Este servicio proporciona a los usuarios el traslado de ida y vuelta desde sus domicilios al Centro de Día. En estos traslados se incluye la ayuda y el apoyo personal y de control necesarios para una adecuada atención, así como las medidas de seguridad oportunas durante la prestación de servicio. El servicio de transporte se lleva a cabo con la utilización de vehículos convenientemente adaptados para personas con movilidad reducida y/o usuarios de sillas de ruedas, contando con sistemas de acceso y anclaje reglamentarios.

### **8.1.4. 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 planning 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.

### **8.1.5. Mantenimiento**

Este servicio es el encargado de la supervisión y reparación de las instalaciones del Centro de Día. 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.

### **8.1.6. 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.

## **8.2. Servicios de atención directa**

Los servicios de atención directa contemplan:

- La atención al usuario, y
- la atención al familiar.

Para cada uno de ellos la atención se divide en áreas de trabajo, que a su vez se desarrollan en el día a día a través de programas y actividades.

## 8.2.1. Atención al usuario

### 8.2.1.1. Área de autonomía y funcionalidad

#### 8.2.1.1.1. 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 técnicos de integración que tiene lugar diariamente en el centro.

#### 8.2.1.1.2. 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 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.

#### 8.2.1.1.3. Entrenamiento en desplazamiento

En este programa se pretende aumentar la autonomía funcional para los desplazamientos en diferentes entornos, facilitando al usuario el acceso a todas las actividades esenciales de la vida diaria. Es necesario tener en cuenta las habilidades motóricas indispensables para la realización de traslados, además de las capacidades cognitivas que dotan a la persona de las herramientas necesarias para desenvolverse en su entorno de forma óptima.

Se trata de un programa en el que participan de forma directa las cuatro disciplinas técnicas en un inicio, aunque después pueda ser implementado por los técnicos de integración, y requiere de las capacidades optimizadas por los fisioterapeutas en el programa de movilidad, pasando por la aportación de los neuropsicólogos a la

hora de planificar los desplazamientos, hasta el entrenamiento inicial llevado a cabo en el centro por los terapeutas ocupacionales como puede ser el manejo adecuado de las sillas de motor.

Este entrenamiento tiene lugar en sesiones individuales en su fase inicial, para pasar después a sesiones grupales que permitan al usuario beneficiarse de metodologías como el modelado. Además, debe tener en cuenta desde los elementos más básicos como son las transferencias desde una silla de ruedas a los diferentes medios de transporte, hasta aspectos muy complejos a nivel cognitivo que permiten al usuario dotar al desplazamiento de un sentido práctico e integrador.

Por último, cabe destacar que, como sucede en otros programas desarrollados en el CD, este entrenamiento ha de iniciarse en el propio centro para ser trasladado posteriormente al entorno habitual del usuario, lo que proporciona un carácter ecológico esencial a la programación.

#### **8.2.1.1.4. Programa de accesibilidad**

Este programa tiene como finalidad promover el acceso de todos los usuarios al entorno físico mediante el empleo de las ayudas técnicas adecuadas en función de las necesidades de cada uno. Se implementarán las ayudas que logren reducir los déficit, tanto motóricos como cognitivos y comunicacionales, permitiendo un acceso al medio lo más normalizado y funcional posible.

En el caso de las ayudas de carácter físico, no debemos olvidar ningún aspecto relevante para la vida diaria del usuario, teniendo que contemplar desde las adaptaciones realizadas en sillas de ruedas, hasta las esenciales para el acceso a la higiene personal como pueden ser las duchas adaptadas o las barras que permiten el acceso autónomo al cuarto de baño, sin olvidar las ayudas técnicas que permiten un alto nivel de autonomía en la alimentación como pueden ser los platos y cubiertos adaptados. También se han de tener en cuenta las adaptaciones que resuelven dificultades en el vestido como los abotonadores o los sistemas de cremallera adaptados.

Las ayudas técnicas de carácter cognitivo resultan también esenciales para lograr una autonomía funcional en el usuario, y deben ser dispuestas de forma complementaria a las implementadas por el resto de profesionales. Se deben contemplar los sistemas de cartelera que resuelven dificultades de orientación, las agendas o los sistemas de alarma cuya aplicación sirve para compensar déficit cognitivos que impiden la realización de actividades cotidianas. No debemos olvidar que la presencia de elementos orientativos en el centro debe estar adecuada a los diferentes sistemas de comunicación alternativos y/o aumentativos presentes en el centro.

Por último, cabe destacar la importancia de trasladar todas estas ayudas técnicas al entorno habitual del usuario, dotando al mismo de la máxima accesibilidad en todos aquellos lugares en los que desarrolla su vida cotidiana.

#### **8.2.1.2. Área interdisciplinar**

##### **8.2.1.2.1. 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.

Las sesiones serán mayoritariamente de carácter individual debido a la enorme complejidad que entrañan los problemas emocionales y conductuales, así como por el contenido eminentemente personal de las mismas. En

ocasiones, resulta beneficioso el empleo de sesiones grupales, como en el caso de los problemas de conciencia de déficit, en los que la aportación de otros usuarios y el grado de empatía desarrollado entre los mismos puede ser de gran ayuda para el terapeuta.

Por último, no debemos olvidar en el desarrollo de este tipo de programas la estrecha relación que existe en usuarios afectados por un DCA entre sus secuelas cognitivas y sus consecuencias emocionales, de manera que los programas que atienden estos aspectos han de estar siempre entrelazados de forma coherente, contemplando la importancia de los distintos núcleos de convivencia y haciéndolos participar de forma activa.

#### **8.2.1.2.2. 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.

La intervención debe basarse en una evaluación exhaustiva del usuario, que tenga en cuenta todos los aspectos socioculturales de la persona previos al daño cerebral adquirido. Esto permitirá la puesta en marcha de un programa individualizado que se ajuste de forma adecuada a las necesidades reales del mismo. El programa diseñado por el neuropsicólogo debe contemplar el desarrollo de sesiones individuales y grupales, aunque estas últimas no deben contar con un número excesivo de participantes.

La gran implicación de los problemas cognitivos en la realización de actividades cotidianas hace que los programas deban ser cumplidos de manera rigurosa por todos los profesionales del centro, así como por el entorno más cercano del usuario. Probablemente se trate del programa que ha de ser desarrollado de forma más exhaustiva en el marco de una perspectiva multidisciplinar, ya que los déficit neuropsicológicos afectan de forma significativa a todos los nuevos aprendizajes del usuario con DCA.

Los talleres de estimulación cognitiva han de ser diseñados de forma minuciosa y basados en una evaluación que aporte información real de la potencialidad del usuario, hecho que evitará situar las expectativas de la intervención en cotas que generen a posteriori elevados niveles de frustración en todas las áreas.

#### **8.2.1.2.3. 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. Mediante la simulación de situaciones de la vida cotidiana logramos la percepción de vivencias anteriores en un entorno controlado; su posterior generalización dota al usuario de las herramientas fundamentales para volver a los roles sociales desempeñados antes de sufrir el daño cerebral. La reeducación de las estrategias indispensables para el funcionamiento en el entorno más cercano del usuario permite un ajuste entre ambos que tiene como consecuencia la normalización.

En este programa las sesiones desarrolladas son de carácter grupal, ya que reentrenar las interacciones sociales requiere de la presencia de diferentes participantes. Además, resulta especialmente interesante para el aprovechamiento de estrategias de modelado en la corrección de determinados modos de interacción. Las técnicas empleadas mayoritariamente son las denominadas de *role playing*, y son de gran utilidad en el marco de la intervención grupal.

Por último hay que decir que este programa carece de sentido si las habilidades adquiridas en entornos controlados no son puestas a prueba posteriormente en ambientes normalizados, ya que los niveles de convivencia logrados no alcanzarían en ese caso el principal objetivo del programa que es la integración en la comunidad.

#### 8.2.1.2.4. Programa de comunicación

Este programa pretende potenciar la participación del usuario en diferentes ámbitos sociales, reduciendo al máximo la discapacidad originada por el daño cerebral adquirido en el ámbito de la 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. En ocasiones, el tratamiento de la afasia requiere de la implementación de diferentes sistemas alternativos y/o aumentativos de comunicación (SAAC) en función de las necesidades específicas de cada persona. Estos sistemas permiten al usuario compensar la falta de comunicación mediante el uso de sistemas pictográficos, comunicadores silábicos o soportes informáticos dotándole de una herramienta esencial para la expresión y comprensión de todos los aspectos relevantes en su vida.

Las sesiones planificadas para este programa han de ser individuales en un inicio, ya que tanto los problemas de articulación como la adaptación de SAAC requieren de una atención personalizada. No obstante, las sesiones grupales con el fin de poner en práctica lo entrenado o de interactuar con sistemas alternativos, también son necesarias. Alcanzar un nivel adecuado de comunicación permite al usuario lograr un rango de competencia social óptimo para la relación con su entorno.

#### 8.2.1.3.5. 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, que deben colaborar estrechamente para lograr que el usuario goce del mayor bienestar físico posible. Para ello resulta esencial el empleo de técnicas de trabajo eminentemente neurológicas como son el método Bobath o el método Perfetti, utilizando metodología de carácter traumatológico sólo en los casos en que se produzcan lesiones posteriores al DCA que requieran de esta atención.

Las sesiones de trabajo diseñadas para este programa han de ser exclusivamente individuales, ya que se deben adaptar de manera rigurosa a la lesión del usuario, y lo habitual es que asistamos, como en el caso de las hemiplejias, a patrones de marcha derivados que han de ser tratados de forma distinta en cada usuario.

La realización de estudios ergonómicos y de adecuado posicionamiento resultan de vital importancia para paliar los déficit originados por la lesión, así como para prevenir complicaciones futuras que puedan aparecer. La realización de estos estudios debe trascender a los profesionales de las demás disciplinas, que deben conocer el programa para aplicarlo en sus sesiones de trabajo, poniendo en práctica las pautas posturales necesarias para el bienestar del usuario.

### 8.2.1.3. Área ocupacional

#### 8.2.1.3.1. Programa de capacidades ocupacionales

El objetivo principal de la atención ocupacional es el de proporcionar una actividad de carácter prelaboral o laboral que normalice la jornada diaria del usuario. Los objetivos deben planificarse teniendo en cuenta los conocimientos previos del usuario, así como las habilidades cognitivas y manipulativas preservadas. Esta tarea debe resultar motivante para lograr un refuerzo en la autoestima de la persona y una percepción por parte de la misma de actividad productiva. Además, la inclusión de este tipo de ocupación genera la sensación de responsabilidad hacia un objetivo. La creación de rutinas es esencial para la regulación de la vida diaria de personas con y sin discapacidad.

### **8.2.1.3.2. 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 interactuar de forma alternativa en un medio que, lejos de marginar la diferencia, potencia todo aquello que desconocemos.

### **8.2.1.4. Área de integración comunitaria**

#### **8.2.1.4.1. Programa de promoción social**

Este programa tiene como fin último lograr la implementación de las habilidades adquiridas, en los entornos sociales y de participación del usuario. Desenvolverse en su propio medio, así como en otros necesarios para algún aspecto de la vida diaria, es para cualquier persona el mayor indicador de normalización que podemos alcanzar. El programa debe contemplar, por tanto, todos los niveles de interacción existentes entre el usuario y la sociedad que permitan al primero acceder a sus derechos y cumplir con sus obligaciones de igual forma que el resto de los ciudadanos.

### **8.2.1.5. Área de ocio y tiempo libre**

#### **8.2.1.5.1. Programa cultural**

El diseño de este programa debe responder a la necesidad del usuario de acceder a un ámbito tan relevante como es la cultura en la vida de una persona, sin que su discapacidad resulte un obstáculo para lograrlo.

La intervención ha de estar basada en el acervo cultural de la persona previo a la lesión. Esto permitirá orientar el programa hacia la adquisición de nuevos conocimientos, teniendo siempre en cuenta las tendencias personales en este área.

#### **8.2.1.5.2. Programa de actividades deportivas**

El objetivo de este programa es acercar un medio social, como es el deporte en la actualidad, en el que se promueven una serie de valores esenciales de carácter relacional, a personas cuya discapacidad no les permite una equiparación de oportunidades en este ámbito. Valores como el trabajo en equipo, la capacidad de superación, el desarrollo de una actividad lúdica enmarcada en un código normativo o el espíritu de competición, son elementos que aproximan al usuario a la normalización.

#### **8.2.1.5.3. Programa de actividades lúdicas**

Este programa desarrolla actividades cuyo fin esencial es su carácter lúdico, pudiendo además cumplir otros objetivos de socialización, pero buscando principalmente la diversión del usuario. El diseño del programa debe contemplar las aficiones del usuario, así como forzar su participación activa en la planificación de las actividades y en el desarrollo de las mismas. Estas actividades han de llevarse a cabo en lugares de ocio normalizados, de manera que el usuario no tienda a discriminarse a sí mismo y aprenda a desenvolverse en entornos no protegidos.

## 8.2.2. Atención a la familia

### 8.2.2.1. 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. La familia, con un conocimiento adecuado de los déficit y discapacidades que presenta su familiar afectado, puede entender la implicación en la vida cotidiana, así como poder explicar determinadas conductas. En definitiva, se trata de que la familia entienda su realidad cotidiana desde una perspectiva neurológica de la lesión, que facilite la no atribución de voluntariedad a determinados comportamientos, así como una explicación coherente a las numerosas secuelas que presenta un DCA. Algunas de estas secuelas, como sucede con la falta de iniciativa, son a veces percibidas por los familiares como actos propios de la personalidad del usuario y no como consecuencia de la lesión, lo que provoca enormes problemas de convivencia propiciados por la falta de información que se tiene sobre algo tan complejo como un DCA.

### 8.2.2.2. Programa de formación

El programa de formación se puede decir que es la continuación de la psicoeducación. Este programa está dirigido fundamentalmente al entrenamiento en el manejo de las situaciones cotidianas.

Este programa es llevado a cabo por los profesionales que han desarrollado el Plan Individual de Atención, y especialmente por el terapeuta de referencia del usuario. Normalmente este programa se desarrolla en reuniones individuales con la familia, donde se tratan las cuestiones que se extraen de los objetivos de trabajo del usuario, y de los programas y actividades en los que participa para trabajarlos.

La formación y el entrenamiento estarán dirigidos a dotar a la familia de pautas y técnicas concretas para el manejo de situaciones cotidianas como las transferencias, adaptación del domicilio o ayudas técnicas; así mismo, puede centrarse en la formación para el afrontamiento y manejo de la persona afectada en relación con problemas de conducta y alteraciones emocionales.

### 8.2.2.3. 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. Estos procesos entrañan una enorme complejidad, en ocasiones provoca una desestructuración familiar mayor que la generada por el DCA.

También es necesario asesoramiento sobre cuestiones de otra índole más relacionadas con recursos de apoyo como la atención domiciliaria y ayudas económicas, y adaptaciones del hogar, transporte, etc.

### 8.2.2.3.4. 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.

Este programa ha de ser diseñado por el neuropsicólogo y puede desarrollarse junto con otros miembros del equipo como el trabajador social, y se desarrollará mediante reuniones periódicas con las familias. La intervención psicológica, puede realizarse a nivel individual o grupal.

A nivel individual, la necesidad más importante es la de apoyo emocional y el trabajo psicoterapéutico para adaptarse a la nueva vida, los sentimientos y las emociones que aparezcan. El trabajo psicológico de la elaboración del duelo ante la pérdida de la vida anterior será necesario para continuar con el proyecto personal y familiar previo.

A nivel grupal, los grupos de ayuda pretenden constituir un lugar de encuentro común en el que poder expresar sentimientos derivados del daño cerebral adquirido. Además de compartir situaciones cotidianas complicadas y las estrategias desarrolladas por cada uno de los familiares para su resolución. Se trata de propiciar el sentimiento de empatía facilitando la comprensión mutua para apoyar en el proceso de aceptación. También en este contexto se puede aportar la formación en el manejo de situaciones de estrés, de las relaciones afectivas, y la asunción de nuevos roles familiares; aprendizaje de estrategias como la asertividad y la manifestación de sentimientos. Por último, a través del trabajo en grupo se puede facilitar la concienciación de las actitud adquirida ante su familiar (sobrepotección, falsas expectativas...) e identificar en la familia quién desempeña la figura de cuidador principal para atenderle especialmente.

### 8.3. Servicios de referencia

#### 8.3.1. Documentación e investigación

Este servicio responde a la necesidad de crecimiento del centro mediante la creación de un departamento que aglutine la documentación necesaria para la participación en investigaciones relativas al estudio de necesidades de los usuarios. Por otra parte, la investigación en nuevas herramientas para la intervención de carácter técnico resulta esencial para el avance de la actividad científica desarrollada.

## 9. INFRAESTRUCTURA Y GESTIÓN

### 9.1. Infraestructura

#### 9.1.1. Diseño del espacio

El diseño arquitectónico de un edificio debe estar condicionado por su uso y destino. Un Centro de Día para personas con daño cerebral debe adaptarse a las necesidades de sus usuarios y ser ante todo un lugar cómodo, accesible, amplio y que transmita calidez. Para ello se tendrán en cuenta cuatro características principales:

##### 1. Funcionalidad:

Para que cumpla las funciones para las que se destina, el centro deberá contar con al menos 4 tipos de espacios bien diferenciados:

- De tratamiento individualizado: despachos o consultas.
- De trabajo grupal: aulas, gimnasio.



- De uso común convivencial: comedor, sala polivalente, sala de espera.
- De uso asistencial: Servicios, sala de cambios o curas.

Puede ser conveniente separar los espacios de tratamiento individualizado (despachos), de los de uso grupal y convivencial (aulas, salas polivalentes, gimnasio, comedor...). Asimismo la distribución de los Servicios deberá estar dispuesta en lugares estratégicos y de fácil acceso desde todos los puntos del centro.

## 2. *Comodidad:*

El Centro deberá permitir la entrada de los usuarios desde la calle con un fácil acceso, sin barreras arquitectónicas. Los espacios deberán ser amplios, con pasillos que permitirán, al menos, el paso simultáneo de dos sillas de ruedas. Puertas de fácil manejo para personas con dificultades motrices, y zonas bien diferenciadas mediante señales visuales para hacer más fácil su ubicación a los usuarios con problemas de orientación. Es preferible que el centro conste de un solo bloque arquitectónico para ahorrar superficie y desplazamientos.

## 3. *Durabilidad:*

Todos los pasillos y puertas deben disponer de una zona baja protegida contra golpes causados por los reposapiés de las sillas de ruedas. Los materiales utilizados para suelo y paredes deben ser de fácil limpieza y reparación, teniendo especial cuidado en utilizar materiales antideslizantes para evitar caídas.

## 4. *Calidez:*

Los usuarios van a pasar muchas horas en el centro, y para muchos será uno de los pocos sitios a los que pueda acudir a parte de su domicilio, por ello es importante que se sientan a gusto en este lugar. El Centro deberá contar con el máximo de iluminación natural y ventilación directa. En el caso de no disponer de suficientes ventanas, tener en cuenta los sistemas de climatización, además de un buen sistema de calefacción.

### 9.1.1.1. **Accesibilidad**

La construcción del Centro seguirá los criterios de accesibilidad universal y diseño para todos. En este sentido, la construcción del mismo estará condicionada por la supresión de barreras, no sólo arquitectónicas, sino también barreras en la comunicación, señalización (para que sea accesible a usuarios con dificultades cognitivas, de tal modo que se facilite el reconocimiento de espacios y servicios) y el acceso a nuevas tecnologías.

En todo momento debe cumplir las normas técnicas sobre condiciones de accesibilidad de los entornos urbanos, espacios públicos, edificaciones y sistemas de información y comunicación que establezcan las leyes estatales y autonómicas.

### 9.1.1.2. **Superficie**

Como idea general, ya que dependerá del espacio disponible en cada caso, este tipo de centros como máximo deberá contar con dos alturas, disponiendo de ascensores especiales y se buscará siempre que la construcción sea sencilla.

Deberá disponer de una superficie no inferior a 400 m<sup>2</sup>, si hablamos de dos alturas y de 650 m<sup>2</sup> si se trata de una sola altura.

Las dependencias utilizadas como despachos para consulta médica, atención individualizada o usos análogos tendrán al menos 6 m<sup>2</sup> de superficie útil.

Existirán salas con carácter de zonas comunes que permitan desarrollar actividades de ocio y convivencia, cuya superficie útil mínima será de 2 m<sup>2</sup> por usuario. En centros con capacidad inferior a 25 plazas, las zonas comunes serán, como mínimo de 12 m<sup>2</sup>, añadiéndose 1 m<sup>2</sup> por plaza.

### 9.1.1.3. Dependencias

La distribución de los espacios del CD se basan en la estructura de los servicios del mismo. Se puede dividir por ejemplo en tres áreas:

#### 1. *Servicios Generales:*

Destinados a la gestión y soporte de los servicios básicos, que comprenderá las dependencias destinadas a uso común convivencial, tanto de usuarios como de profesionales. Y aquellas necesarias para las tareas de Dirección y Coordinación, así como la gestión administrativa necesaria para el desarrollo de la política de recursos del Centro y gestión económica.

Contarán con los siguientes espacios:

- Vestíbulo y zona de espera.
- Recepción-Administración.
- 1 Despacho de Dirección con sala de reuniones.
- 1 Comedor.
- 1 Sala Polivalente (descanso-ocio).
- 1 Cocina-Oficio.
- 2 Almacenes.
- 1 Oficio de limpieza.
- 1 Sala de calderas y cuarto de instalaciones.
- 2 Servicios para visitas (femenino y masculino).
- 2 vestuarios de personal, femenino y masculino.

#### 2. *Servicios de Atención Directa:*

De tratamiento individualizado :

- 1 Despacho Director Técnico – Neuropsicólogo.
- 1 Despacho de Logopedia.
- 1 Despacho de uso por distintos profesionales (consulta).

De trabajo grupal:

- 1 Sala de informática.
- 1 Sala de Actividades Ocupacionales y de estar.
- 1 Sala de Fisioterapia con vestuarios y servicios adaptados.
- Aulas de trabajo grupal : 1ud/ 12 usuarios.
- Servicios adaptados para personas usuarias 1 ud/10 usuarios.

#### 3. *Servicio de Atención a las familias:*

Sala Polivalente, esta sala podrá ser la misma que utilizan los usuarios para reposo u ocio, compatibilizando horarios.

## 9.1.2. Equipamiento

Con el propósito de que este documento pueda prestar una asistencia técnica y orientación para poner en funcionamiento centros de la tipología que aquí se describe, el presente apartado enfoca el tema del mobiliario, decoración y dotación de los distintos útiles o instrumentos de trabajo.

Si bien se recomiendan características como color o tamaño ya que esto podría dar lugar a un esquema rígido y estereotipado de las instalaciones, sí merece mención que los diferentes ambientes deben favorecer el sentido de la orientación.

### 9.1.2.1. Recursos Materiales

Algunas indicaciones orientativas del equipamiento con el que deben contar las dependencias principales en la atención al usuario anteriormente mencionadas pueden ser las siguientes:

#### 9.1.2.1.1. Equipamiento técnico

Logopedia:

- Material de soplo (velas, globos, pajitas...).
- Alfabeto y números de plástico.
- Imágenes *Color Cards*.
- Imágenes de objetos y palabras.
- Fichas de reescritura (grafismo) y escritura.
- Libros de lectura y comprensión lectora.
- Asociación de imágenes y palabras (lectofoto).
- Juegos de lenguaje (scrable, barajas de vocabulario, dominó de letras).
- Imágenes para elaborar tableros de comunicación. ¡Comunícate!
- Espejo de pared.

Neuropsicología:

- Instrumentos de Valoración General: WAIS III R.
- Valoración específica:
  - *BADS (Behavioural Assessment of the dysexecutive Syndrome)*.
  - *TMT (Trail Making test) A/B*.
  - Test de Palabras y Colores de Stroop.
  - Test de memoria de textos -MAI.
  - *Rivermead behavioural memory Test*.
  - Test de la Figura Compleja e Rey.
  - Test de aprendizaje verbal (TAVEC).
  - Test de clasificación de tarjetas Wisconsin.
  - Torre de Londres.
  - Batería Barcelona.

Terapia Ocupacional:

- Contab: Batería de evaluación neurológica para T.O.
- Lotca: valoración cognitiva de T.O. de Loewenstein.
- Ayudas Técnicas (cubiertos, platos, vasos, antideslizante, calzador con mango largo...).
- Juegos de construcción, manipulativos, didácticos, tradicionales.
- Bastidores de AVD.
- Material de manualidades (pinceles, cortadores, tijeras,...).
- Pequeño maletín de herramientas.

Fisioterapia:

- Camillas Bobath (articuladas y eléctricas).
- Standing Bipedestador.
- Material de psicomotricidad (aros de diferentes tamaños, cuerdas,...).
- Bicicleta estática.
- Escalera-rampa.
- Espalderas y paralelas.
- Colchonetas y plato equilibrante.
- Material tratamiento postural (cuñas, rodillo,...).
- Camillas-ducha, sillas-ducha, grúas.
- Espejo de pared y móviles.
- Biombos.
- Banco de maderas y banquito con ruedas.
- Material para la práctica de actividades deportivas: Boccia, Pin-pon...

Opcionales:

- U.S. Ultrasonidos, Carrito ultrasonidos.
- I.R. (infrarrojo), electroestimulador.
- Electroterapia.

#### 9.1.2.1.2. Equipos informáticos

Es recomendable que todo los espacios dispongan de voz y datos, así como estar conectados en red. De forma orientativa se propone:

- Ordenador-servidor con conexión ADSL.
- Para usuarios: ordenador, impresora, carcasa para teclado, pantalla táctil.
- Terapeutas: ordenador e impresora.
- Programas informáticos de terapia: lexia, Speechviewer III, Winspeak. Smartbrain.

#### 9.1.2.1.3. Material fungible

Dentro de este material se puede incluir desde el material de papelería y oficina, hasta los juegos educativos para los distintos servicios que se prestan al usuario.

#### 9.1.2.2. Recursos humanos

Si la organización y planificación de un Centro de Día es la base de su funcionamiento, el equipo humano constituye el armazón sobre el que recae el peso de la atención especializada y la tarea asistencial.

En un documento de estas características no es posible establecer la plantilla ideal que cubra la necesidad de un CD. En este sentido, lo que sí se puede determinar e identificar son algunos de los criterios preferentes a tener en cuenta en la confección de una plantilla de personal. Algunos de estos criterios son los siguientes:

- Características de los usuarios y su número.
- Servicios que presta el centro.
- Estructura arquitectónica.
- Determinadas variables derivadas, por ejemplo, de convenios colectivos, normativas locales o de la comunidad autónoma (n.º de horas de trabajo al año, días de libranza, etc).

### 9.1.2.2.1. Ratio y plantilla

El ratio y la plantilla que conformen el equipo humano de trabajo, deberá ser establecida conociendo la verdadera demanda de servicios del colectivo atendido. En este trabajo nos inclinamos a detallar el ratio de los profesionales, ya que no se puede establecer el número efectivo de trabajadores, que dependerá del número concreto de usuarios que tenga el centro.

El equipo de trabajo se conforma de diferentes categorías profesionales que se van a dividir según su cometido en dos áreas de trabajo: la administración y el equipo técnico.

#### ADMINISTRACIÓN

CATEGORIA PROFESIONAL	RATIO	PERFIL DE LOS PROFESIONALES
DIRECTOR-GERENTE	1	Titulación Universitaria
ADMINISTRATIVO	1/2	FP Rama Administrativa

#### EQUIPO TÉCNICO

CATEGORIA PROFESIONAL	RATIO	PERFIL DE LOS PROFESIONALES
NEUROPSICÓLOGO-DIRECTOR TÉCNICO	1/25	Licenciado en Psicología, especialidad Neuropsicología.
FISIOTERAPEUTA	1/30	Diplomado en Fisioterapia.
LOGOPEDA	1/30	Diplomado en Logopedia.
TERAPEUTA OCUPACIONAL	1/20	Diplomado en Terapia Ocupacional.
TRABAJADOR SOCIAL	1/40	Diplomado en Trabajo Social.
EDUCADOR SOCIAL/ TÉCNICO INTEGRACIÓN SOCIAL	1/6	Diplomado en educación social FP II (Técnico superior de integración social).
NEURÓLOGO / PSQUIATRA/ MEDICO REHABILITADOR	CONSULTOR	De acuerdo a la demanda.
ATS /DUE (OPCIONAL)	1/30	Auxiliar enfermería / Diplomado en Enfermería.

## 9.2. Gestión

### 9.2.1. Sistemas de gestión y organización

El Sistema de Gestión más aconsejable para funcionar en el centro será a través de procesos. Los procesos son conjuntos de actividades interrelacionadas entre sí, que transforman los elementos de entrada (recursos) en resultados.

#### 1. Procesos de Planificación y Estrategia:

Todos aquellos relacionados con el Diseño y Revisión de los planes estratégicos del Centro, desarrollo de nuevas actividades e implantación de los sistemas de liderazgo. Se deberá incluir un plan anual de Gestión, con elaboración de presupuestos y alianzas.

#### 2. Proceso de Mejora Continua:

Con la implantación de sistemas de evaluación de calidad, mediciones de la satisfacción tanto de trabajadores como de usuarios y familiares.

### 3. Procesos Operativos:

Todos los que implican las diversas actuaciones llevadas a cabo para la atención continuada de las personas que hacen uso de los servicios:

- 3.1. Acogida /Ingreso.
- 3.2. Diagnóstico de necesidades y valoración.
- 3.3. Atención Continuada:
  - Higiene y cuidados personales.
  - Terapia Ocupacional.
  - Fisioterapia.
  - Neuropsicología.
  - Logopedia.
  - Actividades de Ocio.
  - Apoyo a las familias.
- 3.4. Seguimiento personalizado.
- 3.5. Baja.
- 3.6. Procesos de apoyo:
  - Directos: cocina, lavandería, limpieza, seguridad, transporte.
  - Indirectos:
    - Gestión de personal.
    - Gestión Administrativa.
    - Gestión económica.
    - Formación.
    - Procesos de comunicación externa e interna.

Con todos los procesos implicados habría que desarrollar un **MAPA DE PROCESOS** del Centro:



Finalmente, es importante destacar que la idea de la gestión participativa no debe suscribirse sólo a los procesos de gestión que tienen un componente más finalista, sino también con respecto a las fases de planificación y diseño de los servicios. En este sentido, es importante favorecer la gestión que permita la participación de los diferentes niveles que pueden estar involucrados: la Administración Pública, la Administración Autónoma e incluso la participación de entidades representantes de personas con discapacidad y/o de daño cerebral, en concreto de ámbito provincial o autonómico.

## 9.2.2. Gestión administrativa

Se encarga de todos aquellos procesos necesarios para el desarrollo de la política de recursos del Centro y gestión económica.

### 9.2.2.1. Gestión de recursos humanos

Se refiere a todas las acciones llevadas a cabo para una gestión correcta en cuanto al personal necesario para el centro:

- Sistemas de selección del personal.
- Contratación de personal.
- Condiciones del trabajador y funciones.
- Gestión de nóminas.
- Gestión del calendario laboral.
- Relaciones laborales.
- Seguridad y salud laboral.
- Política de formación interna de trabajadores.

### 9.2.2.2. Gestión económica

Los servicios relacionados con la gestión económica del Centro hacen referencia a los siguientes aspectos:

- Presupuestos.
- Financiación.
- Proveedores.
- Inversiones.
- Contabilidad.
- Liquidación de estancias.
- Asesoramiento jurídico.

### 9.2.2.3. Gestión de servicios generales de apoyo

Estos servicios podrán ser llevados por profesionales del propio centro o a través de contratistas externas.

- Recepción y atención al público.
- Vigilancia y seguridad del Centro.
- Mantenimiento de instalaciones y equipamiento.
- Servicio de cafetería, catering.
- Servicio de limpieza.
- Servicio de transporte para los usuarios.

### 9.2.2.4. Sistema de protección de datos

Se seguirá en todos los procedimientos lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, de fecha 13 de Diciembre, y normativa de la Comunidad Autónoma correspondiente a tal efecto.

### 9.2.2.5. Contabilidad

El modelo de gestión que se utilice debe contar con un Sistema de Contabilidad Analítica, como uno de los instrumentos que, en unión de otras técnicas, facilita la disponibilidad de información para la toma de decisiones.

Se preocupa de la obtención y análisis de información de costos para su uso interno por parte del directivo en la planificación y el control, proporcionando datos que demandan los usuarios y estableciendo en cada caso los procedimientos más adecuados para analizar los costos de los programas que son relevantes desde el punto de vista de la gestión.

La implantación de una adecuada Contabilidad Analítica permite disponer de información necesaria a la hora de adoptar una serie de decisiones como: prestar un servicio por la propia entidad o bien contratarlo al exterior, determinar el importe, precio y contribuciones especiales a cargar a los beneficiarios de los programas, decidir los programas que se acepten en la fase de planificación.

### 9.2.3. Seguros

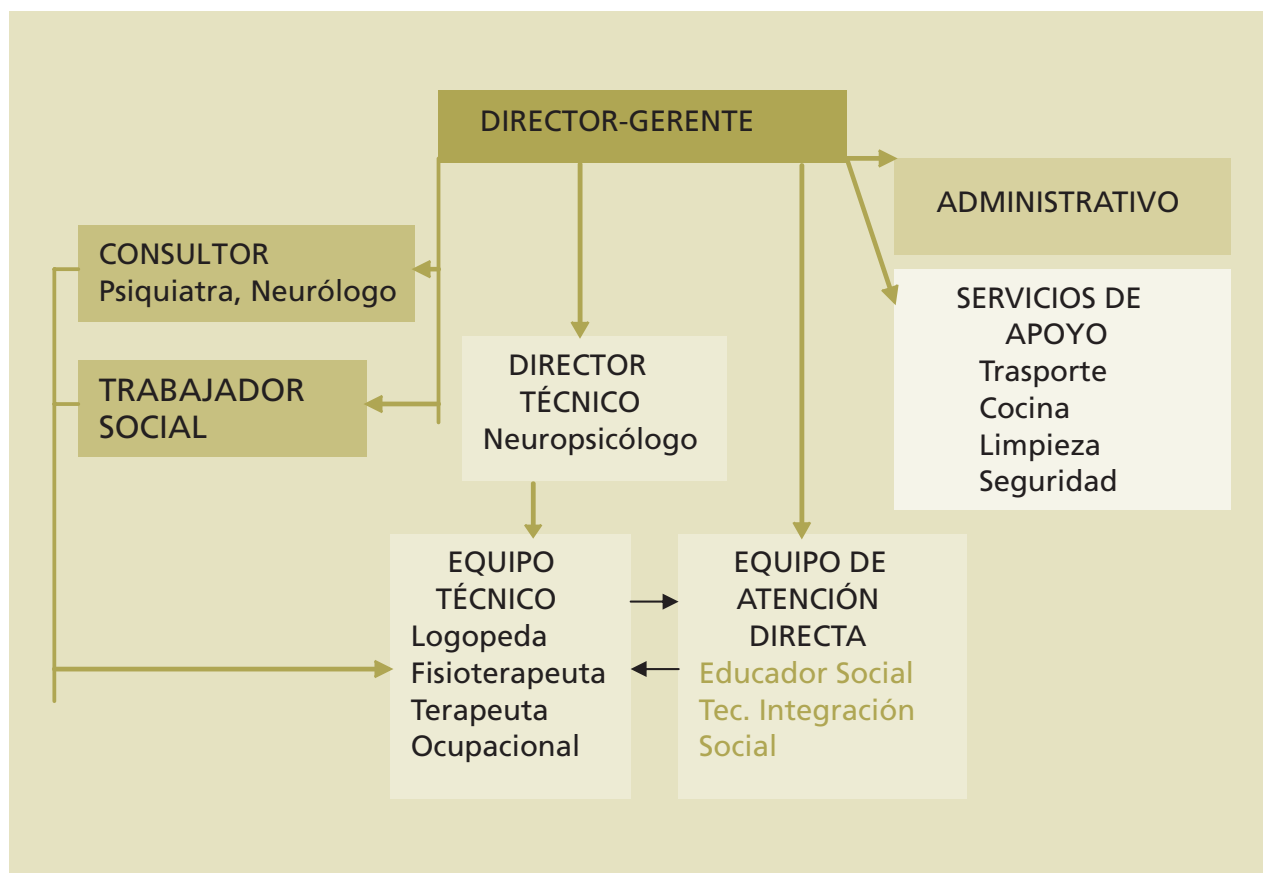
También será necesario contar con pólizas de seguros, suscritas con compañías de seguros solventes.

- En caso de los trabajadores debe cubrir accidentes de trabajo y responsabilidad civil.
- En caso de las instalaciones se contará con una póliza que haga frente a cualquier circunstancia que pueda pasar dentro del edificio a los usuarios y/o sus familiares y cualesquiera otras personas.

### 9.3. Organigrama

Retomando lo comentado en el apartado de Recursos Humanos, en el Centro trabajarán diversos profesionales a los que se les designará una serie de tareas y responsabilidades, según su nivel de titulación académica y el puesto que desempeñe en la organización.

Por ello se dispondrá de una estructura organizada jerárquicamente, que determine el grado de responsabilidad de cada profesional.





## 9.4. Sistemas de evaluación y calidad

Evaluar la calidad de un servicio es una tarea fundamental para el adecuado desarrollo del mismo. Esta necesidad queda recogida en el marco legislativo español e Internacional, además de en numerosos documentos, entre los que destaca el Libro Blanco de la Dependencia.

El concepto de calidad se ha visto modificado a lo largo de la historia, de forma que éste término se ha conceptualizado de modo distinto según los diferentes momentos históricos, destacando las últimas etapas que son la Etapa del Control de Calidad, la Etapa del Aseguramiento de la Calidad y la Etapa de la Calidad Total, en la época actual.

En el diseño del Centro de Día se recogen los principios de calidad de todos los servicios, de tal modo que se garantice el empleo de prácticas efectivas en el ámbito de la atención del daño cerebral.

Se considera la Calidad Total como el estadio más evolucionado del término calidad. Se habla de Calidad cuando los requerimientos del cliente son comprendidos y asumidos exactamente por la organización y es Total porque todo miembro de la organización está involucrado.

La implantación de un Sistema de Calidad en los servicios de atención social a personas con discapacidad, permitirá al centro:

- Conocer lo que se puede esperar del él.
- Decidir sobre los servicios que se requieren.
- Hacer que los proveedores del centro empleen el *feedback* o información que facilite al recurso la mejora del servicio.

Por otro lado, la implantación de un Sistema de Calidad en los servicios de atención social a personas con discapacidad, permitirá a los proveedores de un servicio, en este caso los trabajadores, gestores, responsables y/o profesionales:

- Trabajar de forma conjunta con los usuarios del Centro para mejorar la calidad del mismo.
- Mejorar la imagen del Centro.
- Conseguir una mejora continua del Centro.
- Permitir la participación de los trabajadores del Centro en la toma de decisiones.
- Desarrollar un plan sistematizado de planificación y evaluación

Si consideramos las consecuencias del daño cerebral sobre las personas, estas son en numerosos casos causa de diversos tipos y grados de discapacidad, haciendo que gran parte de estas personas tengan reducidas sus capacidades y se encuentren en situaciones de dependencia de diverso grado.

Estos aspectos son fundamentales para ofrecer una atención de calidad, sin embargo no se debe perder la perspectiva del usuario en este proceso.

A menudo desde las instituciones se plantea la implantación de criterios de calidad técnica en el desarrollo de la atención, pero esto debe ir parejo al desarrollo de instrumentos que permitan conocer la calidad percibida por los usuarios del sistema o destinatarios de las actuaciones de los servicios de la organización.

Por ello, se considera referencia obligada el Libro Blanco de la Dependencia. Este libro pone de relieve que dar un servicio de calidad y con calidad es la mejor garantía de que los derechos de los ciudadanos en general, y de las personas en situación de dependencia en particular, se cumplen de acuerdo a sus necesidades y expectativas en el marco de la norma que los regule.

En este sentido, es fundamental la participación de los usuarios y el desarrollo de cuestionarios y encuestas de satisfacción dirigidos a estos. Es necesario realizar encuestas de satisfacción para usuarios, familias y pro-

fesionales, que se pasarán con una periodicidad bianual, y que nos permitirán realizar comparaciones y contrastes.

Dentro del Sistema de Atención a Personas en situación de Dependencia habrá que garantizar tanto la calidad de los recursos puestos a disposición del Sistema para integrarse en su red, como la calidad de los servicios que se prestan. Es necesario articular instrumentos de seguimiento y control que garanticen el cumplimiento de la norma y de los requisitos exigidos en el funcionamiento de los recursos, así como de evaluación.

El Centro de Día deberá asumir como herramienta para conseguir sus objetivos un modelo que certifique la calidad de los servicios. Los modelos más utilizados para certificar la calidad de un servicio son:

- EFQM (European Foundation for Quality Model): es un modelo de gestión de la Calidad Total o Excelencia.
- ISO 9000: normativa que pretende el aseguramiento de los sistemas de calidad de las organizaciones.

En la búsqueda de la excelencia en la gestión, se deben aplicar métodos de mejora continua orientando su gestión al cliente y a resultados. Gestionar por procesos y por hechos, desarrollará e implicará a las personas de su organización, promoverá el aprendizaje y la innovación, desarrollará alianzas que generen valor y asumirá su responsabilidad social, ejerciendo un liderazgo comprometido con los valores y objetivos de la institución.



# *Tercera parte*

RELACIÓN DEL CENTRO DE DÍA  
CON OTROS SISTEMAS



## 10. EL MOVIMIENTO ASOCIATIVO: FEDACE

El movimiento asociativo en el marco de una sociedad democrática es un valor creciente, proveedor de valores sociales y reconocido como parte esencial del tejido social.

El movimiento asociativo de la discapacidad surge como respuesta a la limitación de derechos y falta de atención a las necesidades del colectivo. Diferentes hechos han favorecido y legitimado la labor de este movimiento, que ha ido avanzando en sus estrategias de actuación y modelos organizativos y ha generado estructuras y órganos de representación fuertes que permiten hacer llegar su voz a todas las instancias.

Entre estas estructuras representativas cabe destacar el papel del CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) como aglutinante de las asociaciones de la discapacidad y máximo órgano de representación del movimiento asociativo.

La trayectoria de este movimiento y sus conquistas va adquiriendo progresivo reconocimiento en la legislación. Así la Ley Orgánica 1/2002 de 22 de marzo reguladora del Derecho de Asociaciones reconoce la importancia del fenómeno asociativo como instrumento de integración y participación en la sociedad. En su Artículo 4 establece las relaciones con la Administración, reconoce el interés de las actividades desarrolladas por las asociaciones y articula las medidas de fomento.

En la Ley 51/2003, de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de la personas con discapacidad (LION-DAU), de 3 de diciembre de 2003 se expresa con claridad que las personas con discapacidad y sus familias, a través de sus organizaciones representativas, participarán en la preparación, elaboración y adopción de las decisiones que los conciernen, para promover las condiciones y asegurar que esa participación sea real y efectiva.

Esto no es otra cosa que el reconocimiento explícito del papel del asociacionismo para:

- Garantizar la estructura democrática de participación social.
- Promover la atención a las personas con discapacidad y a sus familias.
- Garantizar la protección social necesaria a un colectivo muy vulnerable y con grave riesgo de exclusión.

**La Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE)** es la institución que representa al movimiento asociativo del daño cerebral adquirido. Fue constituida en 1995 y actualmente integra a 24 Asociaciones de Daño Cerebral del Estado Español. Forma parte del CERMI y de la Confederación Europea de daño cerebral (BIF, Brain Injury Family). La Federación coordina la actividad de las asociaciones de familiares y personas afectadas y actúa como referente estatal promoviendo la prevención, la sensibilización social y la defensa de los derechos de las personal afectadas, a la vez que reclama la atención sociosanitaria precisa para el colectivo.

FEDACE concreta su misión en diferentes niveles de actuación:

- **Con respecto a las personas afectadas y sus familias**, su misión es luchar por alcanzar un nivel adecuado de servicios, tratamientos y rehabilitación con la intervención integral de equipos interdisciplinares con seguimiento y continuidad en el tiempo a través de redes asistenciales. Además de la reclamación de los servicios sociosanitarios, lucha por los derechos jurídicos y la justa valoración de las secuelas del daño cerebral.
- **Con respecto a la administración**, su misión es informar y reivindicar la atención precisa, siendo la organización de interlocución válida para que la administración asuma la responsabilidad pública en cuanto a: creación de servicios; ayudas económico-técnicas y promulgación de legislación acorde con las necesidades, e implicándola tanto en su elaboración como en su financiación, fomentando las relaciones internacionales y contactando con entidades públicas y privadas.
- **Con respecto a la sociedad**, su misión es promover actuaciones de formación, investigación, prevención y concienciación. Trasladar a la sociedad la problemática específica del DCA, situándola en la dimensión que merece por su crecimiento, la gravedad de las secuelas y la falta de atención a los afectados. Convertir el DCA en un hecho social conocido y capaz de movilizar a la sociedad.

- **Con respecto a los socios y entidades miembro**, su misión es la potenciación y defensa de los intereses comunes. Favorecer la generación de sinergias y aumentar la capacidad, calidad y difusión de las actividades y servicios de cada uno de sus miembros, de manera que se posibilite la mejor consecución de sus objetivos.

En otras palabras, la misión del movimiento asociativo que representa FEDACE consiste en mejorar la calidad de vida de las personas con daño cerebral y la de sus familias. Esta misión se concreta en la labor de las entidades que la forman: las asociaciones de daño cerebral, que cada día se esfuerzan en el desarrollo de servicios de apoyo, rehabilitación e inserción social de este colectivo.

Las asociaciones de daño cerebral comenzaron a crearse a finales de los años 80. Los motivos fueron las carencias asistenciales en los ámbitos sanitario y social, así como la falta de atención a las familias.

La mayoría inicia su andadura como grupos de ayuda y foros donde denunciar las carencias y reivindicar la creación de servicios sociosanitarios para atender al daño cerebral. El carácter de apoyo mutuo y reivindicativo sigue siendo el elemento motor en la constitución de nuevas asociaciones, lo que denota que todavía existen grandes carencias de asistencia y reconocimiento de derechos que hacen necesario este movimiento.

**Las asociaciones que forman FEDACE** se extienden por todo el territorio del Estado Español. Cada asociación ajusta su actividad a los recursos disponibles y la especificidad de su ámbito de actuación territorial, definiendo así su propio camino específico para cumplir la misión. Sin embargo, todas coinciden en trabajar para un colectivo cuyas necesidades y contextos vitales conocen muy de cerca, y esto exige el máximo de sensibilidad, cualificación y búsqueda de la excelencia.

Para FEDACE y el movimiento que representa, el carácter reivindicativo sigue estando muy presente en su actividad. Es preciso convertir la credibilidad social en factor de influencia que contribuya a mejorar la atención al DCA. El movimiento asociativo del daño cerebral quiere estar presente y hacer oír su voz allí donde se definan modelos ó servicios para el daño cerebral y también formar parte de los órganos de seguimiento y control de la calidad de estos servicios. FEDACE plantea un asociacionismo que profundiza en los procesos de **calidad** y de **profesionalización**. Es decir, un modelo asociativo complementario en el que los familiares y/o socios junto con los profesionales constituyen un mismo proyecto

La trayectoria y la experiencia de FEDACE y las asociaciones muestra que los escasos avances siempre han sido producto de la colaboración entre la administración, los profesionales y las familias. Consideramos fundamental el desarrollo de plataformas de colaboración en las que, desde el respeto y la complementariedad, se logren resultados que permitan avanzar en el terreno de la definición ó la atención. Valga como ejemplo el trabajo realizado en la elaboración del modelo de Centro de Día que recoge este documento.

Una demanda recurrente del movimiento asociativo es garantizar la atención en todos los momentos y niveles que abarca el proceso del daño cerebral. De alguna manera, este estudio para la elaboración de un modelo de centro de día para DCA, puede servir de referencia para cubrir las carencias asistenciales, con cuyo desarrollo y supervisión se compromete el movimiento asociativo.

La oportunidad de este trabajo viene marcada por la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. El contenido de la Ley ratifica la necesidad de desarrollar recursos sociales y trabajar para equilibrar dispositivos de atención y avanzar en la construcción del cuarto pilar del estado de bienestar. La puesta en marcha de esta Ley puede significar el inicio de la cancelación de la deuda social con el DCA. Puede suponer un impulso para la creación de la red de servicios sociosanitarios de atención al daño cerebral.

La entrada en vigor de la Ley debe suponer la puesta en marcha de planes y modelos para la atención al daño cerebral lo que significa una conquista en el terreno de la implantación, desarrollo y el refuerzo de las políticas sociales. El movimiento asociativo del daño cerebral representado por FEDACE quiere recorrer este camino en colaboración con todos los sectores, desde su convencimiento y compromiso con la idea de que una *«Una vida salvada merece ser vivida»*.

## 11. EL PAPEL DEL CENTRO ESTATAL DE ATENCIÓN AL DAÑO CEREBRAL (CEADAC)

Hasta la fecha de creación del CEADAC en enero del año 2002, no existían en nuestro país recursos públicos dirigidos a la rehabilitación integral de personas afectadas de Daño Cerebral Adquirido. Es por ello que surge la idea de crear una iniciativa estatal de referencia con el fin de promover en todos los territorios del Estado la rehabilitación socio-sanitaria y la mejora en la calidad de vida de los discapacitados y sus familias.

En la Administración Central asume este reto el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en uso de las competencias que le confiere la Ley Orgánica 9/1992 en su artículo 16.2 y siguiendo pautas bien contrastadas en otros países avanzados se crea por Orden Ministerial 55/2002 de 8 de Enero, el Centro Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC), con sede en Madrid y con una doble misión:

- Centro especializado para la atención directa a personas con daño cerebral y sus familiares y,
- Centro de referencia para la promoción y el apoyo técnico a otros recursos en el marco de una planificación integrada.

El CEADAC es un recurso estatal de carácter monográfico, especializado para la rehabilitación sociosanitaria, integral e intensiva de personas con lesión cerebral adquirida grave y no progresiva, de cualquier etiología, cuyos programas tienen una duración determinada en régimen ambulatorio o de internado.

Se trata de poner a disposición de las personas afectadas y de sus familias una serie de servicios específicos que llevarán a cabo actividades durante todo el año, donde las personas afectadas puedan ser atendidas por profesionales especializados y sus familiares, o cuidadores, puedan recibir información, formación y asesoramiento sobre la lesión cerebral y compartir impresiones con otras familias así como con los profesionales y expertos en estas materias.

En su calidad de Centro de Referencia Estatal, promocionará recursos (servicios, equipamientos, métodos y técnicas de intervención, etc.) y pondrá a disposición de las Instituciones y profesionales que trabajen en la atención del daño cerebral adquirido:

- Un Servicio de Información y Documentación,
- de un Plan de Formación de Especialistas,
- y un Servicio de Consultoría y Asistencia Técnica.

La puesta en funcionamiento de una red de Centros de día para personas con daño cerebral adquirido en situación estabilizada, dependientes de las Comunidades Autónomas y las Corporaciones locales, permitiría que el trabajo realizado en el Centro de Estatal de Atención al Daño Cerebral tenga una continuidad.





# *Cuarta parte*

CONCLUSIONES



Para finalizar este documento, a continuación se exponen las principales conclusiones extraídas de este trabajo, las cuales se organizan en los siguientes puntos:

1. El recurso denominado Centro de Día es un dispositivo de atención diurna, cuyo objetivo principal es la atención y el cuidado del usuario, para contribuir a la mejora continua de la autonomía funcional y social, mediante la combinación de las actividades rehabilitadoras y la convivencia en grupo como marco de referencia.
2. La característica fundamental de un Centro de Día es que cubre la atención en una franja horaria aproximada de 10:00 a 17:30 horas, de lunes a viernes y dispone de servicio de transporte y comedor para los usuarios. Además ofrece la atención individualizada y global encaminada al entrenamiento de las capacidades personales, para la normalización de su vida y la de su entorno familiar.
3. El objetivo general de un Centro de Día es el de mejorar la calidad de vida de los usuarios mediante el desarrollo de su autonomía personal y la funcionalidad; al mismo tiempo que dota de estructura y contenido su vida diaria para la participación e integración social.
4. La atención y la intervención en un Centro de Día se sustenta en los principios de:
  - Normalización,
  - integración,
  - individualización y
  - profesionalización.

Tiene como valores fundamentales:

- La atención a la cronicidad,
  - la intervención integral y coordinada,
  - la integración en la sociedad y,
  - la familia como sistema que hay que tener en cuenta y que a su vez debe ser atendido.
5. Las personas beneficiarias de un Centro de Día serían aquellas que tras sufrir un DCA y, una vez finalizada la fase de rehabilitación, presenten problemas de reinserción social y familiar; y estén en posesión de un Grado de Minusvalía igual o superior al 33%.
  6. La revisión realizada de este tipo de dispositivos en nuestro país ha puesto en evidencia que los recursos específicos son muy escasos y puntuales, en comparación con la población que presenta daño cerebral en la actualidad. Por tanto, no responden a la necesidad del conjunto las personas afectadas por daño cerebral adquirido.
  7. Según esto las personas afectadas por DCA, pueden ser atendidas en centros de carácter mixto junto con otras patologías neurológicas afines, generalmente caracterizadas por discapacidad física grave. Esto podría tener como resultado la no consideración de las áreas cognitivas y conductuales en su atención. También pone de manifiesto la necesidad de un sistema de valoración que permita conocer las necesidades reales de los usuarios con DCA, acorde con sus secuelas a todos los niveles, basadas en las discapacidades y no en los déficit.
  8. Son mayoría las personas afectadas que no pueden acceder a un dispositivo específico. Es entonces la familia, en el propio domicilio, quien se hace cargo de los cuidados con todo lo que conlleva. Esto deja patente la necesidad de creación de dispositivos de esta naturaleza, para cubrir el nivel de atención en la etapa de mantenimiento y cuidado del estado general.
  9. El Centro de Día deberá adecuar sus recursos a las necesidades de los usuarios que atienda, en relación al nivel de dependencia física y cognitiva, así como sus servicios y programas de atención.

10. El funcionamiento del centro estará regido por un reglamento interno y un procedimiento para la tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones. Si bien los usuarios del centro como clientes de los servicios que se les oferta tienen una serie de derechos y obligaciones.
11. Tras la incorporación del usuario al centro se realiza una valoración desde todas las áreas (funcional, socio-familiar, neuropsicológica y médica) para el establecimiento de los objetivos específicos del plan individual de atención (PIA). Además se establece una programación para el seguimiento a medio y largo plazo; se asignará un terapeuta de referencia, quien coordinará el caso y la información.
12. La metodología de trabajo se desarrolla por un equipo interdisciplinar que se complementa con diferentes figuras profesionales: neuropsicólogo, logopeda, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, trabajador social, técnicos de integración social, entre otros. El equipo trabaja de forma coordinada planteándose unos objetivos comunes.
13. La oferta de servicios de atención directa se dirige tanto hacia el usuario como a su familia.

Los servicios que se dirigen al usuario se enmarcan en las siguientes áreas:

- Autonomía y funcionalidad,
- interdisciplinar,
- ocupacional,
- integración comunitaria y,
- ocio y tiempo libre.

Mientras que los servicios que van dirigidos a la familia se recogen en cuatro niveles diferentes:

- Información,
- formación,
- asesoramiento, e
- intervención psicológica.

14. Este trabajo se dirige al estudio y marco de referencia de uno de los recursos más necesarios en la atención al daño cerebral, los centros de día. Sin embargo, a su vez es imprescindible garantizar la atención continuada creando una red de servicios que atiendan a esta población y equilibren las carencias de atención. Para su buen dinamismo y funcionamiento sería fundamental la creación de vías de derivación y que ninguna persona se encuentre desatendida.

Ante la detección de las carencias en la atención continuada a las personas con daño cerebral adquirido, se planteó una comisión paralela para la elaboración de un «Modelo de Atención a las personas con daño cerebral». Se recomienda también su lectura para un conocimiento más exhaustivo, acerca de la realidad de esta población y de sus necesidades desde una visión global e integradora.

15. La realización de este trabajo pone de manifiesto la necesidad de otros dispositivos de atención a patologías más específicas, aunque siempre derivadas del daño cerebral, como las alteraciones conductuales graves, los estados de coma, las personas mayores de 65 años que se encuentran en residencias de tercera edad, entre otros.
16. Abordar la realidad laboral de las personas con discapacidad derivada de un DCA también tiene que ser una prioridad. A la luz de la experiencia que ha sido mencionada en el texto, los Centros de DÍA podrían introducir una perspectiva más dinámica e introducir, siempre y cuando sea posible, Programas específicos de Inserción laboral.
17. Para el adecuado funcionamiento de un Centro de Día y la prestación de un servicio de alta calidad, es

necesario tener en cuenta tanto la infraestructura necesaria, como cultivar la filosofía de la organización funcional y técnica, el equipo humano y el trabajo en equipo.

18. Se han de establecer sistemas y procesos que garanticen la calidad de los servicios. Documentos como el presente podrían ser una herramienta para establecer indicadores de los criterios de acreditación (para la apertura de centros, condiciones, estándares de calidad).
19. Para finalizar este trabajo, hay que destacar que es visible el creciente interés y la sensibilidad hacia el daño cerebral adquirido, bien por parte de los organismos públicos, como por las entidades que trabajan para la mejora de la calidad de vida de este grupo de población.

Todo esto, junto con la aprobación de la Ley de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención de las Personas en situación de Dependencia, hace que el IMSERSO promueva esta nueva iniciativa de elaborar un documento marco que diseñe uno de los servicios de atención a la dependencia y a la discapacidad que constituyen el cuarto pilar del sistema del bienestar. Uno de los recursos sociales por excelencia: los Centros de Día para personas con daño cerebral.



## COLECCIÓN DOCUMENTOS

### Serie Documentos Técnicos

- 21001. La accesibilidad del transporte en autobús: diagnóstico y soluciones.
- 21002. La accesibilidad del transporte en autobús: diagnóstico y soluciones. CDROM.
- 21003. La accesibilidad de los programas intergeneracionales.
- 21004. La accesibilidad de los programas intergeneracionales. CRDOM.
- 21005. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave.
- 21006. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. CDROM
- 21007. Modelo de atención a las personas con daño cerebral.
- 21008. Modelo de atención a las personas con daño cerebral. CDROM.
- 21009. Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidades de servicios.
- 21010. Calidad y dependencia. Grados de dependencia y necesidades de servicios. CDROM.
- 21011. Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer.
- 21012. Malos tratos a personas mayores y personas en situación de dependencia. Curso.
- 21013. Malos tratos a personas mayores. Aportación española a los avances internacionales.
- 21014. Modelo de Centro de Día para personas con daño cerebral adquirido.





MINISTERIO  
DE TRABAJO  
Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE SERVICIOS SOCIALES,  
FAMILIAS Y DISCAPACIDAD

