



Buenas Prácticas
MODELO Y AMBIENTE

Implementación de un Modelo de Intervención Asistencial en los Programas de Promoción de Autonomía Personal de los personas usuarias que reciben atención en el Ceadac



**CENTRO
DE REFERENCIA
ESTATAL DE
ATENCIÓN AL
DAÑO CEREBRAL**



Inmaculada Gómez Pastor (directora gerente)
Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño
Cerebral (IMSERSO)

Resumen

El Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral es un recurso sociosanitario público para la promoción de autonomía personal y la atención integral e interdisciplinar de usuarios con daño cerebral adquirido y sus familias. Esta Buena Práctica desarrolla un modelo de intervención desde la perspectiva de la planificación centrada en la persona.

Se trata de un trabajo encuadrado en dos estrategias: 1. Planificación de actividades de la vida diaria: de los buenos días a la imagen personal; 2. Acompañamiento a la persona usuaria y a su familia en su proceso rehabilitador.

FECHA DE INCORPORACIÓN A LA RED:
09/08/2016

FECHA DE ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN:
09/08/2016

ÁMBITO DE ACTUACIÓN:
Servicios o programas de atención e intervención.

LUGAR:
Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral del IMSERSO (Madrid). Ámbito estatal

GRUPO DE POBLACIÓN AL QUE SE DIRIGE:
Personas con Daño Cerebral Adquirido en adelante (DCA).

Justificación

Las personas con DCA precisan unos apoyos diferentes a los de otras poblaciones con discapacidad. Es importante considerar sus peculiaridades con el fin primordial de mejorar su calidad de vida.

Objetivos

Objetivo general:

- Desarrollar un modelo de intervención desde la perspectiva de la planificación centrada en la persona que permita un acompañamiento a la persona usuaria en su proceso rehabilitador.

Objetivos específicos:

- Situar a la persona usuaria en el centro de las intervenciones rehabilitadoras – desarrollando e implementando un modelo asistencial desde la perspectiva de la promoción de la autonomía de la persona usuaria y no solo el mantenimiento de sus cuidados.
- Incluir a todos y cada uno de los miembros del equipo asistencial para que se sientan partícipes del equipo de rehabilitación.
- Asumir un modelo transdisciplinar, donde cada profesional aporta en función de su cualificación técnica, categoría profesional, su experiencia y sus vivencias del día a día con la persona usuaria.
- Promover la continuidad y seguimiento de las pautas de rehabilitación y los cuidados.
- Potenciar la especialización en la atención de personas con DCA

Descripción, metodología y fases del proyecto

Esta Buena Práctica desarrolla un modelo de intervención desde la perspectiva de la planificación centrada en la persona. Se trata de un trabajo encuadrado en dos estrategias:

a) Planificación de actividades de la vida diaria: de los buenos días a la imagen personal. DE LOS BUENOS DÍAS A LA IMAGEN PERSONAL.

Esta estrategia se abordó como parte de un programa de acompañamiento y apoyo a los CREs para la implantación de un modelo de gestión basado en el paradigma “Calidad de Vida”.

Se creó un grupo de trabajo transdisciplinar en el que intervino personal de diferentes áreas del centro. Se desarrollaron dos ejes:

Eje 01: La persona y sus capacidades “Calidad de vida: La planificación centrada en la persona”

Eje 02: Organización y liderazgo “La persona como eje de las intervenciones y justificación de la institución”.

Para cada eje de actuación se definieron estrategias de intervención relacionadas con:

1º La persona y sus capacidades:

Estrategia: Derecho a la intimidad, el manejo de pertenencias propias y gestión de armarios.

Estrategia: Derecho a espacios personalizados y de intimidad.

2º La organización y su liderazgo:

Estrategia: En actividades de vida diaria AVD: Buenos días: el cuidado de la imagen personal (del aseo al vestirse)

Estrategia: La elaboración del plan personalizado de Apoyo y su seguimiento.

Para cada una de ellas se establecieron y desarrollaron:

- Objetivos generales o finalidad de la acción.
- Objetivos específicos.
- Acciones de desarrollo.
- Encargado de la acción.
- Recursos disponibles.
- Tiempo de ejecución
- Indicadores de evaluación.

Como resultado de la acción y a propuesta del grupo de trabajo se desarrolló una ficha de datos en el momento del ingreso relacionada con el espacio de vida, en el que se preguntaba sobre diez preferencias relacionadas a como quiere ser tratada en el centro, que nos permitían personalizar y actuar en consecuencia.

- ¿Cómo quieres ser llamado? (nombre, apodo, etc.)
- ¿Cómo te gusta que te despierten por la mañana?
- ¿Qué música te gusta?
- ¿Qué personajes son tus ídolos?
- ¿Te gusta que te abracen?
- ¿Cómo te gusta vestir?
- ¿Hay algo que molesta que hagan o digan? (en la comida, en el baño, etc.)
- ¿Qué preferencias en relación a la comida?, etc.
- Explícanos un sueño, ilusión
- Sexualidad, intimidad y otros...

Esta información sobre la persona usuaria nos permite individualizar los cuidados y centrar nuestras intervenciones en “La Persona” a partir de su individualidad, gustos y preferencias.

b) Modelo de Intervención Asistencial en los Programas de Promoción de Autonomía Personal de las personas usuarias que reciben atención en el Ceadac.

La acción se desarrolla en el modelo de intervención que aplicamos en el área asistencial del centro. A partir de la información inicial, resultados de las evaluaciones, los objetivos planteados y el tiempo estimado de tratamiento, desde el área asistencial, se trabaja en un modelo de acompañamiento a la persona usuaria y a su familia que va evolucionando y adaptando los cuidados y las intervenciones paralelas a su evolución, de forma que la aplicación y ejecución de los cuidados, la cobertura de sus necesidades y actividades básicas de la vida diaria van coordinadas con los objetivos de tratamiento.

Antes de cada intervención se valora:

- El desempeño de la persona en las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- El tipo de intervención / grado de ayuda / material / productos de apoyo.
- Identificar posibles problemas añadidos y riesgos / Caídas.
- Secuencias y tiempo de ejecución de actividad.
- Grado de cumplimiento de las pautas / seguimiento.

Las intervenciones se desarrollan en:

- La habitación
- El comedor
- Espacios de tratamiento.
- Acompañamiento en los desplazamientos entre terapias/orientación
- Talleres
- El entorno comunitario

Cada persona necesitará unas pautas específicas que serán conocidas por las auxiliares de enfermería (OAE's) y que se ejecutarán de forma verbal, mediante intervenciones directas, con mayor o menor ayuda física o supervisión de la actividad.

Como documentación de apoyo:

REGISTRO DE ACTIVIDADES EN LA VIDA DIARIA, cuidados sanitarios, pautas de evolución, pautas de manejo Cognitivo Conductual, etc.

El seguimiento de las intervenciones se realiza mediante información recogida de la base de datos, reuniones con los coordinadores de equipos (médicos rehabilitadores y neuropsicólogos), hoja de AVD, trabajo directo en la habitación, el comedor, áreas de tratamiento común, los períodos de descanso, etc.

Temporalización

El proyecto se realizó en varias fases, comenzando en el año 2010 y con continuidad en este momento.

Recursos

Se contó con una consultoría especializada para comenzar el proyecto y 12 profesionales del Ceadac, entre los que se encontraban Médico general, DUES, auxiliares, gobernanta, y que fueron coordinados por el Responsable de área asistencial. Luego se incorporaron terapeutas ocupacionales, para implementar el modelo de trabajo.

En este momento este modelo está asumido por todo el centro. Los materiales empleados fueron fichas elaboradas por el equipo, siendo muy importante la herramienta informática (APICE), que se utiliza habitualmente en el Ceadac como medio de gestión de contenidos, así como el material habitual de apoyo a las personas usuarias.

Evaluación y Resultados

Se desarrolló un grupo de trabajo, definiéndose objetivos generales y específicos así como recursos necesarios, tiempos de ejecución e indicadores de evaluación. Se ha demostrado la viabilidad técnica, sin embargo faltaría la económica.

Existen documentos de efectividad con análisis pormenorizados

Financiación

Como gasto extra solo supuso el contrato con la consultoría durante el primer año que incluyó asesoramiento, formación e implantación del modelo. El resto no ha supuesto gasto añadido al base del Centro.

Criterios destacados

CRITERIO DE PERTINENCIA

Principio de autonomía

El modelo desarrollado toma como eje principal los principios de intervención centrada en la persona y modelo de calidad de vida. Desde este encuadro se avanza en el acompañamiento de la persona para la consecución de su plena autonomía.

Principio de independencia

Mediante el desarrollo del modelo, ya que su objetivo principal es no solo la cobertura de sus necesidades básicas, sino la potencialización de todas sus capacidades con el fin de que la persona usuaria sea lo más parecida posible al momento antes de tener el daño.

Principio de participación

Desde el momento de inicio de aplicación de modelo se consensuan con la persona usuaria los programas de intervención, potenciando su participación de manera activa.

LIDERAZGO Y TRABAJO EN EQUIPO

La base de la atención a las personas usuarias es el trabajo transdisciplinar que se consigue mediante reuniones de intercambio y puesta en común utilizando una herramienta informática (APICE) diseñada precisamente para conseguir este objetivo.

Enlaces y Anexos

Anexos:

- Informe de Acción
- Presentación Jornada: Buenas prácticas en Servicios Sociales 15 y 16 de junio de 2016
Servicios Centrales del Imserso. Madrid

Puedes descargar los anexos pinchando [aquí](#).