

## **TÍTULO**

Protocolo de detección, evaluación, seguimiento y atención de personas en riesgo o en proceso de deterioro por envejecimiento

## **NOMBRE DE LA ENTIDAD**

Uliazpi (Organismo Autónomo de la Diputación Foral de Gipuzkoa)

## **FEDERACIÓN A LA QUE PERTENECE**

FEVAS

## **PROMOTOR DE LA BUENA PRACTICA**

Equipo Psicopedagógico de Uliazpi

## **PERSONA CONTACTO**

Pako Mendizabal Agirre, Coordinador Psicopedagógico

C/ Portuetxe, Nº 53-B, 1º, Local 112, 20018-San Sebastián

Correo electrónico: [pmendizabal@gipuzkoa.net](mailto:pmendizabal@gipuzkoa.net)

Teléfono: 943-005090

## **PERIODO EN EL QUE SE HA DESARROLLADO**

Desde el 2003 hasta la actualidad

## **OTROS DATOS QUE SE CONSIDEREN RELEVANTES**

Uliazpi atiende a personas con Discapacidad Intelectual (D.I) y Necesidades Generalizadas de Apoyo (N.A.G.) proporcionando, fundamentalmente, servicios de vivienda, atención de día y de respiro. Actualmente, la totalidad de las personas atendidas son adultas y, muchas de ellas, en fases relativamente avanzadas de su ciclo vital y, por tanto, en riesgo de presentar procesos de deterioro.

## **LA BUENA PRACTICA**

Se describe el protocolo de actuación ante situaciones de deterioro o riesgo de deterioro de las personas atendidas elaborado en Uliazpi con el objetivo de detectar, evaluar y atender adecuadamente las personas que, fundamentalmente, por su edad van perdiendo capacidades y autonomía en su vida cotidiana. Se trata, en concreto, de:

1. Identificar a las personas en posible proceso o en riesgo de deterioro, incluyendo a personas que presentan ya un proceso de deterioro y a personas mayores de 50 años y personas con Síndrome de Down mayores de 40 años que consideramos que pueden estar en situación de riesgo.
2. Evaluar y realizar un seguimiento a las personas identificadas:
  - a las personas en situación de riesgo se les hace un seguimiento especial basado en la observación continua y aplicándoseles las evaluaciones periódicas ordinarias,
  - a las personas en posible proceso de deterioro se les aplica anualmente (o con la periodicidad que se determine en cada caso) una prueba de evaluación de las habilidades adaptativas (ABS-RC 2 de Nihira, Leland y Lambert o similar). Asimismo se consulta con el equipo médico para un examen físico y neurológico,
  - a las personas sospechosas de presentar un proceso de demencia se les aplica una prueba para confirmar o descartar el mismo (DSDS de Gedye o similar).
3. Evaluar, diseñar e incorporar las adaptaciones oportunas a los programas individuales.
4. Aplicar las medidas y adaptaciones derivadas de la evaluación (modificaciones de rutinas, ritmos y actividades; pautas de cuidado, atención, salud y seguridad y adaptaciones, ayudas técnicas y recursos necesarios) para la adecuada atención de estas personas y sus posibles nuevas necesidades.

## **ANTECEDENTES**

Nuestra entidad atiende a personas con DI y NAG que pueden tener otros trastornos asociados (trastornos del espectro autista, discapacidad sensorial, motriz, trastornos mentales, problemas médicos, conductas problemáticas...). Como ya hemos adelantado, muchas de ellas tienen ya una edad relativamente avanzada. Así, por ejemplo, en algún grupo de convivencia concreto (de 12 personas) la media de edad es de 47-48 años. Aún realizando una completa evaluación médica, psicopedagógica y fisioterapéutica de las personas atendidas, no contábamos con pautas de seguimiento de las personas en proceso o riesgo de deterioro y veníamos actuando de manera reactiva a la aparición de situaciones de deterioro y pérdida de capacidades que nos obligaban a improvisar cambios en sus programas personalizados y planes de vida.

Por otro lado, son escasas todavía las experiencias de atención específica a los procesos de envejecimiento y deterioro y, además, son muy necesarias ya que debemos responder con urgencia a las nuevas necesidades que va planteando el envejecimiento de la población atendida en nuestras organizaciones.

## **DIAGNOSTICO Y VALORACION**

Constatado este envejecimiento progresivo de la población que atendemos y del deterioro de capacidades que ello conlleva, hemos considerado la necesidad de ser más proactivos y de implementar un protocolo para ir adaptándonos a las nuevas necesidades que estas personas están empezando a plantear.

Nos han servido de orientación y de modelo “Las normas para la evaluación y atención a las personas con demencia de tipo Alzheimer” citadas en el libro editado por Feaps “Hacia una cálida vejez”, las directrices dictadas por la Organización Mundial de la Salud (Healthy Ageing-Adults with Intellectual Disabilities), los principios de Edimburgo (2001) y los trabajos y documentos elaborados por la Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) y la Asociación Internacional para el Estudio Científico de la Discapacidad Intelectual (IASSID).

## **PROCESO SEGUIDO**

Nos hemos planteado los siguientes objetivos:

- Identificar a las personas en situación de riesgo de deterioro y en proceso de deterioro
- Evaluar a esas personas y hacer un seguimiento de su evolución
- Diseñar e incorporar adaptaciones a los programas individuales
- Reflexionar y aplicar medidas de adaptación de los centros y servicios

Hemos ido realizando las siguientes acciones:

- Grupo de trabajo específico
- Acciones formativas específicas
- Elaboración de un módulo de autoformación específico
- Elaboración de un protocolo específico
- Adaptar el proceso de planificación individual incluyendo el citado protocolo
- Reflexión multidisciplinar conjunta sobre la necesidad de adaptación de los programas, centros y servicios

En el marco de la Gestión por Procesos y dentro del Proceso de Planificación Individual y del sistema de Cuadro de Mando Integral tenemos identificados una serie de indicadores que nos ayudan a evaluar el seguimiento de las actuaciones que en este tema tenemos establecidas. Algunos de esos indicadores son los siguientes:

- número de personas mayores de 40, 50 y 60 años
- número de personas que cumplen los criterios para un seguimiento especial
- índice de personas a las que se realiza un seguimiento especial (evaluación periódica específica) respecto del total
- número de personas que utilizan silla de ruedas
- número de personas que presentan una gran dependencia...

### **NIVEL DE IMPLANTACION**

Consideramos que en el periodo de implantación ya hemos ido consiguiendo una serie de objetivos:

- se ha identificado a un total de 50 personas (aproximadamente el 20% de las atendidas en residencia y atención de día)
- se evalúa periódicamente (una vez al año o de acuerdo a la periodicidad que se estime oportuna en cada caso) a todas ellas
- se han introducido cambios en los programas individuales y en las rutinas y actividades diurnas
- se están probando tratamientos farmacológicos nuevos
- se están estudiando (y aplicando en algún caso) posibles cambios organizativos y físicos en los centros

Pensamos que la práctica de evaluación periódica y seguimiento constante con los consiguientes cambios en los planes individuales y en la vida cotidiana de la persona (si éstos son necesarios) está adecuadamente implantada y consolidada. Así lo atestiguan, entre otras posibles fórmulas de confirmación, el grado de satisfacción de los técnicos implicados y los informes positivos de las auditorías internas.

### **EVALUACION DE LA MEJORA**

La experiencia tiene un impacto directo y muy relevante en las personas con discapacidad intelectual y en sus familias puesto que implica un mayor conocimiento, sensibilidad y comprensión de las mismas, de los procesos de deterioro que van presentando y de la necesidad de adaptación de nuestras actuaciones. Esto último

también indica el importante impacto que tiene en la organización ya que se hace imprescindible una acomodación de nuestros centros, programas y servicios para incidir positivamente en su calidad de vida también en esta etapa del ciclo vital.

Una posible dificultad que anticipamos puede ser que el seguimiento específico que llevamos hoy en día afecta a un número relativamente “manejable” de usuarios de nuestros servicios pero en 10 años lo hará a un porcentaje tan alto que puede dificultar dicho seguimiento tal y como lo estamos llevando a cabo actualmente.

## **IDEAS CLAVE PARA OTROS EMPRENDEDORES DE ESTA BUENA PRACTICA**

Pensamos que tiene una posibilidad de transferencia muy alta a otras organizaciones ya que en principio es relativamente sencilla de aplicación y no implica costes económicos (salvo posibles adaptaciones arquitectónicas u organizativas significativas) o de personal muy grandes o adicionales. Por otro lado, es interesante ir planificando el futuro para que éste no nos “pille” con el trabajo sin hacer.

### **LO QUE SE DEBE HACER**

- Anticiparse a la situación
- Sensibilizar e implicar a todos los profesionales y a los familiares
- Promover la formación específica
- Adaptar nuestros servicios, apoyos y centros

### **LO QUE NO SE DEBE HACER**

- Actuar sólo de manera reactiva
- Dar respuestas homogéneas a personas distintas
- No implicar a profesionales y familiares

### **LO QUE NOS QUEDA POR HACER**

Esperamos que la práctica se consolide aún más, se pueda mejorar y siga provocando la necesidad de reflexión constante para la adaptación de nuestros servicios a las nuevas necesidades de las personas en proceso de deterioro. Debemos seguir el camino de la adaptación permanente de nuestros centros, programas, servicios y apoyos personalizados a las nuevas necesidades de las personas en proceso de deterioro o de demencia.

**OTROS COMENTARIOS, IDEAS, OPINIONES, SUGERENCIAS, CRITICAS,  
ALABANZAS, DUDAS, ESPERANZAS...**

Queremos hacer una llamada de atención para promover la investigación y la colaboración para compartir información y experiencias en este ámbito.