



JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD
Y BIENESTAR SOCIAL

PDITC

PROTOCOLOS
DE INTERVENCIÓN CON

**PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
Y TRASTORNOS GRAVES DEL COMPORTAMIENTO**

ENTIDADES Y PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO EN LA ELABORACIÓN DEL PRESENTE DOCUMENTO



COORDINACIÓN:

DIRECCIÓN GENERAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL.
JUNTA DE ANDALUCÍA.

Catalina Cobo Molina

ENTIDADES:

ASANSULL

Emilia Alcocer Martínez

CENTRO ASISTENCIAL SAN JUAN DE DIOS DE MÁLAGA

Petra Morente Castañeda

MATER ET MAGISTRA

Beatriz Naranjo Antúnez

PAZ Y BIEN

José Luis Gordillo García

Manuel Masegoza Palma

Marco Parrado Román

UNIVERSIDAD PABLO DE OLAVIDE

Rosa M^a Díaz Jiménez

ÍNDICE



PRESENTACIÓN	5		
INTRODUCCIÓN	7	PROTOCOLO 4:	53
Justificación	9	Alta programada.	
Metodología	11	Fase I: Preparación del traslado	54
Protocolos	16	Fase II: Acogida	55
		Fase III: Evaluación final	56
PROTOCOLO 1:	23		
Determinación de la PDITC que necesita un recurso específico.		PROTOCOLO 5:	
Fase I: Identificación de un problema conductual	24	Uso de medidas coercitivas.	
Fase II: Intervención	25	Planteamiento inicial	61
Fase III: Reorientación a un recurso específico	30	Procedimientos	62
		Recomendaciones de buenas prácticas	69
PROTOCOLO 2:	35	ANEXOS	70
Derivación a recurso específico.		GLOSARIO GENERAL	85
Fase I: Inicio del proceso	36		
Fase II: Preparación de las personas implicadas	36	DOCUMENTOS DE APOYO	
Fase III: Traslado	39	Informe multidisciplinar	95
		Informe psicológico	100
PROTOCOLO 3:	43	Informe social	104
Ingreso-Alta en residencia específica para la atención a la PDITC		Registro de incidencias de comportamiento	111
Fase I: Acogida	44	Plan de intervención individual (PII)	112
Fase II: Intervención	46		
Fase III: Alta	48	BIBLIOGRAFÍA	117

PRESENTACIÓN

Los “Protocolos de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento” responden a una necesidad detectada en la intervención desde los servicios sociales especializados con este grupo de población, la necesidad de mejorar su atención, la necesidad de afrontar mejor sus problemas de conducta en la red general de centros residenciales y de día, y la necesidad de dar un carácter temporal al uso de los dispositivos específicos para su atención.

Así, en colaboración con el personal técnico de atención directa de FEAPS, de otras entidades gestoras de recur-

sos, y algunos profesionales de otros ámbitos, la Dirección General de Personas con Discapacidad ha puesto en marcha una serie de medidas encaminadas a dar respuesta a estas necesidades, entre las que se encuentra la elaboración de estos protocolos y el desarrollo de un programa formativo para la difusión de los mismos.

De sumo interés ha sido el consensuar el protocolo sobre las medidas de contención a adoptar en los casos necesarios, por cuanto aporta claridad en un terreno que viene provocando mucha inseguridad entre el personal que trabaja en la red de centros.

No obstante, es evidente que siempre

será mejor hacer uso de apoyos conductuales positivos, desde la premisa de que el entorno tiene gran peso en estos trastornos de conducta.

Desde aquí doy las gracias a todas y a todos los profesionales que han intervenido en su elaboración, así como a las entidades en que trabajan.

Julio Samuel Coca Blanes

Director General de Personas con Discapacidad

INTRODUCCIÓN

1 JUSTIFICACIÓN

Llamamos conductas problema a aquellas que por su intensidad, duración o frecuencia afectan negativamente el desarrollo personal del individuo, así como a sus oportunidades de participación en la comunidad (Emerson, 1995).

Algunas personas con discapacidad intelectual las presentan en algunas fases de su vida, de forma más o menos duradera o recurrente, dependiendo de sus causas, finalidad, respuestas del entorno, etc..

Las necesidades de apoyo de las personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta, precisan de una intervención especializada, dife-

renciada, ajustada y regulada, ya que la interacción de éstas con su entorno suele plantear graves dificultades personales y de inclusión social y familiar. Estamos de acuerdo en que las intervenciones deben ser rápidas, especializadas y que den respuestas a las particularidades de cada caso, ya que la heterogeneidad de las personas incluidas en esta denominación y los cambios acontecidos en cada una de ellas en distintos momentos de su vida, son muy grandes.

Sin embargo, hasta ahora, en el mejor de los casos una persona que tiene estas características ingresa en una RGA para personas con discapacidad intelectual y graves y reiterados trastornos del comportamiento (en adelante PDITC), pero con frecuencia allí permanece durante mucho tiempo, por las dificultades que tiene su salida.

En esto queremos trabajar, es nuestra determinación identificar y abordar

las dificultades que hacen que una persona que ha ajustado su comportamiento, continúe en una Residencia cuya razón de ser es el tratamiento de los trastornos de conducta. Pero si ya no hay trastornos de conducta, ¿qué se trabaja con ella?, ¿por qué tiene que ocupar una plaza que otra persona necesita? ¿por qué resistirse, desde otras Residencias no específicas a recibir a estas personas?.

Entre algunos de los argumentos que se reconocen como amenaza a esta temporalidad destacan:

- El temor a la imposibilidad de retomar el caso tras el alta por parte de los profesionales de la residencia para PDITC. La gran demanda de este tipo de recurso hace impensable recuperar la atención de estas personas a corto-medio plazo en caso de recaída.
- La tranquilidad que produce en un servicio de estas características el

manejo de las conductas de un usuario o usuaria que ya es conocido/a.

- La idea de que sin el contexto de la residencia para PDITC se reproducirán de nuevo los trastornos de conducta.

- La gran reticencia por parte de las familias por miedo a perder una plaza con la que casi por primera vez han podido comprobar como su familiar tiene una mejoría considerable.

- Los temores de otros centros incluidos dentro de la red de recursos para personas con discapacidad intelectual a recibir a una PDITC, para lo que no se “sienten preparados”.

- La opinión del usuario/a que al sentirse mejor no quiere marcharse del recurso.

Por otro lado, el Decreto 246/2003, de 2 de septiembre, por el que se regulan

los ingresos y traslados de personas con discapacidad en centros residenciales y centros de día, en su artículo 3.1,b), dice:

“Residencias para personas con graves y continuados problemas de conducta: Centros de alojamiento que atienden de forma integral, con carácter temporal, a aquellas personas...”

Si bien toda la normativa previa a la promulgación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a la Dependencia, está en fase de actualización y adecuación al nuevo sistema, el problema del que hablamos tiene la misma entidad.

Con una norma u otra, intentaremos que el uso de los recursos específicos para PDITC, sea el menor posible y durante el menor tiempo posible.

De ahí que como en la presentación se ha dicho, esta Dirección General

haya puesto en marcha medidas encaminadas a que una persona ocupe un recurso especializado para el tratamiento de los trastornos de conducta todo el tiempo que lo precise, pero sólo el tiempo que lo necesite (**TEMPORALIDAD**).

Una de estas medidas es la elaboración de estos PROTOCOLOS de actuación que orienten los procesos y unifiquen las actuaciones de todos los agentes implicados (**UNIFICACIÓN DE CRITERIOS DE ACTUACION**).

Consideramos que lo que pueda llevar a los profesionales a hablar un mismo lenguaje en la atención de las PDITC va a beneficiar a estas personas, de forma independiente al lugar en el que se encuentren.

Por lo tanto los objetivos de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social se concretan en:

- Mejorar la atención a las personas con discapacidad intelectual y graves

INTRODUCCIÓN

y reiterados trastornos del comportamiento.

- Unificar criterios de actuación
- Prevenir la institucionalización indefinida en Residencias especializadas para TC.

2 METODOLOGÍA

La finalidad de esta iniciativa ha exigido tener en cuenta el contexto de aplicación de los protocolos. Para ello, en su elaboración, la Dirección General de Personas con Discapacidad ha generado un proceso de producción/participación utilizando dos estructuras básicas: un equipo piloto y un equipo de consulta.

Ambos equipos se han conformado siguiendo criterios estructurales, no descartando una muestra representativa en el equipo de consulta. Así, los

miembros de los equipos han compartido el criterio de estar vinculados a entidades públicas y privadas (fundamentalmente asociaciones sin ánimo de lucro), titulares de centros y o servicios para personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta, con experiencia en intervención con el grupo poblacional al que se orientan los protocolos.

La dirección del proceso ha estado a cargo de una Asesora Técnica de la Dirección General, que ha coordinado el proceso y moderado el trabajo de los grupos.

Asimismo, la Dirección General ha contado con el asesoramiento de profesionales especializados en todo el proceso: de la Fiscalía, de la Consejería de Salud, y de la Universidad, cuyas aportaciones metodológicas, judiciales e interdisciplinares han sido de gran valor.

El equipo piloto (producción):

La Dirección General conformó el equipo piloto como grupo de discusión, con seis profesionales (3 mujeres y 3 hombres) con niveles de decisión en centros/servicios para PDITC, que han elaborado borradores de los protocolos, una profesora de la Universidad Pablo de Olavide con experiencia en el sector de la discapacidad, y la Asesora Técnica de la Dirección General que ha dirigido el proceso.

Criterios de selección del equipo (8 miembros):

- Diferentes perfiles profesionales
- Diferentes provincias
- Diferentes ámbitos de intervención (servicios sociales, salud, académico)
- Diferentes tipos de centros y servicios.
- Paridad de género.

Tareas

El trabajo se ha dividido en diversas partes:

1. Elaboración y presentación de borradores de los cinco protocolos.
2. Elaboración y presentación de herramientas y anexos.
3. Diseño y presentación de herramientas metodológicas del proceso.
4. Análisis y diseño del documento piloto (documento base para la consulta a otras personas).
5. Análisis y sistematización de las aportaciones del equipo de consulta.

El Trabajo se ha realizado a tres niveles: individual, grupal (tres seminarios presenciales) y virtual (trabajo

en red mediante la configuración de un grupo de correo activo en todo el proceso).

Producción:

Se han producido diversos documentos preliminares:

- Guía de elaboración de protocolos.
- Documento piloto (Incluyendo información básica del proceso y los borradores de los cinco protocolos)
- Anexos generales (Informe social específico, informe psicológico específico, PII (programa de intervención individual), informe multidisciplinar, glosario general y bibliografía específica)
- Cuestionarios para consulta de entidades.
- Informe consulta entidades.

- Protocolos de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos graves del comportamiento (PDITC)

El equipo de consulta (participación)

Con esta estructura se ha canalizado la participación de una muestra paritaria en cuanto al género y estructuralmente representativa de profesionales implicados en procesos de intervención con personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta, mediante un cuestionario auto-cumplimentado.

INTRODUCCIÓN

Criterios para elaborar la muestra de consulta (24 entidades y/o profesionales):

Profesionales de centros de todas las provincias andaluzas	<i>Mínimo 1 profesional por provincia, normalmente 2 o 3 profesionales por provincia.</i>
Entornos rurales	<i>6 centros de localidades andaluzas con menos de 10.000 habitantes</i>
Entornos urbanos	<i>9 centros de capitales de provincia o localidades de más de 10.000 hab.</i>
Entorno judicial	<i>Fiscal para personas con discapacidad de Sevilla.</i>
Diferentes perfiles profesionales	<i>Trabajadoras sociales, psicólogos/as, médicos/as, licenciados/as en derecho, fiscales y psiquiatras, cuidadores y educadores.</i>
Diferentes niveles de intervención	<i>Directores/as de centros, coordinadores de equipos, monitores/as, técnicos/as, técnicos/as de valoración y de planificación.</i>
Entorno académico/investigación	<i>Responsables de proyectos de investigación, universidades</i>
Entorno Servicios Sociales especializados	<i>Centros de atención a PDI(RA, RGA, UED)</i>
Entorno Salud Mental	<i>Entidades representativas de personas con enfermedad mental.</i>
Entorno Salud	<i>Consejería de Salud</i>
Entorno específico para PDITC	<i>Centros de atención a PDITC</i>
Entorno bioética	<i>Profesionales cualificados en bioética</i>
Centros públicos y privados.	<i>Centros del entorno Feaps, de la Junta de Andalucía, de Diputaciones provinciales, y servicios de la Consejería para la Igualdad y Bienestar social.</i>

Competencia:

Valoración general de los protocolos y aportaciones específicas al documento piloto.

Tarea:

El grupo de consulta ha recibido información del proceso por parte de la Dirección General, y una invitación formal a participar en el mismo. Se le remitió el documento elaborado por el equipo piloto y cinco cuestionarios para consulta de entidades que devolvieron cumplimentados a la Dirección general.

- **Cuestionario 1**, referente al protocolo nº 1 sobre determinación de la PDITC que necesita un recurso específico.

- **Cuestionario 2**, referente al protocolo nº 2 para derivación a recurso específico.

- **Cuestionario 3**, referente al protocolo nº 3 de atención en el ingreso y alta en residencia específica para la atención a la PDITC..

- **Cuestionario 4**, referente al protocolo 4 de alta programada.

- **Cuestionario 5**, referente al protocolo 5 sobre el uso de medidas coercitivas (protocolo de contención en recurso específico)

Cada cuestionario ha tenido la siguiente estructura:

A. Valoración global del protocolo, que ha permitido contar con su opinión respecto a si era completo o no, si era viable, es decir, si se podía implantar de forma razonable, si se ajustaba al contexto, o sea, a las interacciones concretas entre las personas con discapacidad y el tipo de entidades y centros en Andalucía; si

era comprensible y si se consideraba que podía permitir el cumplimiento de los objetivos generales que se plantea la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social con estos protocolos: mejorar la atención a las personas con discapacidad intelectual y graves y reiterados trastornos del comportamiento, unificar criterios de actuación y prevenir la institucionalización indefinida en Residencias especializadas para TC.

B. Aportaciones específicas. En este apartado se pretendió validar los objetivos y actividades propuestas y, en su caso, recoger las aportaciones específicas de los agentes consultados.

C. Otras aportaciones. Opinión personal y/o sugerencias sobre cualquier aspecto del proceso en el momento del mismo al que hace referencia el protocolo.

INTRODUCCIÓN

Fases y calendario de trabajo

Fases
1. Diseño y preparación del proceso - Selección y constitución del equipo producción - Recogida e intercambio de información
2. Elaboración del documento piloto - Redacción individual de cada protocolo. - Seminarios de contraste y análisis. - Coordinación y seguimiento metodológico. - Redacción del Documento piloto.
3. Consulta a entidades - Información y consulta a través de cuestionarios. - Seminario análisis de la participación. - Informe sobre consulta a entidades.
4. Protocolos de intervención PDITC - Redacción del documento definitivo.

De enero a junio de 2009					
E(01)	F(02)	M(03)	A(04)	M(05)	J(06)
■					
■					
	■	■	■		
	■	●	■		
	■	■	■		
			■	■	
				■	
					■

- Se han celebrado tres seminarios a cargo del equipo de producción: los días 4 de marzo, 23 de marzo y 19 de mayo

3 PROTOCOLOS

Para determinar cuáles son los protocolos que necesitamos, nos hemos basado en los distintos procesos que se dan desde que una persona requiere atención especial por la gravedad de sus trastornos de conducta hasta que los ha superado (o mejorado).

Para cada proceso hemos determinado criterios claros, sencillos e identificables que nos permitan saber lo que tenemos que hacer en cada momento y evaluar estas actuaciones en el futuro.

Las personas con discapacidad intelectual a menudo presentan necesidades de apoyo en las diferentes áreas de su vida, más o menos generalizados. Proporcionar los apoyos adecuados corresponde al personal

de cada centro en el que resida.

Los protocolos que se proponen son:

1.-Determinación de la PDITC que precisa un recurso específico.

2.-Protocolo de derivación a Centro especializado.

3.-Protocolo de ingreso-alta en Residencia Especializada para la atención de PDITC

4.-Protocolo de alta programada o derivación.

5.- Protocolo sobre el uso de medidas coercitivas (contención en recurso especializado).

Los principios reguladores de todos ellos son:

1º Capacidad de unir aspectos teóricos y prácticos sobre la atención

ofrecida a la PDITC.

2º Veracidad en la descripción de la PDITC sin engrandecer ni minimizar los problemas de comportamiento ni sus consecuencias.

3º Ser Tranquilizador para la familia y la PDITC sometida al cambio. Debe ofrecerles seguridad y control en el proceso.

4º Participación, debe asegurar la participación de la PDITC en todo el proceso de cambio y, en su caso, también a la familia.

5º Debe asegurar que la PDITC ha interiorizado el proceso en el que está inmersa y es consciente de los cambios que está viviendo (en la medida de sus capacidades).

6º Coordinación entre la RA/ RGA, la Residencia Especializada para la atención de PDITC y la Administración responsable.

INTRODUCCIÓN

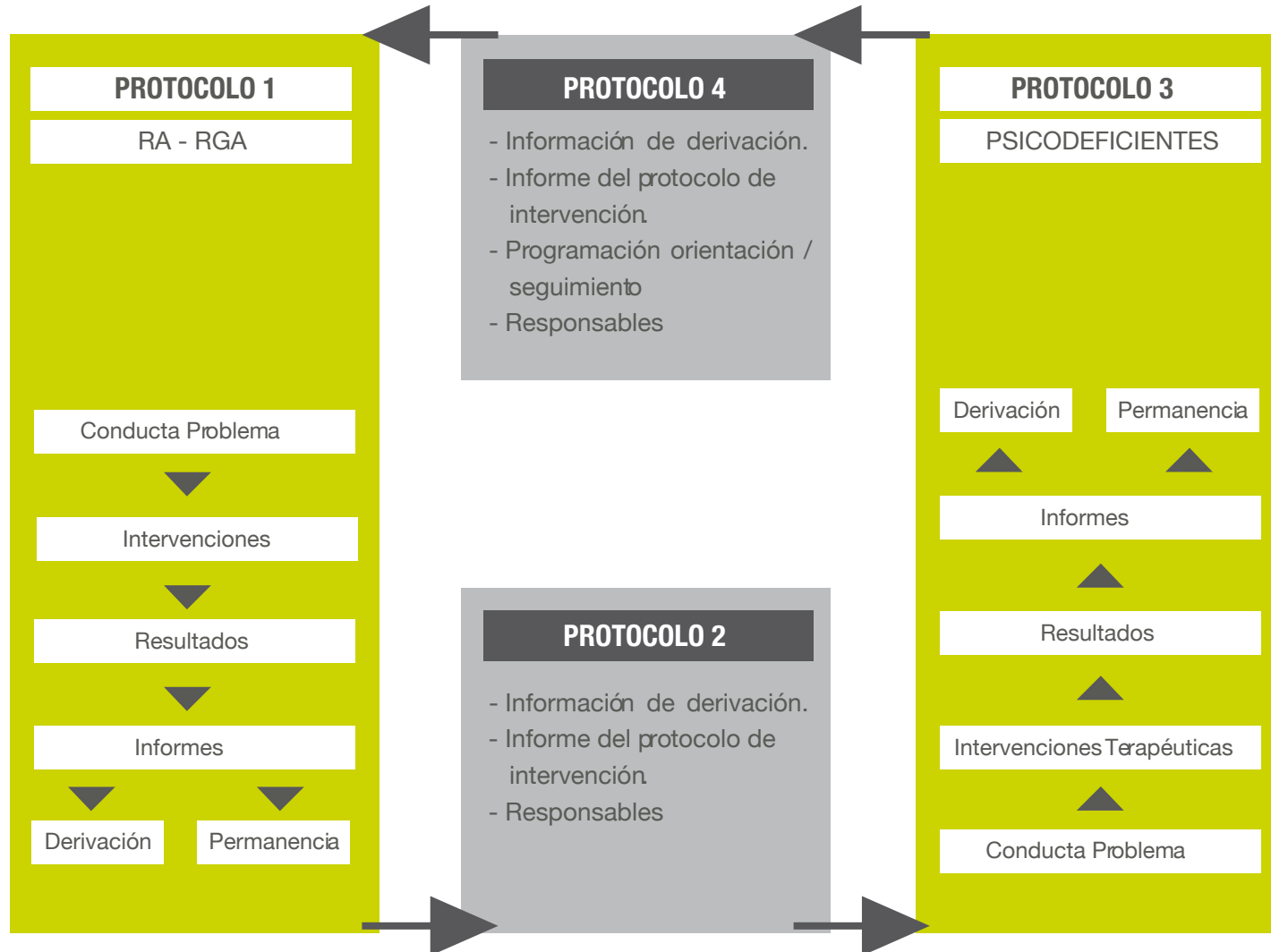
7º Colaboración entre todas las personas involucradas en este proceso en pro de ofrecer una atención de calidad a la PDITC

Por último, se ha incluido cómo proceder con las llamadas medidas coercitivas, que implican el uso de algún grado de fuerza física ante las conductas de riesgo y suponen una restricción de derechos de la persona residente, intervenciones que a menudo se plantean como necesarias e inevitables, ante el fracaso de otro tipo de actuaciones y/o la existencia de un riesgo cierto e inminente.

El uso de tales medidas viene condicionado, por tanto, como un elemento específico del trabajo en estos Centros, pero también por la obligación legal que, en la condición de guarda de hecho de quienes están en la Residencia, se tiene para preservar su seguridad física, psíquica y jurídica.

Las implicaciones legales que tales intervenciones tienen, y su complejidad de ejecución, hacen recomendable que su uso esté protocolizado en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

En definitiva, con estos protocolos tratamos de orientar actuaciones profesionales en la red de centros, red que ha ido creciendo de forma considerable, y por lo tanto, el número de personas en ellos atendidas, para garantizar la participación de las personas con discapacidad, sus derechos, poniendo especial atención en un grupo especialmente vulnerable y necesitado de ser apoyado y atendido con calidad...



PROTOCOLO #1
DETERMINACIÓN DE LA PDITC
QUE NECESITA
UN RECURSO ESPECÍFICO

DETERMINACIÓN DE LA PDITC QUE NECESITA UN RECURSO ESPECÍFICO

El proceso comprende las siguientes fases:

I. Identificación de un Problema Conductual:

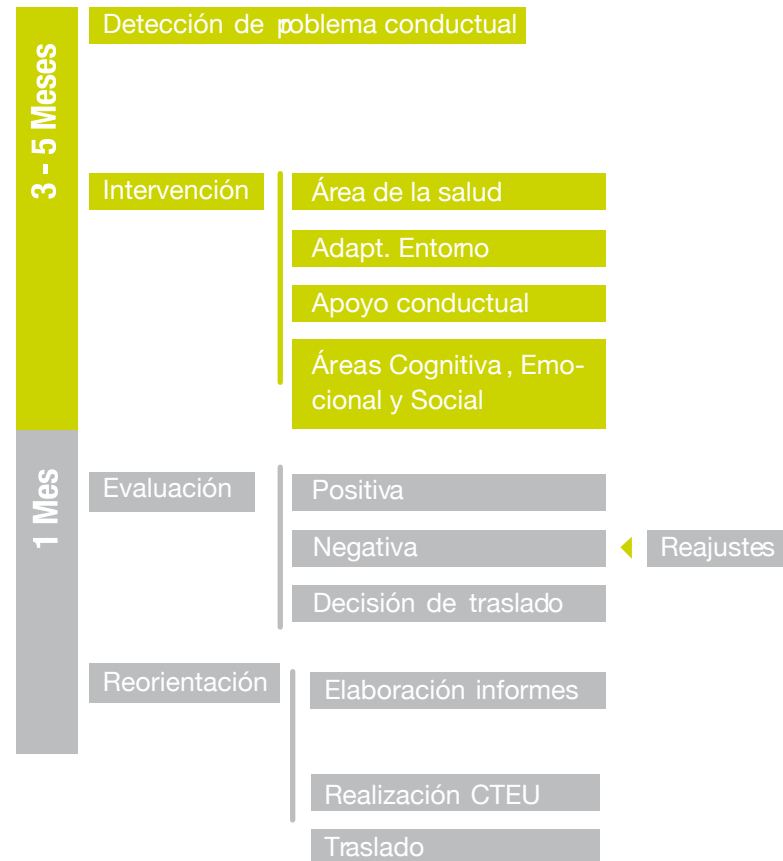
se tiene conocimiento del problema conductual y se establece la necesidad de intervenir sobre la conducta del usuario o usuaria.

II. Intervención:

se desarrolla todo el proceso, interviniendo básicamente en 4 áreas: salud, entorno, emociones y habilidades y conducta.

III. Reorientación:

tiene lugar únicamente cuando la intervención no ofrece resultados positivos y es necesaria la atención temporal en un centro específico de atención a los trastornos de conducta



DETERMINACIÓN DE LA PDITC QUE NECESITA UN RECURSO ESPECÍFICO

I. IDENTIFICACIÓN DE UN PROBLEMA CONDUCTUAL

Objetivos

- IDENTIFICAR UNA CONDUCTA PROBLEMA

Actividades

El personal del centro o la Familia comunica al personal técnico la repetición de una conducta que por su intensidad, duración o frecuencia esté afectando negativamente el desarrollo personal de un/a usuario/a.

Actividades Recomendadas

El centro aborda en su plan de formación los problemas de conducta.

Indicadores de Evaluación

Porcentaje de personas con conductas problema identificadas.

Objetivos

- ESTABLECER UNA ACTUACIÓN ACORDE CON LA SITUACIÓN

Actividades

El Equipo Técnico del centro se reúne y realiza una primera valoración del caso, en base a la información recibida y a una primera observación o entrevista con el/la usuario/a, valora la necesidad de una intervención.

Si es necesaria una intervención se abre un registro diario personal del usuario/a que rellenaran los/as profesionales que lo atiendan en cada turno de trabajo, haciendo hincapié en la información más relevante según el problema conductual (las pautas y conductas de alimentación, si es un trastorno alimenticio, las del sueño, si es trastorno del sueño, el control de esfínteres, etc.)

Se recoge información de la conducta (intensidad, duración, frecuencia, consecuentes, antecedentes) en soporte físico (tablas, registros, ejemplos, situaciones).

Se recoge información general de la

persona en las diferentes áreas: habilidades, preferencias, salud, calidad de vida, relaciones sociales, autodeterminación, acceso a actividades, inclusión en la comunidad...

Actividades Recomendadas

El Personal con formación sobre trastornos de conducta, adapta y transmite al personal de base la información necesaria para el trabajo diario.

El centro cuenta con algún soporte físico donde registrar de forma general los sucesos que no son habituales (partes de incidencias, diario de comunicación...) que identifican la fecha y firma de la persona cuidadora, la incidencia, la intervención y el resultado.

Se levanta acta de las reuniones de Equipo Técnico.

Se comienza un seguimiento del caso, se elaboran informes periódicos.

DETERMINACIÓN DE LA PDITC QUE NECESITA UN RECURSO ESPECÍFICO



Se informa a la familia/tutores legales de las conductas-problema y de la intervención que se va a iniciar.

Indicadores de Evaluación

Nº personas con intervención conductual en relación al nº de personas identificadas >75%

Porcentaje de personas que cuentan con registro diario y tablas de registro de la conducta de las que requieren intervención conductual >80%

II. INTERVENCIÓN

Objetivos

- DESCARTAR UNA BASE ORGÁNICA DEL COMPORTAMIENTO

Actividades

Solicitar estudio y valoración en Salud Mental, informar al / a la psiquiatra de la conducta, la frecuencia, la duración, el contexto en el que se produce, los posibles desencadenantes y el grado de peligrosidad de la conducta.

Solicitar revisión general al/ a la médico/a de atención primaria, y al resto de especialistas si procede (neurología, internista, cardiología...) para descartar cualquier patología física; solicitar pruebas y analíticas complementarias.

Si existen cambios en la medicación observar y registrar los cambios en las conductas del usuario/a meticulosamente y comunicarlos al/ a la médico/a.

Actividades Recomendadas

Establecer mecanismos de comunicación y seguimiento entre el centro y los servicios de salud mental que atienden a la persona:

- o Establecer pautas de actuación ante crisis.
- o Medicación “de rescate” (se utilizará ante determinados síntomas)
- o Asistencia al centro de los servicios

de emergencias para valoración de la situación.

o Derivación a centro Hospitalario si procede.

Se recogen originales o copias de todos los informes médicos y las pruebas complementarias y se guardan en el expediente individual del usuario/a.

Se proporciona una asistencia sanitaria adecuada a las necesidades del usuario/a.

La familia/tutores legales del usuario/a están informados y/o le acompañan a los diferentes especialistas.

Indicadores de Evaluación

Nº de informes diagnósticos en relación al nº de casos intervenidos. >75%

Objetivos

- ADAPTAR EL ENTORNO PARA OFRECER LOS APOYOS NECESARIOS PARA REDUCIR EL PROBLEMA CONDUCTUAL

DETERMINACIÓN DE LA PDITC QUE NECESITA UN RECURSO ESPECÍFICO

Actividades

Nos reorganizamos para afrontar la nueva situación, nos adaptamos siempre que sea posible

- **ACTIVIDADES:** revisamos las actividades en las que participa la persona, las cambiamos si procede, se instauran actividades nuevas, se adaptan las actividades a las necesidades de la persona, se le prestan los suficientes apoyos...

- **TIEMPOS:** adaptamos los horarios a las necesidades de la persona, horarios básicos de alimentación, higiene y sueño, tiempo de permanencia en las actividades según la capacidad de atención, reducción /ampliación si es necesario del tiempo compartido con otros/as compañeros/as...

- **ESPACIOS:** introducción o transformación de los elementos necesarios para minimizar las conductas –problema y sus impactos

- **RELACIONES CON LOS PROFESIONALES:** Fomentar las buenas prácticas, facilitando un modelo de referencia adecuado para las personas usuarias.

Actividades Recomendadas

El personal técnico traslada al personal de base de forma comprensible las pautas a seguir, las modificaciones y adaptaciones necesarias, el personal de base comparte la información y el conocimiento de la persona y sus conductas con el personal técnico.

Se informa al usuario/a y a sus familiares o tutores legales de los cambios previstos. El/la usuario/a y la familia participa en la medida de sus posibilidades en estos cambios.

Indicadores de Evaluación

Nº de cambios en la programación individual del usuario/a en relación a actividades, tiempos y espacios.
>75% de las intervenciones

Objetivos

- **INTERVENIR SOBRE LA CONDUCTA MEDIANTE APOYO CONDUCTUAL POSITIVO**

Actividades

Identificar qué función o funciones cumplen las conductas que se desarrollan. Realizar un análisis funcional.

Trabajar de forma que la conducta pierda interés por ser ineficaz.

Fomentar la adquisición de conductas con la misma función pero socialmente más adecuadas.

Elaborar un Plan de Apoyo Conductual y recogerlo por escrito por el personal Técnico y el personal de apoyo psicopedagógico en base a las siguientes pautas:

o Observar sistemáticamente las conductas a trabajar/modificar.

o Registrar mediante tablas los an-

DETERMINACIÓN DE LA PDITC QUE NECESITA UN RECURSO ESPECÍFICO



tecedentes (qué origina la conducta, qué ocurre inmediatamente antes, quién interviene, dónde se encuentra...)

o Registrar los consecuentes (qué consecuencias tiene la conducta, cómo se actúa, se refuerza, se extingue...)

o Registrar la Frecuencia, la Intensidad y la Duración de las conductas.

o Identificar posibles reforzadores a utilizar (gustos, preferencias, personas afines, situaciones en las que la conducta es positiva, entornos favorecedores...)

o Establecer las Técnicas de Modificación de Conducta más apropiadas según la persona y el caso: refuerzo positivo, extinción, tiempo fuera, economía de fichas, refuerzo diferencial de conductas incompatibles, de otras conductas o de la conducta positiva opuesta...

o Implicar a todos los agentes: es necesario recoger el Plan de Apoyo Conductual de forma clara y accesible y debe llevarse a cabo de forma sistemática por todas las personas que tengan contacto con el/la usuario/a: familia, terapeutas, personal de Atención Directa, compañeros/as, resto de personal del centro...

Actividades Recomendadas

El personal técnico traslada al personal de base de forma comprensible las pautas a seguir, actuaciones y técnicas a emplear.

Se informa al usuario o usuaria y a su familia/tutores legales de las técnicas utilizadas, se acuerda un plan de trabajo en casa y se ofrece a la familia pautas para continuar con el plan de apoyo conductual cuando estén con su familiar.

El usuario/a conoce y acepta en la medida de sus posibilidades estas intervenciones (información, anticipa-

ción, consenso, búsqueda de las técnicas más adecuadas a la persona, acuerdos)

El plan de apoyo conductual está elaborado y recogido por escrito y tiene en cuenta los valores de la persona, respeta su dignidad y acepta sus preferencias y aspiraciones

Indicadores de Evaluación

Nº de planes de apoyo elaborados en relación al nº de personas con problemas de conducta identificados o en relación al nº de personas derivadas a centro específico

>75%

Objetivos

- INTERVENIR SOBRE LAS ÁREAS NECESARIAS: COGNITIVA, EMOCIONAL Y SOCIAL.

Actividades

Buscar apoyo psicológico si el centro cuenta con posibilidad de terapia, si el usuario/a tiene asistencia sanitaria

DETERMINACIÓN DE LA PDITC QUE NECESITA UN RECURSO ESPECÍFICO

privada, si la familia puede proporcionarla, si la persona usuaria puede pagarla...

Actividades Recomendadas

El centro cuenta, realiza o adquiere material de apoyo para el trabajo en estas áreas (fichas, libros, actividades, proyecciones, juegos).

Indicadores de Evaluación

Nº de usuarios/as que reciben apoyo psicológico >50%

Objetivos

- ENSEÑAR NUEVAS HABILIDADES Y CONDUCTAS ALTERNATIVAS SOCIALMENTE MÁS ACEPTABLES.

Actividades

Desde el centro, propiciar la reflexión, el autocontrol, trabajar las emociones, la ira, la rabia, la resolución de conflictos, la empatía, la tolerancia a la frustración, las habilidades sociales... con aquellas personas que cognitivamente dispongan de la suficiente ca-

pacidad mediante actividades, fichas, trabajos, simulaciones, audiovisuales (adaptaciones hasta niveles de 1, 2 y 3 años).

Actividades Recomendadas

El centro cuenta, realiza o adquiere material de apoyo para el trabajo en estas áreas (fichas, libros, actividades, proyecciones, juegos).

Indicadores de Evaluación

Incremento porcentual del nº de visitas y salidas con familiares y amistades con respecto a períodos anteriores.

Objetivos

- HACER PARTÍCIPE DEL PROCESO AL USUARIO/A Y PROPORCIONARLE HERRAMIENTAS DE AUTOCONTROL

Actividades

Evaluar la respuesta comunicativa del usuario/a y las necesidades de intervención en esta área.

Trabajar las necesidades afectivas y emocionales de la persona.

Actividades Recomendadas

Se identifican compañeros/as y personas de referencia que puedan ayudar al trabajo en las diferentes áreas.

Se realiza intervención familiar si se considera necesario.

Indicadores de Evaluación

Nº de actividades en las que participa el usuario/a en relación al nº de actividades que organiza el centro.

Nº de entrevistas realizadas al usuario/a y/o su familia/tutores legales y conclusiones recogidas por escrito.

Objetivos

- REALIZAR UN SEGUIMIENTO EFICAZ DE LA EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA CONDUCTUAL.

DETERMINACIÓN DE LA PDITC QUE NECESITA UN RECURSO ESPECÍFICO



Actividades

Establecer reuniones periódicas de las diferentes personas implicadas en la intervención.

A través de estas reuniones coordinar los esfuerzos que requiere el desarrollo de un plan de apoyo y decidir en el equipo, de acuerdo a los datos recogidos, si es necesario hacer alguna modificación del plan.

Tras los primeros 3 meses de intervención solicitar una comisión de seguimiento para valorar la evolución del caso. En todo momento la familia estará informada del proceso.

Realizar los ajustes y modificaciones necesarios al Plan de Apoyo Conductual mientras está en uso.

Actividades Recomendadas

Se levanta acta de las reuniones de seguimiento.

En las reuniones de seguimiento par-

ticipan trabajadores del personal de atención directa implicados en la ejecución del Plan de Apoyo

Se recogen datos de análisis y control (diagramas, estadísticas, registros...)

Indicadores de Evaluación

Nº de reuniones de seguimiento de problemas de conducta llevadas a cabo por año. Mínimo 4 reuniones anuales del equipo técnico completo.

Objetivos

- EVALUAR LA EFICACIA DEL PLAN DE APOYO CONDUCTUAL.

Actividades

Establecer las áreas de evaluación de la eficacia del plan de apoyo (p. ej.: Disminución de la gravedad, frecuencia, intensidad, riesgo y nivel de interrupción de la conducta)

Especificar en un compromiso del equipo qué aspectos evaluar (qué tipo de información se va a recoger),

cómo evaluar esos aspectos (cómo se va a recoger esa información) y para qué se evalúan esos aspectos (cómo utilizar la información recogida para tomar decisiones).

Incluir una lista de conductas que han sido registradas y establecer formularios y procedimientos de resumen de los datos obtenidos (ej. Gráficos) para compartir con el resto del equipo.

Constatar si hay un descenso de la frecuencia de las conductas problemáticas y si se puede seguir trabajando obteniendo resultados positivos

Actividades Recomendadas

Teniendo en cuenta las áreas de evaluación de la eficacia del plan de apoyo, el equipo de apoyo debe evaluar los progresos para ver:

- Si la persona ha aprendido habilidades nuevas.
- Comprobar si las nuevas habilida-

DETERMINACIÓN DE LA PDITC QUE NECESITA UN RECURSO ESPECÍFICO

des se utilizan en distintos contextos.

- Ver si la frecuencia de la conducta problemática ha descendido a niveles tolerables.
- Comprobar si ha mejorado la calidad de vida de la persona y su familia.
- Constatar que la persona, su familia y otros profesionales están satisfechos con el plan de apoyo y con los resultados que se están obteniendo.

Indicadores de Evaluación

Nº de intervenciones con resultado positivo del total de las realizadas >40%

Nº de personas que tras una intervención no necesitan ser reorientadas del total de las intervenidas

III. REORIENTACIÓN A UN RECURSO ESPECÍFICO

Objetivos

- DETERMINAR LA NECESIDAD DE DERIVACIÓN A UN CENTRO ESPECÍFICO DE TC

Actividades

Valorar traslado a un recurso específico si tras 6 meses de trabajo, la persona responde negativamente a la intervención en las diferentes áreas, las conductas-problema no disminuyen o aumentan, si se producen situaciones de emergencia o la cobertura sanitaria no es adecuada.

Actividades Recomendadas

Se informa a la familia/tutores legales y a la persona usuaria en la medida de sus posibilidades de la existencia de centros específicos de atención a TC y de los servicios que prestan. Se les hace partícipes del proceso tanto como a la persona con discapacidad.

Indicadores de Evaluación

Nº de expedientes completos en relación al nº total de reorientaciones. >80%

Se cumplen los plazos temporales de detección, intervención, evaluación y reorientación

Objetivos

- REORIENTAR A LA PERSONA A UN CENTRO ESPECÍFICO DE ATENCIÓN A TC

Actividades

Se comprueba que la persona cumple los requisitos mínimos para la derivación a un centro específico:

- Persona con Discapacidad Intelectual y Diagnóstico Clínico de Trastorno Grave de Conducta o del Comportamiento que suponga un riesgo para sí mismo o para los demás. INFORME DE SALUD MENTAL

- Que responda negativamente a una intervención previa (Fase 2). PLAN DE APOYO CONDUCTUAL

- Que dificulte o interrumpa gravemente el funcionamiento del centro. INFORME DEL EQUIPO TÉCNICO.

Solicitar a la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y

DETERMINACIÓN DE LA PDITC QUE NECESITA UN RECURSO ESPECÍFICO



Bienestar Social (CIBS) una Comisión Técnica para reorientación a centro específico, aportar un informe del Equipo Técnico del centro de la situación actual del/de la usuario/a, breves antecedentes y motivos por lo que se solicita la reorientación.

Realizar en la Comisión exposición de motivos, entrega de informes detallados, definición del recurso más apropiado, baremo.

Recibir la resolución de traslado de la CIBS, e informar de ello a la persona y/o su familia/tutores legales, si existe plaza en el recurso apropiado.

Realizar el traslado siguiendo el protocolo nº2.

Actividades Recomendadas

Se recoge toda la información sobre el proceso (documentación, fechas, personas, administraciones y centros implicados...) se elaboran informes de seguimiento.

Indicadores de Evaluación

Se cumplen los plazos temporales de detección, intervención, evaluación y reorientación

Nº de familias/tutores legales de acuerdo con la reorientación en relación al nº de reorientaciones.

PROTOCOLO #2
DERIVACIÓN A
RECURSO ESPECÍFICO

DERIVACIÓN A RECURSO ESPECÍFICO



En este protocolo se establecen las pautas a seguir en la derivación de la PDITC desde el Centro específico a la Residencia especializada para el abordaje de los trastornos de conducta.

Consta de tres fases:

I. Inicio del proceso

II. Preparación de las personas implicadas

III. Traslado

DERIVACIÓN A RECURSO ESPECÍFICO

I. INICIO DEL PROCESO

Objetivos

- ASEGURAR QUE EL TRASLADO DE CENTRO DE LA PDITC SE REALIZA MEDIANTE UN PROCESO CENTRADO EN LA PERSONA

Actividades

1º Recepción en el centro de origen (CO) de la resolución de traslado y asignación de plaza a la persona con PDITC.

2º Envío de Informes y Documentación al Centro Específico para Trastorno de Conducta, que va a recibir al/ a la usuario/a: Informe Social, Psicológico, de Salud, Psiquiátrico y de Intervención. (Ver anexos modelos de informes)

3º Identificación en el CO y en el centro de destino (CD), del personal técnico responsable del proceso de traslado.

4º Coordinación telefónica entre centros.

Actividades Recomendadas

1º Actitud de cooperación – colaboración en reuniones de coordinación entre el personal técnico de los tres servicios que intervienen: Administración, centro de origen y centro de destino.

2º El personal técnico designado ha de tener la máxima información sobre la PDI y la máxima disponibilidad para relacionarse con el otro centro.

Indicadores de Evaluación

Porcentaje de expedientes que se envían completos al Centro especializado. >80%

¿Se designan personas responsables en cada caso? ¿Sí?. ¿No?. ¿Por qué?

Porcentaje de casos en los que existe coordinación entre el personal técnico de ambos centros. >70%

II. PREPARACIÓN DE LAS PERSONAS IMPLICADAS

PREPARACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TRASTORNOS DE CONDUCTA

Objetivos

- ASEGURAR Y PROMOVER LA PARTICIPACIÓN DE LA PDI EN CADA UNA DE LAS FASES DEL PROCESO DE TRASLADO

Actividades

1º Comunicar la noticia del traslado explicando los motivos que han dado lugar a esta decisión.

Procuraremos situarnos en un contexto de ayuda, donde la medida tomada es un apoyo para la superación del problema de conducta que ahora presenta.

Evitaremos que la PDI se sienta culpable del traslado o tenga sentimientos negativos respecto a la medida tomada.

DERIVACIÓN A RECURSO ESPECÍFICO

Ofreceremos una actitud positiva y de seguridad respecto a lo que vamos a hacer.

2º Realizar cuantas entrevistas sean necesarias para asegurar que la información ha sido comprendida.

3º Ofrecer datos de su nuevo lugar de residencia: Nombre del centro, localidad, descripción del entorno físico, descripción del centro, de las actividades que allí se realizan y del grupo de convivencia.

4º Enfatizar el carácter temporal de la medida. Asegurar el paso transitorio por el centro específico.

5º Hablar sobre las condiciones que rigen el retorno a una residencia, buscando su motivación y colaboración con el tratamiento que emprenderá. Ayudarles a predecir los acontecimientos y la relación con su conducta e implicación.

6º Preparar con la PDI el traslado al Centro Específico, teniendo en cuenta sus opiniones al respecto.

7º Recoger por escrito las expectativas y opiniones de la PDI, e incluirlas en los informes de derivación

Actividades Recomendadas

1º Asegurar la comprensión: En todo momento tendremos en cuenta que la información ofrecida a la PCDI ha estado a su nivel cognitivo – afectivo, para ello nos podemos valer de material de apoyo como fotografías, vídeos... del nuevo centro o del traslado. También podemos apoyarnos en ejemplos de compañeros/as que hayan sido trasladados o hayan pasado por una experiencia similar. Comprobaremos que toda la información ha sido entendida

2º Anticipación: Hay que ofrecer a la PDITC, claves de lo que va a ocurrir y ayudarles a predecir y anticipar los acontecimientos. Esto les ayudará a

entender y, por tanto, a su tranquilidad, cuando se enfrenten a la nueva situación

3º Facilitadores: Dispondremos de facilitadores para el traslado. Usaremos un sistema motivacional que favorezca el interés por el cambio. Por ejemplo, le hablaremos de aquellas personas o cosas que puede encontrar a su llegada a la nueva residencia y que le gustan mucho. Este sistema motivacional puede ser intrínseco o extrínseco al lugar de recepción, (por ejemplo que tenga playa si ésta le gusta o que el centro le prepare a su llegada la comida que más le gusta.)

Indicadores de Evaluación

Nº de entrevistas realizadas en la preparación de la PDITC para el cambio que va a vivir. Mínimo 2.

Grado de aceptación, comprensión y colaboración de la PDI, en el traslado. Mínimo 5 puntos de valoración sobre 10

DERIVACIÓN A RECURSO ESPECÍFICO

Grado de satisfacción de los profesionales que intervienen.
>6 puntos sobre 10

Porcentaje de expedientes en los que se recogen las expectativas y opiniones de la PDI en el informe de derivación
>70%

PREPARACIÓN DE LA FAMILIA

Objetivos

- PROMOVER LA MÁXIMA COLABORACIÓN Y APOYO FAMILIAR EN EL TRASLADO DE LA PDI.

Actividades

1º- Preparación de la información que vamos a ofrecer a la familia.

2º Entrevista a la familia e informar sobre los motivos del traslado, la temporalidad del mismo, las características del centro de destino.

3º Se facilitarán datos relevantes del

nuevo centro: profesional de referencia, teléfono, dirección ...

Actividades Recomendadas

1º En la preparación de dicha información tendremos en cuenta:

La naturaleza y frecuencia de la relación con la persona con DI.

Los deseos de la persona con DI de informar a su familia o de buscar su apoyo.

De la naturaleza de la relación con el CO y del grado de colaboración con el mismo..

2º Si es posible por parte de los centros, se puede plantear una visita previa al C.D. en la que estén presentes, ambos centros, la PDI y la familia.

Indicadores de Evaluación

¿Se prepara anticipadamente la intervención de la familia en el proceso?

¿Sí. ¿No?

Porcentaje de familias que colaboran en el proceso

Porcentaje de familias que participan con alto nivel de calidad en la colaboración.

PREPARACIÓN DEL GRUPO DE ACOGIDA

Objetivos

- CREAR EN EL GRUPO DE PERSONAS UN AMBIENTE ADECUADO PARA LA ACOGIDA, DONDE LA NUEVA PERSONA USUARIA SE SIENTA ACEPTADA, DESDE EL PRIMER DÍA.

Actividades

1º Comunicaremos al grupo de usuarios y usuarias del centro de destino, la llegada de la nueva persona, preparando su acogida

Actividades Recomendadas

1º Comunicaremos al grupo la llegada de un/a nuevo/a compañero/a. Ofreceremos su nombre, edad y fecha de llegada (si se sabe).

DERIVACIÓN A RECURSO ESPECÍFICO

2º Destacaremos aspectos de la persona que pueden ayudar a la integración con el grupo (aficiones comunes, intereses...).

3º Daremos instrucciones claras de lo que esperamos del grupo: amabilidad, actitud abierta...

4º Solicitaremos su colaboración en la acogida y buscaremos un/a compañero/a que sea su referente en este proceso ayudándole en:

- o La presentación del resto de compañeros y personal del centro.
- o Visita de las instalaciones.
- o Acompañamiento en las actividades de la vida diaria: comedor, ocio ... durante los primeros días.

Indicadores de Evaluación

1º El grupo de acogida, ¿conocía la llegada del/de la nuevo/a compañero/a?.

2º Ha habido un referente que lo acompañe durante los primeros días? ¿Sí. ¿No? ¿Por qué?

3º Grado de satisfacción del grupo de acogida con la preparación de la llegada del /de la nuevo/a compañero/a.

III. TRASLADO

Objetivos

- PROCEDER AL TRASLADO DE LA PDITC AL CENTRO DE DESTINO, SEGÚN LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS.

Actividades

1º Proceder al traslado de la PDI en las condiciones establecidas en las fases anteriores: día, hora, persona acompañante ...

2º Llegada al centro: entrega de equipaje y expediente administrativo completo.

3º Despedida – Acogida de la persona,

Actividades Recomendadas

1º Reunión entre ambos centros para

ultimar detalles en la coordinación de los últimos días.

2º Dejar abierta las posibilidades de colaboración – coordinación entre centros.

Indicadores de Evaluación

Porcentaje de traslados que se realizan según las condiciones establecidas >60%

Grado de satisfacción de la PDI con el traslado >40%

Grado de satisfacción de los profesionales (y de la familia en el caso que proceda) con el proceso de traslado >60%

PROTOCOLO #3
INGRESO-ALTA EN
RESIDENCIA ESPECIALIZADA
PARA LA ATENCIÓN DE PDITC

INGRESO-ALTA EN RESIDENCIA ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE PDITC



Este protocolo recoge las intervenciones de la residencia especializada durante el tiempo que la persona permanece en ese recurso. Consta de las siguientes fases:

I. ACOGIDA

VALORACIÓN PREVIA AL INGRESO: Valorar la información recibida de la PDITC para establecer las actuaciones previas al ingreso que favorezcan una rápida y óptima adaptación al recurso.

INGRESO Y ACOGIDA INICIAL A LA PERSONA Y FAMILIARES:

Realizar una acogida interdisciplinar que permita la comprensión de la situación de ingreso y el conocimiento inicial del recurso, con el objetivo de facilitar la adaptación a éste. Establecer vías de comunicación y colabora-

ción con los familiares creando alianzas que favorezcan su implicación en la intervención.

ACOGIDA DEL USUARIO O USUARIA TRAS EL INGRESO:

Realizar un recibimiento individualizado, con especial atención a las variables emocionales.

II. INTERVENCIÓN

EVALUACIÓN INICIAL Y ELABORACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL (PII):

Realizar una evaluación que permita establecer un Plan de Intervención Individualizado (PII).

PROCESO DE EVALUACIÓN CONTINUA DEL PII :

Establecer un procedimiento que garantice la evaluación continua del PII y su reformulación en caso necesario. Determinar las vías para comunicar la evolución del PII a los agentes implicados (PDITC, familiares, CIBS)

III. ALTA

CRITERIOS PARA EL ALTA TÉCNICA:

Evidenciar la presencia de criterios para el alta, así como los condicionantes externos que favorecerán el éxito de ésta.

INFORMAR DE LA DECISIÓN DE ALTA A TODOS LOS AGENTES IMPLICADOS EN EL PROCESO:

Dar a conocer la decisión de alta y sus condicionantes a todos los agentes implicados, e iniciar los trámites necesarios para que el alta sea efectiva.

INGRESO-ALTA EN RESIDENCIA ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE PDITC

I. ACOGIDA

VALORACIÓN PREVIA AL INGRESO

Objetivos

Valorar la información recibida de la PDITC para establecer las actuaciones previas al ingreso que faciliten la integración progresiva al recurso.

Actividades

Se reciben los informes procedentes de las Delegaciones Provinciales de la CIBS y/o de los recursos derivantes.

El equipo técnico del centro hace una primera lectura y valoración del caso, determinando la adecuación de la información aportada.

En caso necesario se solicita información complementaria.

Se designa al profesional responsable del proceso de ingreso, que se encargará de hacer viable éste, estableciendo las comunicaciones necesarias.

Se hace un análisis de la demanda.

Se informa a todos los profesionales

de las características principales del futuro ingreso, anticipando posibles estrategias de actuación respecto a éste.

Actividades Recomendadas

Establecer el número de contactos necesarios con el recurso derivante, mediante los medios disponibles: llamadas, correos electrónicos, visitas, etc. para el intercambio de información. Esta comunicación debe quedar abierta para realizar cuantas consultas sean necesarias durante el proceso de adaptación.

Informar y preparar a los usuarios y usuarias sobre la llegada de un/a nuevo/a compañero/a, ofreciéndoles datos de la persona y otros aspectos que favorezcan la integración en el grupo (aficiones e intereses comunes, etc.).

Realizar una ficha o informe escrito con las características de la nueva persona usuaria.

Indicadores

Número de reuniones que se realizan con los diferentes profesionales del centro para dar información o establecer estrategias previas respecto al futuro ingreso. >1

INGRESO Y ACOGIDA INICIAL DE LA PERSONA USUARIA Y SUS FAMILIARES

Objetivos

Realizar una acogida interdisciplinar que permita la comprensión de la situación de ingreso y el conocimiento inicial del recurso para facilitar la adaptación a éste.

Establecer vías de comunicación y colaboración con los familiares creando alianzas que favorezcan su implicación en el proceso de acogida y futuras intervenciones.

Actividades

El equipo técnico acoge al/a la usuario/a y su familia, y en todo mo-

INGRESO-ALTA EN RESIDENCIA ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE PDITC



mento se explica a éstos el sentido del ingreso, transmitiendo serenidad y seguridad.

Se exploran expectativas respecto al ingreso, tanto de la PDITC como de sus familiares, y se aclara el carácter temporal del ingreso.

El personal técnico responsable del nuevo ingreso recabará la información necesaria, que no esté previamente recogida en los informes de derivación, y que sea necesaria para iniciar el proceso de intervención.

De forma clara y en lenguaje comprensible se brinda información sobre el Centro y se hace entrega de la Normativa de Funcionamiento.

Se comunica, por escrito, el nombre de los profesionales de referencia así como las vías de contacto con éstos y las responsabilidades que cada uno asume.

Se le ofrece a la familia pautas generales durante el periodo de adaptación referidas a visitas, contacto telefónico, etc.

Se les muestra las dependencias de las que hará uso: habitación, comedores, sala de visitas, talleres y se les informa de otros espacios y servicios del Centro.

Facilitar una despedida no traumática, atendiendo a las variables emocionales tanto del/de la persona usuaria como de la familia, acordando un próximo encuentro.

Se cumplimentan los trámites administrativos necesarios: recepción de los documentos originales (DNI, certificado de minusvalía y de pensiones, etc.); firma de consentimientos informados, ingreso involuntario, resolución PIA, etc.

Se explica y entrega a la familia el Contrato de Ingreso para su lectura y

posterior firma.

Actividades Recomendadas

Siempre que sea posible se aportarán documentos escritos que faciliten la comprensión de la información transmitida verbalmente. Por ejemplo: Manual de acogida del Centro; Programación de Actividades; Normas de convivencia; Derechos y Obligaciones del/ de la persona usuaria; etc.

Indicadores

Número de reuniones que se realizan para la acogida (al menos una).

Porcentaje de familias que asisten a la entrevista de ingreso.

Porcentaje de PDITC que participa en la entrevista de ingreso.

Número de personas a las que se abre expediente en el momento de ingreso. >60%

Número de personas a las que se

INGRESO-ALTA EN RESIDENCIA ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE PDITC

asigna, en el ingreso, profesionales responsables del caso >70%

Número de contratos de Ingreso que se firman y entregan en el primer mes del total de los ingresos >60%

ACOGIDA DEL/ LA USUARIO/A TRAS EL INGRESO

Objetivos

Realizar un recibimiento individualizado, con especial atención a las variables emocionales.

Actividades

Se acompaña a la persona usuaria a la dinámica habitual.

Se le presenta a los demás profesionales y usuarios/as, que siguen potenciando la acogida y favoreciendo la adaptación.

Se hace un seguimiento minucioso durante las primeras 48 horas de ingreso para valorar posibles reacciones adversas a éste.

Actividades Recomendadas

Siempre que sea posible se establecerá un grupo (o una persona) de acogida de entre los usuarios y usuarias afines a la nueva persona que ingresa. A este grupo o persona se le ofrecerán datos del nuevo o nueva residente (nombre, edad, preferencias, etc.) y se le pedirá que mantengan una actitud de acogida y amabilidad ante ésta para favorecer su adaptación. Algunas de las actividades en las que podrían colaborar son: presentación del resto de compañeros/as y personal del centro; mostrarle las instalaciones; acompañamiento, durante los primeros días, en las actividades de la vida diaria (comedor, ocio, etc.).

Indicadores

Número de personas que se incorporan a las actividades terapéuticas en la primera semana tras el ingreso >50%

Número de personas que se incorporan a las actividades de ocio en la

primera semana tras el ingreso >60%

Número de medidas de contención que son necesarias aplicar en las primeras 48 horas tras el ingreso.

II. INTERVENCIÓN

EVALUACIÓN INICIAL Y ELABORACIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL (PII)

Objetivos

- REALIZAR UNA EVALUACIÓN QUE PERMITA ESTABLECER UN PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO (PII).

Actividades

Cada profesional del equipo (psiquiatra/psicólogo/a; médico/a; enfermero/a; trabajador/a social; etc.) realiza una evaluación que permita la elaboración del Plan de Intervención Individualizado (PII). Este se realiza atendiendo a todas las dimensiones de la persona, y se consensúa de for-

INGRESO-ALTA EN RESIDENCIA ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE PDITC



ma interdisciplinar. El P.I.I. debe incluir:

1. Definición de las conductas problema atendiendo a variables como frecuencia, intensidad, contextos, desencadenantes, pródromos, etc.
2. Situación de riesgo real o potencial (respecto a la salud, integridad física y sexual, etc.)
3. Descripción de las habilidades adaptativas conservadas y potenciales.
4. Formulación de los objetivos de intervención acorde a las necesidades detectadas en cada área, teniendo en cuenta las variables individuales y contextuales.
5. Los objetivos de intervención se priorizarán atendiendo a variables de seguridad, gravedad y repercusión sobre la autonomía y calidad de vida
6. Elección de técnicas de intervención y actividades específicas para la consecución de los objetivos formulados.
7. Plazos para la evaluación del proceso de intervención, que determinará un proceso continuo de reformula-

ción del PII.

- Para la elaboración y valoración de objetivos se contará, siempre que sea posible, con la participación de la persona usuaria, su familia y/o tutor/a.
- El PII se revisará con una periodicidad semestral, de forma que se asegure una atención continuada.
- El/la psiquiatra o psicólogo/a es la figura responsable de la coordinación del PII y de la evaluación de éste.
- El PII debe quedar debidamente registrado en el Expediente Individual y en el posterior informe de alta, asegurando la continuidad de la intervención.

Indicadores

Porcentaje de usuarios y usuarias que disponen de PII en los primeros 6 meses tras el ingreso > 80%

Porcentaje de PII que se encuentran en los Expedientes Individuales >75%

PROCESO DE EVALUACIÓN CONTINUA DEL PII

Objetivos

- ESTABLECER UN PROCEDIMIENTO QUE GARANTICE LA EVALUACIÓN CONTINUA DEL PII Y SU REFORMULACIÓN EN CASO NECESARIO.

Actividades

- Cada semestre se reunirá el equipo técnico responsable de cada PII. En base a los resultados de la intervención se establecerán:
 - o Pautas de consolidación y generalización de los resultados.
 - o Nuevas técnicas de intervención.
 - o Reformulación de objetivos.
 - o Inclusión de nuevos objetivos.
- Las decisiones de las evaluaciones semestrales han de quedar recogidas en las fichas de seguimiento del PII.
- Siempre que sea posible, se facilitará información continua a la PDITC de su evolución, reconociendo los logros y/o motivando al cambio.

INGRESO-ALTA EN RESIDENCIA ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE PDITC

Indicadores

Número de PII revisados semestralmente >60%

Objetivos

- DETERMINAR LAS VÍAS PARA COMUNICAR LA EVOLUCIÓN DEL PII A LOS AGENTES IMPLICADOS (PDITC, FAMILIARES, CIBS)

Actividades

- Se realizarán contactos con los familiares o tutores para informar de la evolución del proceso de intervención y solicitar su implicación en éste.
- En reuniones programadas cada semestre el equipo interdisciplinar del Centro informa a la Delegación Provincial de la CIBS, de la evolución seguida por el usuario o usuaria.
- Si la evolución es favorable y persistente se plantea el alta como objetivo próximo, haciendo partícipe de éste a la persona usuaria y/o su familia.

Indicadores

Número de PII revisados semestralmente >60%

III. ALTA

CRITERIOS PARA EL ALTA TÉCNICA

Objetivos

Evidenciar la presencia de criterios para el alta, así como los condicionantes externos que favorecerán el éxito de ésta.

Actividades

- Especificar los criterios que nos han llevado a decidir el alta. Entre estos criterios han de incluirse:
- o La disminución o desaparición de los trastornos de conducta que motivaron el ingreso.
 - o El mantenimiento de esta mejoría en un período de tiempo significativo (más de 6 meses).
 - o La generalización de esta mejoría a otros contextos adaptativos.
 - o La capacidad de la persona para

solicitar y/o aceptar ayuda en relación a su problema.

o La presencia de autonomía personal entendida como la capacidad para cuidarse, integrarse en un grupo, cooperar y desarrollar tareas.

Para la reorientación a RGA será necesario evidenciar al menos los dos primeros criterios. En el caso de RA deberán acreditarse los dos primeros criterios y al menos uno más.

Actividades Recomendadas

Considerar los condicionantes que favorecerán el éxito del alta. Algunos de estos podrán ser:

- Aproximación al núcleo familiar siempre que ésta tenga efectos positivos para el usuario o usuaria.
- Las expectativas positivas respecto al alta, tanto del usuario o usuaria como de su familia.
- Que el recurso al que se deriva posea características acordes a las necesidades y preferencias de la persona (habilidades, aficiones, etc.)

INGRESO-ALTA EN RESIDENCIA ESPECIALIZADA PARA LA ATENCIÓN DE PDITC



Indicadores

- Porcentaje de altas que se producen atendiendo a los criterios 1 y 2. >60%
- Porcentaje de altas que se producen atendiendo a alguno de los criterios 3, 4 ó 5.

INFORMAR DE LA DECISIÓN DE ALTA A TODOS LOS AGENTES IMPLICADOS EN EL PROCESO

Objetivos

- FAVORECER LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS EN LA DECISIÓN DEL PROCESO DE ALTA.

Actividades

- La persona aportará, en la medida de sus posibilidades, su opinión y expectativas sobre el alta, que serán tenidas en cuenta en el proceso.

Actividades Recomendadas

- Siempre que sea posible la información será transmitida en reuniones presenciales.

Indicadores de Evaluación

- Porcentaje de personas que al alta se trasladan con un informe donde se incluyan pautas de actuación que han resultado eficaces >80%

Objetivos

- DAR A CONOCER LA DECISIÓN DE ALTA A TODOS LOS AGENTES IMPLICADOS, E INICIAR LOS TRÁMITES NECESARIOS PARA QUE EL ALTA SEA EFECTIVA.

Actividades

- Informar a la persona usuaria y sus familiares (o tutores) de que se han cumplido los criterios de mejora conductual que conllevan al alta. Así como de que se va a proceder a solicitar ésta.
- Promover la Comisión en la que participará la Administración que permitirá resolver el traslado a otro recurso (RA o RGA), o al domicilio familiar.
- Solicitar el traslado.

- El equipo elaborará los correspondientes informes técnicos de derivación, donde se incluirán las pautas de actuación que se han verificado como efectivas.

Actividades Recomendadas

- Siempre que sea posible la información será transmitida en reuniones presenciales.

Indicadores de Evaluación

- Porcentaje de personas que al alta se trasladan con un informe donde se incluyan pautas de actuación que han resultado eficaces >80%

PROTOCOLO #4
DE ALTA PROGRAMADA

DE ALTA PROGRAMADA

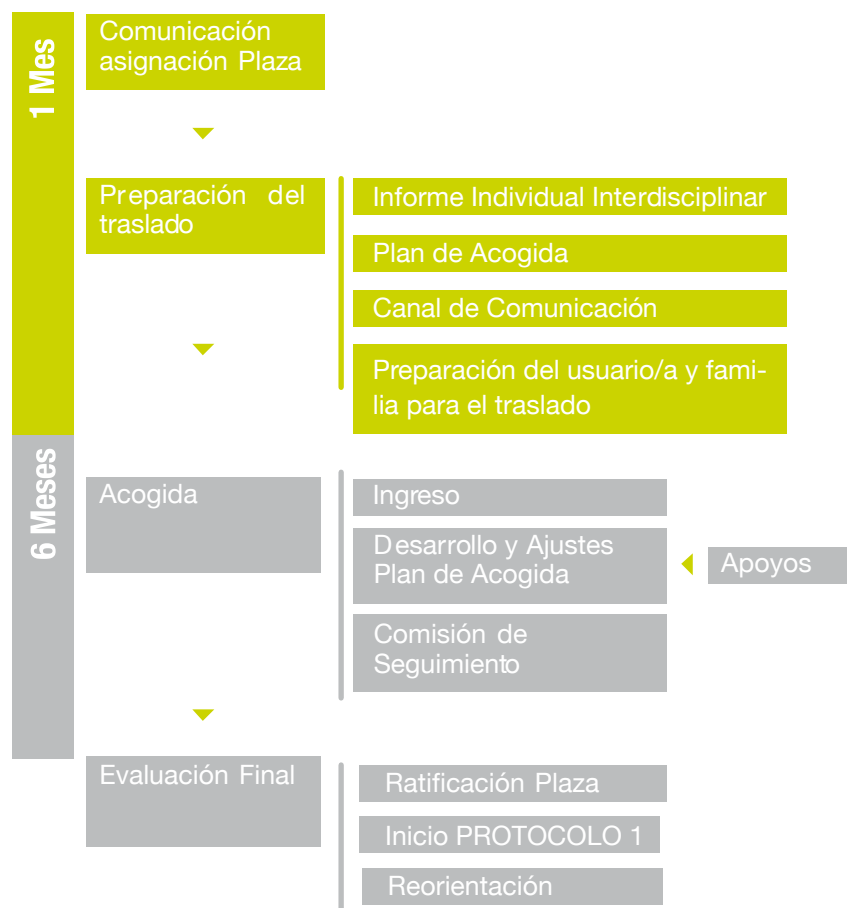
Entendemos que este protocolo abarca desde el momento en el que se asigna plaza a la PDITC reorientada hasta la ratificación o no de la plaza tras el periodo de adaptación. Consta de las siguientes fases:

I. Preparación del traslado

II. Acogida

III. Evaluación final

De forma esquemática las fases de este proceso se pueden observar en el siguiente diagrama.



I. PREPARACIÓN DEL TRASLADO

Objetivos

- ASEGURAR QUE EL TRASLADO ES UN PROCESO CENTRADO EN LAS NECESIDADES DE LA PDITC

Actividades

- o Centro de origen y de destino acuerdan la fecha de traslado en un plazo máximo de 20 días desde la asignación de plaza
- o El centro de origen prepara información relevante del usuario/a relativa a su estado actual, líneas de trabajo y abordaje de trastornos de conducta presentes (Informe individual interdisciplinar)
- o El centro de destino con la información directa e indirecta que recibe del usuario/a elabora un plan de acogida
- o Centro de origen y de destino establecen un canal de comunicación

para resolver cualquier consulta.

o Se informa sobre la fecha en la que se va a producir el traslado tanto al usuario/a como a la familia o representante legal

o El centro de origen elabora y pone en práctica una serie de acciones para trabajar la despedida y anticipar la acogida del usuario/a

o El usuario/a, en la medida de sus posibilidades, participa activamente en actividades de elaboración de su despedida del centro de origen (p.ej.: recogida de enseres personales, fiesta de despedida) y de conocimiento del centro de destino (p.ej.: lo visita, ve fotos, videos, habla con sus profesionales y/o nuevos compañeros/as)

o Administración, centro de origen y centro de destino designan al personal técnico responsable para el seguimiento de todo el proceso

Actividades Recomendadas

o La/el usuario/a junto a sus familiares y los referentes del centro de origen conocen el centro de destino, sus espacios y funcionamiento siendo sus introductores algunos de sus futuros nuevos compañeros y profesionales (visita inicial).

o Con posterioridad al primer contacto del usuario/a, personal técnico y de atención directa del centro de origen transmite la información relevante a los profesionales del centro de destino en una visita técnica

Indicadores de Evaluación

- o Porcentaje de traslados con información previa al ingreso que cumpla los criterios del Informe individual interdisciplinar >75%
- o Porcentaje de usuarios/as acogidos con plan de acogida previo al ingreso >40%
- o Media de tiempo necesario para el traslado <35 días.

DE ALTA PROGRAMADA

II.- ACOGIDA

Objetivos

- FACILITAR LA ACOGIDA DEL USUARIO/A AL NUEVO CONTEXTO DE RESIDENCIA (CENTRO DE DESTINO)

Actividades

- El centro de origen acompaña al usuario/a en el ingreso
- Con la familia y/o representante legal se cumplimentan los trámites administrativos necesarios.
- Se indica a la familia y/o representante legal sobre la forma de comunicarse con el centro de destino para acceder a información sobre su familiar y/o regular sus contactos.
- El usuario/a se incorpora a las actividades y funcionamiento del centro de destino como uno/a más.
- Durante los seis meses posteriores al

traslado, el centro de destino despliega el plan de acogida individualizada, que es compartido con el usuario/a, su familia y/o representantes legales, el centro de origen y la Administración

- El centro de destino recoge las incidencias en el proceso de acogida y ajusta el plan de acogida para adaptarse a éstas (ver Registro de incidencias de comportamiento)
- El centro de destino convoca trimestralmente reuniones de comisión de seguimiento.
- El centro de origen aporta su valoración técnica del proceso de acogida y su orientación en las posibles incidencias y situaciones que se estimen como un riesgo para la adaptación del usuario/a
- La Administración vela por el cumplimiento del protocolo y de los compromisos de la comisión de seguimiento,

donde estará representada.

Actividades Recomendadas

- El centro de origen asiste a las reuniones de seguimiento
- El centro de origen interviene de forma puntual a modo de apoyo indirecto en las situaciones críticas en las que la comisión de seguimiento estime oportunas

Indicadores de Evaluación

- Número de adaptaciones del plan de acogida por persona en esta fase >30%
- Porcentaje de adaptaciones del plan de acogida relacionadas con las incidencias de comportamiento registradas >50%
- Número de reuniones de la comisión de seguimiento por usuario/a en esta fase. Mínimo 1 a los 3 meses

III.- EVALUACIÓN FINAL

Objetivos

- PROMOVER LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN MÁS ADECUADA A LAS NECESIDADES DE LA PERSONA USUARIA

Actividades

El centro de destino y la Administración valoran en una última comisión de seguimiento la adaptación del usuario/a.

El usuario/a y su familia y/o representante legal aportan, en la medida de sus posibilidades, su opinión sobre el estado actual y adaptación del usuario/a.

La Administración inicia las acciones pertinentes para ratificar la asignación de plaza, prorrogar las acciones de in-

tervención (aplicar Protocolo 1), o promover su traslado por reorientación. El centro de origen cierra el proceso de acompañamiento en el alta programada.

Indicadores

Porcentaje de ratificaciones, prórrogas y reorientaciones de las plazas incluidas en este protocolo >50%.

PROTOCOLO # 5
PROTOCOLO
SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS
(CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



PLANTEAMIENTO INICIAL

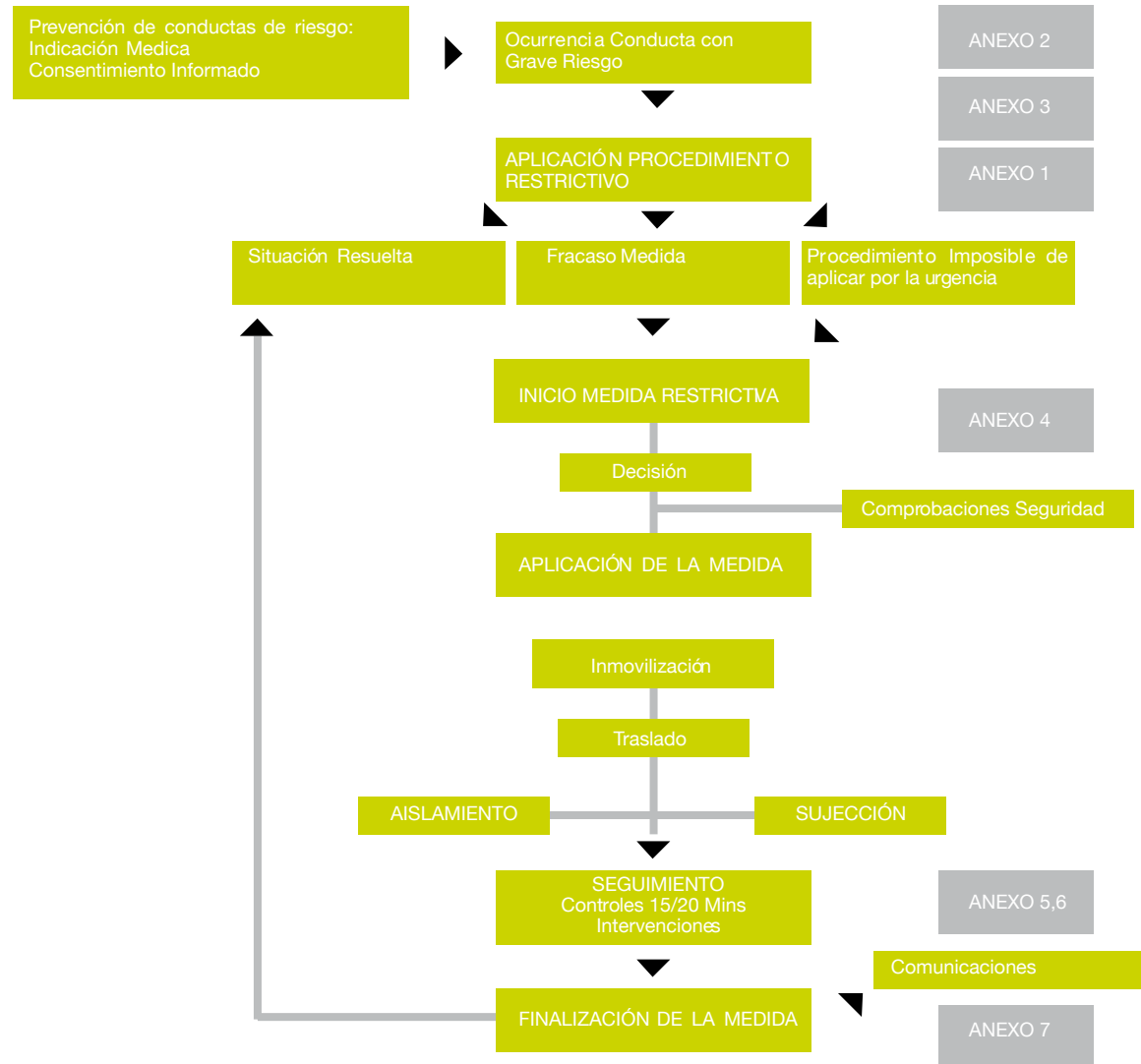
El uso de las llamadas medidas coercitivas, como el Aislamiento o la Sujeción, entendidas éstas como “Cualquier método de responder a una conducta desafiante que implique algún grado de fuerza física dirigida a limitar o restringir el movimiento o la movilidad” (Harris y cols., 1996) forma parte del abanico de intervenciones en las Residencias para personas con Discapacidad Intelectual y Trastornos Graves del Comportamiento, y como tales deben estar indicadas en los PII y/o protocolizadas en la programación general del Centro.

El uso de la fuerza física y la posible restricción de derechos del residente deben estar justificados por el fracaso de otro tipo de actuaciones y/o la existencia de un riesgo cierto e inminente para la persona o para terceras personas, formando parte del conjunto de intervenciones específicas de este tipo de Centros, aunque también se trata de intervenciones necesarias derivadas de la obligación legal que conlleva la situación de guarda de hecho de quienes están en una Residencia de Psicod deficientes, garantizando su seguridad física, psíquica y jurídica.

Las implicaciones éticas y legales que tales intervenciones tienen y su complejidad de ejecución aconsejan que su uso esté protocolizado en el ámbito de la Comunidad Autónoma, rigiéndose por los principios de: respeto de la dignidad, legalidad, necesidad, congruencia, proporcionalidad y prohibición de excesos, temporalidad, idoneidad de medios, documentación de actuaciones y fiscalización.

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

PROCEDIMIENTO



PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



Desde el punto de vista legal, estas medidas son consideradas como actos médicos, es decir se trata de intervenciones especificadas (protocolizadas) y planteadas como respuesta ante situaciones previsibles de riesgo y previstas en el Plan Individual de la persona usuaria o en los Procedimientos Generales de la Residencia. En el primer caso, la indicación médica de dicha medida se considera posible y está formulada con antelación y por escrito (ver Anexo 2), contando con el consentimiento informado del tutor o tutora del residente (ver Anexo 3).

En el segundo caso la indicación la apreciará el personal que en ese momento esté presente y será ratificada, o sustituida por otra más adecuada, una vez que el facultativo sea informado por el personal que aplicó la medida, tanto de la conducta de riesgo presentada como de las medidas restrictivas que fue preciso adoptar.

Las medidas deben ponerse en marcha cuando se dan unas condiciones mínimas, como existencia de medios

suficientes para aplicarlas, presencia de personal suficiente y entrenado, así como la evidencia de que o no existen o han fracasado otras medidas para controlar la situación.

Indicaciones

Las medidas deben aplicarse en alguno de los siguientes supuestos:

1. Riesgo de lesiones a terceras personas.
2. Riesgo de lesiones a sí mismo/a.
3. Riesgo de interrupción de procesos terapéuticos del propio residente o de otros residentes.
4. Evitar daños significativos en el servicio.
5. Para reducir estímulos sensoriales (en aislamiento)
6. Como intervención en tratamiento conductista pactado antes (debe haber una referencia al punto concreto del PII donde se contempla tal intervención)
7. Otras indicaciones (valorando si la medida, generalmente el Aislamiento, queda como última alternativa) :

a. Destrucción de las propiedades de otros/as.

b. Gritos incontrolables por otros medios.

c. Ensuciar reiteradamente la habitación u otras zonas del centro con alimentos o excrementos.

d. Exhibición reiterada del cuerpo desnudo ante los demás.

e. Masturbación en público.

f. Persecución reiterada con intenciones sexuales de otros residentes o personal de la residencia.

g. Tocamientos eróticos no solicitados a otros residentes o al personal de la residencia.

h. Conductas de provocación que desencadenan la agresividad de otros residentes.

Contraindicaciones

Las situaciones en las que **NO** deberá aplicarse una restricción de movimientos serían:

1. Cuando las características físicas y psicológicas del usuario o usuaria así lo recomienden.

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

2. Cuando los trastornos de conducta ocurridos con anterioridad a este usuario o usuaria, han podido ser resueltos siempre de forma verbal.
3. Cuando la violencia de/la usuario/a tiene un marcado carácter delictivo.
4. Como un castigo más que se aplica a la persona conflictiva.
5. Como respuesta ante el rechazo al tratamiento farmacológico.
6. Porque exista antipatía o aversión para con un/a determinado/a usuario/a.
7. Como respuesta ante una conducta molesta.
8. Como castigo ante una transgresión de las normas del centro.
9. Por conveniencia o comodidad del personal del centro.
10. Uso de forma indiscriminada por deseo de la persona usuaria.

Actuaciones para la aplicación de la medida

El personal de atención directa que se encuentre en un contacto más estre-

cho con los usuarios y usuarias hará las primeras observaciones que alerten sobre la indicación de la sujeción y/o aislamiento, comunicando al personal técnico la situación y/o tomando las medidas previstas para tales casos si las circunstancias no hacen posible tal comunicación.

Antes de decidir finalmente la medida debe iniciarse un **procedimiento alternativo** que pueda evitarla:

Abordaje verbal, Modificación del contexto, Inclusión o exclusión de alguna persona, Distracciones lúdicas, Conversación familiar, Medicación oral y/o inyectable (ver Anexo 1), conforme a lo previsto en el PII del Residente o los Procedimientos generales de la Residencia y sólo una vez fracasado éste se decidirá aplicar una medida de aislamiento o de contención física.

En ausencia de personal facultativo, el personal de atención directa decidirá la medida, haciendo los preparativos correspondientes, comunicando la decisión a la dirección del Centro y al

facultativo médico/a, dejando constancia de todo ello en el Formulario de Inicio, con su firma, fecha y hora (ver Anexo 4).

La actuación posterior habrá de desarrollarse conforme a este Protocolo y con el acuerdo y las indicaciones terapéuticas adicionales del personal facultativo cuando esté presente.

Previo a la aplicación de la medida hay que considerar ciertas comprobaciones de seguridad:

- Correcto estado de la cama y de las correas de sujeción (completas y en buen estado), la sujeción de cintura fijada previamente, así como que la cama esté frenada (en el caso de que ésta no esté fijada al suelo).
- Confortabilidad de la sala (luz, aireación, limpieza, temperatura)
- Asegurar la seguridad propia retirando objetos potencialmente inseguros (gafas, colgantes, reloj, etc.) tanto del personal que interviene como de la persona atendida,
- Retirar objetos potencialmente peli-

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



grosos que estén en la proximidad de las zonas donde se realizará la medida

- Asegurarse de que hay personal suficiente para aplicar la medida
- Recordar las cuestiones relativas a la seguridad del paciente (si tiene gafas o prótesis, si tiene alguna herida o lesión que pueda agravarse durante la aplicación de la medida) y cuantas recomendaciones puedan existir en su Expediente para tales situaciones.
- Hacer un plan de actuación donde cada persona tenga claro el papel que va a desarrollar, permitiéndose una acción coordinada bajo la dirección de una única persona, designada previamente.

Aplicación de la Medida de Aislamiento.

Debe explicarse al usuario o usuaria, de manera clara, concisa y serena, que vamos a aplicar la medida para garantizar su seguridad y la de otros residentes, asegurándole que la medida cesará en cuanto se esté se-

guro que ha desaparecido la situación de riesgo.

La explicación debe hacerse en **presencia del personal** que va a aplicar la medida, buscando el efecto disuasorio de una presencia suficiente y decidida de personas, así como asegurando que la reacción del/la usuario/a haga precisa su inmovilización y traslado.

Mientras se está procediendo a la inmovilización, con el consiguiente forcejeo, y organizando el traslado a la sala pertinente, parte del personal se dedicará al **resto de personas usuarias**, intentando trasladarlas a otro entorno, distrayendo su atención sobre el acontecimiento o bien manteniendo un nivel de actuación semejante al que existía previamente al incidente, normalizando la situación sin dar más importancia a lo sucedido.

En caso de ser necesaria la **inmovilización** hay que procurar que ésta se haga de los miembros inferiores, los miembros superiores y de la cabeza, a ser posible con una persona dedi-

cada a cada parte.

Si el usuario o usuaria no muestra oposición puede bastar con sujetarle por ambas muñecas, con la otra mano sujetando el brazo a la altura de la axila. En caso necesario puede ejercerse una presión fijadora tirando de la muñeca hacia abajo y de la axila hacia arriba.

Una vez inmovilizada la persona se la **trasladará** a la Sala de Aislamiento.

Durante la inmovilización y traslado el personal debe permanecer tranquilo y en silencio, siendo la persona designada la **única que se dirija al usuario/a**, y siempre para explicarle que la medida se adopta en aras de la seguridad y que cesará en el momento que desaparezca el riesgo.

Antes de que el usuario o usuaria quede en la Sala de Aislamiento hay que retirar cuantas pertenencias y objetos puedan suponer un riesgo.

Aplicación de la Medida de Sujeción Física.

Para la explicación al usuario o usua-

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

1

Un Juego de correas de sujeción mecánica completo (con independencia de que la sujeción sea total o parcial) suele estar compuesto por: Cinturón ancho abdominal, 2 cintas para los miembros superiores, 2 cintas para los miembros inferiores, correas para sujeción de tronco y hombros. Botones o anclajes compuestos por los botones de sujeción y sus correspondientes cierres.

ria, atención al resto de personas, inmovilización y traslado son de aplicación los comentarios anteriores.

Hay que procurar que la persona adopte una **posición anatómica** ya sea sobre la cama o sobre una silla de ruedas. Se elegirá la posición de decúbito supino, que facilita la administración de medicación o el aseo. Asimismo se procurará que su **indumentaria** sea cómoda y no sea restrictiva. Si no fue posible antes por el estado de agitación del usuario o usuaria, se le puede cambiar progresivamente de ropa una vez colocadas algunas de las correas de sujeción. Sujetaremos, como mínimo, las dos manos o dos extremidades alternas, o bien las cuatro extremidades más el tronco y la cadera.

Para la sujeción utilizaremos siempre sistemas homologados¹, se harán en zonas distales de las extremidades (muñecas y tobillos) y en el tronco, de acuerdo a la indicación dada por quién ordena la contención.

Mientras se le sujeta, un miembro del

equipo debe **tranquilizar** al usuario o usuaria permaneciendo visible para él o ella y dándole explicaciones.

En primer lugar se sujeta el **tronco**, mediante la correa más ancha, cuidando que no esté floja, porque podría deslizarse por ella y ahorcarse, ni tampoco excesivamente fuerte, que le dificulte la respiración.

Posteriormente se sujetan los **brazos**, extendidos a lo largo del cuerpo y separados ligeramente de éste, fijando las muñecas mediante cintas ajustadas al travesero de la cama.

Las **piernas** se sujetan extendidas y ligeramente abiertas para poner las cintas en los tobillos y fijarlas al travesero de la cama.

La **cabeza** de la persona debe estar ligeramente levantada para disminuir sus sentimientos de indefensión y para reducir la posibilidad de aspiración pulmonar.

Hay que evitar en todo momento arrastrarla y tirar de sus extremidades para evitar lesiones.

Una vez **finalizada la aplicación de las correas** de sujeción hay que asegurarse que:

- Las fijaciones estén bien aseguradas y los puntos de contacto de las sujeciones estén acolchados con un material suave.
- Se han retirado o aflojado cinturones, ropa que apriete, anillos, pendientes, collares, relojes, cadenas (que pueden lesionar o estrangular)
- La habitación está bien ventilada, a temperatura ambiente, agradable en verano pero no fría o caldeada en invierno pero no sofocante.
- La posición del usuario o usuaria e permite recibir los tratamientos y cuidados adecuados.

El personal actuante saldrá de la habitación de forma gradual y sin prisas, mostrándose tranquilo y evitando los comentarios delante de la propia persona o bien delante de otros, fuera ya en la sala de contención.

La persona que ha coordinado el pro-

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



cedimiento deberá completar la documentación necesaria y ponerlo en conocimiento de la dirección para que se ponga en marcha el seguimiento adecuado.

Seguimiento

Durante el tiempo de aplicación de una Medida Coercitiva debe realizarse una vigilancia continuada del usuario o usuaria, garantizando en todo momento su seguridad y confortabilidad y evaluando periódicamente si la situación que motivó la medida se ha modificado y se puede decidir su finalización.

El seguimiento debe quedar regulado en cuanto a la persona que debe realizarlo, frecuencia de los controles y actuaciones a realizar durante los mismos, documentándose todas las actuaciones en el correspondiente Formulario de Seguimiento (ver Anexos 5 y 6).

Las Pautas de Seguimiento son:

1. Frecuencia de los controles: la observación y visita a la persona usuaria en aislamiento, o sujeción, se realizarán cada 15-20 minutos como máximo, anotando las incidencias que aparezcan en cada una de ellas.

2. Contenido de los controles:

- Postura del usuario/a,
- Temperatura ambiental y temperatura corporal,
- Higiene e hidratación,
- Estado de las sujeciones
- Estado de las zonas de sujeción: palidez o cianosis por falta de circulación, hematomas, dolor.
- Actitud y Estado del usuario o usuaria, sobre todo en relación a la situación que motivó la sujeción física

3. Intervenciones

- Ante el riesgo de tromboembolismo por la inmovilización (personas con problemas circulatorios y/o tratamientos anticoagulantes) y también para confirmar cómo evoluciona el estado mental del residente se debe liberar una extremidad de las cuatro cada 30

minutos, siempre que el estado de la persona lo permita. También se pueden realizar cambios posturales si la persona se mantiene inmóvil y realizar masajes para facilitar el riego sanguíneo.

- Mantener la comunicación durante la aplicación de los cuidados (contacto visual, tranquilizar, uso del contacto físico si se considera oportuno).

- Regular y controlar la temperatura de la habitación.

- Ayudar al residente en su higiene personal. Cambiar su ropa si es necesario

- Ofrecer alimentos y líquidos. Asegurar hidratación adecuada.

- Atención a sus necesidades fisiológicas: acompañarle al cuarto de baño, facilitar cuña u orinal o cambiar pañales de incontinencia, con la frecuencia necesaria y atendiendo a sus deseos de evacuación y facilitando intimidad.

4. Finalización de la Medida

a. El tiempo máximo recomendable para una sujeción debe ser de 4 ho-

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

ras, con controles cada 15-20 minutos y si la situación clínica fuese tan grave que requiriese ser prolongada deberá ser indicado en el Formulario de Seguimiento.

b. El tiempo máximo de aislamiento será de 2 horas, con controles cada 15-20 minutos. Si pasado este tiempo el usuario o usuaria sigue presentando la conducta problema, se valorará su continuidad en aislamiento o el paso a sujeción mecánica.

c. En caso de cambio de turno y darse la situación anterior, deberá ser puesto en conocimiento del turno entrante quienes deben valorar su continuación o finalización, justificándolo en cada caso.

d. El tiempo máximo para prolongar una sujeción y/o aislamiento es de 8 horas. Si el usuario o usuaria sigue con la misma actitud, se comenzará de nuevo todo el proceso desde el principio.

e. En caso de que el usuario o usuaria haya focalizado su agitación hacia algún/a monitor/a, debiera ser éste/a

quien, una vez pasada la agitación inicial de la medida, vaya asumiendo la recuperación de la persona a lo largo del seguimiento

f. Durante el seguimiento se valorará el estado de la persona, prestando especial atención a la agitación que pueda mostrar, y a que asuma y reconozca lo necesario de la utilización de la medida.

g. En el caso de que exista algún tipo de consecuencia para la persona por su comportamiento se le comunicará antes de salir de la contención, esperando la aceptación de las mismas.

La persona o personas encargadas del seguimiento deben tener en cuenta la dignidad y autoestima del usuario/a, ya que la pérdida de control y la imposición de sujeción mecánica pueden resultarle penosas.

Comunicación

Las medidas aplicadas deben ser comunicadas, preferentemente de forma oral y con la mayor rapidez posible a

la persona responsable y al médico/a del Centro, al familiar responsable o tutor/a del usuario/a, al resto de personal del Centro y a la Autoridad Judicial.

- A la Dirección del Centro, antes de aplicar la medida o, de no ser posible la comunicación con la misma, en cuanto sea posible,

- Al médico/a del Centro, en cuanto sea posible, para que ratifique o modifique la medida

- Al resto del personal del turno, que no haya intervenido en la aplicación de la medida, en cuanto sea posible, Al personal del turno siguiente, en el momento del cambio de turno

- A la familia o tutor/a, en cuanto sea posible

- A la Fiscalía de Incapaces de la Audiencia Provincial, cuando la Medida coercitiva se hace habitual (se aplique reiteradamente varios días en una semana) y/o supera el tiempo máximo de 8 horas, comunicándose por escrito al día siguiente.

- Al Juzgado de Primera Instancia de

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



la localidad donde se ubique el Centro específico, mediante escrito (ver Anexo 7) y en los mismos supuestos que la comunicación a la Fiscalía.

Documentación

El personal de atención directa que decidió la medida y participó en su seguimiento debe dejar constancia de todas las incidencias y actuaciones relacionadas con la medida coercitiva.

Estos registros permiten que quede constancia en el Expediente de la persona y, al mismo tiempo, que pueda hacerse una eventual fiscalización del procedimiento.

Para la correcta documentación deben existir los siguientes Documentos:

- Hoja médica indicando la Medida (Anexo 2)
- Formulario de Consentimiento Informado (Anexo 3)
- Formulario de Inicio de la Medida (Anexo 4)
- Formularios de Seguimiento de las

Medidas (Anexos 5: Aislamiento, y 6: Sujeción)

- Formulario de Comunicación al Juzgado de la Medida (Anexo 7)

El Centro debe comprobar la correcta cumplimentación de los diversos Formularios, emitiendo informes periódicos sobre las medidas adoptadas con cada persona usuaria y en el conjunto del Centro, haciendo recomendaciones a su personal para la mejor aplicación de este Protocolo.

RECOMENDACIONES DE BUENAS PRÁCTICAS

- El que una Medida Restrictiva se ajuste al Protocolo es una garantía de calidad y legalidad
- La decisión de aplicar una Medida Restrictiva no es sólo responsabilidad de quien la adopta, sino también de quienes, trabajando en el mismo turno, son solidarios con ella.
- Para saber si una actuación ha sido ajustada debiera cumplir la “regla de las cinco les”: Indiscutible (responde

a una necesidad evidente), Indemne (sin riesgo ni para quien la recibe ni para quien la aplica), Inmediata (sin retrasos y aplicada con agilidad y eficacia), Inevitable (el último recurso ante un riesgo evidente) e Intachable (respetuosa con la persona y con el procedimiento).

- Un usuario o usuaria sometido a restricción o aislamiento será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal cualificado.
- Se dará pronto aviso de toda restricción física o aislamiento involuntario de usuarios/as a sus representantes, de haberlos y de proceder.
- Los Centros deben promover actividades de Formación Continuada para que su personal esté adecuadamente entrenado en estas prácticas, así como realizar revisiones periódicas del Protocolo y su aplicación a fin de detectar problemas y promover mejoras.

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

ANEXO 1

ABORDAJE ALTERNATIVO a la sujeción mecánica y/o aislamiento.

Antes de proceder a la puesta en práctica de la sujeción mecánica y/o aislamiento, es necesario haber agotado antes otras opciones, como

- 1.-Abordaje verbal
- 2.-Modificación del contexto
- 3- Inclusión o exclusión de alguna persona
- 4.-Distracciones lúdicas.
- 5.-Conversación familiar.
- 6.-Medicación oral y/o parenteral.

1.- Abordaje verbal (ante un usuario o usuaria agitado).

Antes de hablar con la persona debemos informarnos sobre la misma: antecedentes, situación clínica, etc., para conocer las posibilidades de manejo que ofrece la situación.

- Si es posible, hablaremos en un des-

pacho que nos permita cierta intimidad, la puerta estará abierta o semiabierta; no habrá obstáculos para salir ni para la persona, ni para quién hable con ella; una mesa interpuesta entre ambos aumenta la seguridad, otra persona acompañándonos, también.

- Ambos estarán sentados, nunca uno a nivel más alto que el otro; no mirar fijamente a los ojos.

- Escuchar a la persona. Dirigirse a ella en tono suave, relajado y seguro, nunca de forma intimidatoria o provocativa.

- No buscar la confrontación de ideas, razones, etc., sino alianzas sencillas que le tranquilicen y refuercen su sentido de la realidad. Ofrecerle salidas airoas.

- Ser flexible en el diálogo, pero los límites que tanto la institución como el personal estén dispuestos a no ver desbordados, han de quedar bien claros.

- Reconocer el carácter transitorio de la crisis que sufre y potenciar su autoestima.

- Negociar soluciones en base a las propuestas que hace la persona y las que puede ofrecerle la institución.

Puede hacerse una Evaluación del riesgo de violencia:

- Valorar la ideación violenta así como el deseo, intención y planes que exhibe la persona. Evaluar los medios con los que cuenta y los pasos que ha dado para ejecutar sus planes violentos. Valorar, igualmente, el deseo de ayuda que pueda estar mostrando el usuario o usuaria para que se le impida actuar con violencia

- El riesgo es mayor si el sujeto tiene alguna característica sociodemográfica relacionada con conducta violenta: sexo masculino, edad entre 15-24 años, nivel socioeconómico bajo y escasos apoyos sociales; daño neurológico de base y/o uso de tóxicos.

- Valorar los antecedentes de violencia previos, las manifestaciones precursoras de la violencia (modo de caminar o expresarse, etc.) como signos predictores, los actos antisociales no

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



violentos, descontrol de los impulsos (juego compulsivo, abuso de sustancias, tentativas suicidas o lesiones autoinflingidas, psicosis).

-Valorar también la presencia de factores estresantes (conflictividad familiar, conyugal, etc.)

Opciones ante el riesgo inminente de violencia.

- Advertir a la persona de que la violencia no es aceptable.
- Proponerle resolver problemas por la vía del diálogo.
- Ofrecerle un tratamiento farmacológico que le ayude a ver las cosas más relajadamente.
- Desviar su atención hacia otros intereses lúdicos dentro del mismo servicio.
- Facilitar el diálogo con familiares y otros visitantes, si ello es posible.
- Informarle de que se recurrirá a la sujeción mecánica y/o aislamiento si la ocasión lo requiriese.
- Hacer una exhibición de fuerza (p.ej., miembros del personal dispuestos a

poner en práctica la sujeción).

2.- Modificación del contexto.

Atenuando la luz o reduciendo los estímulos luminosos o acústicos, poniendo música que resulte relajante o poniendo en marcha actividades que capten la atención de la persona y le distraigan de su problema.

3.- Inclusión o exclusión de alguna persona.

Se puede evitar que el usuario o usuaria esté en contacto ocular con alguna persona con la que haya protagonizado algún incidente reciente o con la que mantenga una clara relación de enemistad.

También se puede hacer salir de la sala a personas que actúen de público de la conducta de la persona, reforzando así la escalada en su conducta

Asimismo, la presencia de personas con las que este/a usuario/a mantiene relación de cordialidad o confianza puede actuar como estímulo para su autocontrol.

4.- Distracciones lúdicas.

Podemos ofrecer al usuario/a otras opciones que contribuyan a que la situación se desactive. Una de ellas es la integración del mismo en alguna clase de actividad lúdica que el servicio pueda proporcionarle. Ello distraerá su atención del origen de su agitación y/o violencia y contribuirá a la sedación por la actividad.

5.- Conversación familiar.

Cuando ello sea posible, y no esté especialmente contraindicado, la conversación con algún familiar, sobre todo si tiene algún ascendiente sobre el usuario/a, puede contribuir a la desactivación de la situación generada por la misma.

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

6.- Medicación oral y/o inyectable.

Otra alternativa posible es ofrecer a la persona, en el contexto de la intervención verbal o fuera de ésta, la administración de algún medicamento que le ayude a relajarse para poder percibir las cosas con mayor objetividad. No hay que decirle que la medicación es para tranquilizarle, ya que puede mostrarse hostil a la idea (“¡estoy muy tranquilo!”), sino como una ayuda “para que no tenga que soportar la crisis que atraviesa a “pelo”, sin nada.

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



ANEXO 2.

HOJA MÉDICA DE INDICACIÓN DE MEDIDA RESTRICTIVA

D/Dª....., médico/a de.....(centro).....

Respecto de D....., residente en.....,
y ante la existencia de una de las siguientes situaciones protagonizadas por el/la mismo/a:

- Riesgo de lesiones a terceras personas
- Riesgo de lesiones a sí mismo/a
- Riesgo de disrupción grave de procesos terapéuticos del propio residente o de otros residentes
- Para evitar daños significativos en el servicio
- Otras (Reducir estímulos sensoriales (en aislamiento), como intervención en tratamiento conductista pactado antes, conductas inapropiadas graves, destrucción de las propiedades de otros, gritos incontrolables por otros medios, ensuciar reiteradamente la habitación u otras zonas del centro con alimentos o excrementos, exhibición reiterada del cuerpo desnudo antes los demás, masturbación en público, persecución reiterada con intenciones sexuales de otros residentes o del personal de la Residencia, tocamientos eróticos no solicitados a otros residentes o al personal de la Residencia, conductas de provocación que desencadenan la agresividad de otros residentes)

INDICO la aplicación de una Medida Restrictiva de

- Aislamiento
- Sujeción Física

Que será aplicada y seguida conforme al Protocolo de Medidas Restrictivas de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de fecha....., y me será comunicada en cuanto sea posible.

En.....,a.....de.....del año.....

Fdo.:

Colegiado/a número.....

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

ANEXO 3.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE MEDIDA RESTRICTIVA

D / D^a, mayor de edad, con Documento Nacional de Identidad número....., en calidad de.....(vínculo)..... de D/D^a....., ingresado/a en la Residencia.....

DECLARA:

Haber sido informado/a por el/la facultativo/a D....., de la situación de su.....(familiar/representado/a) D....., y de la necesidad de controlar la misma mediante la sujeción con cintas a la cama y/o aislamiento en una habitación, de forma temporal. También se me ha informado que tal situación requiere una observación cuidadosa por parte del personal y no una dejación de la atención a mi familiar.

Del mismo modo se me ha informado que mi familiar será liberado/a en cuanto la situación clínica del mismo lo permita, con un plazo máximo de 8 horas, según el Procedimiento de Medidas Restrictivas del que se me ha informado también.

A todo lo cual doy mi consentimiento para que se utilice dicha Medida Restrictiva, en la ciudad de..... a.....de.....del año.....

Fdo.:

Fdo: (Médico/a)

Fdo.: (D.U.Enfermería)

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Por la presente revoco mi Consentimiento para la aplicación de Medida Restrictiva a mi(vínculo), D....., otorgado por mí en fecha.....

En.....,

ade.....del año.....

Fdo.:

Fdo:

(La persona responsable del Centro)

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



ANEXO 4.

FORMULARIO DE INICIO DE MEDIDA RESTRICTIVA

Nombre y Apellidos del Usuario/a

Fecha: Hora: Turno: M T N

Nombre y firma de la persona que decide la Medida:

Fecha y hora en que se comunica a la Dirección:

Fecha y hora en que se comunica al/a la Médico/a:

Indicaciones (marcar la casilla correspondiente):

- Riesgo de lesiones a terceras personas
- Riesgo de lesiones a sí mismo
- Riesgo de disrupción grave de procesos terapéuticos del propio residente o de otros residentes
- Para evitar daños significativos en el servicio
- Otras (Reducir estímulos sensoriales (en aislamiento), como refuerzo negativo de tratamiento conductista pactado antes debe haber una referencia al punto concreto del Plan individualizado donde se contempla-, conductas inapropiadas graves, destrucción de las propiedades de otros, gritos incontrolables por otros medios, ensuciar reiteradamente la habitación u otras zonas del centro con alimentos o excrementos, exhibición reiterada del cuerpo desnudo antes los demás, masturbación en público, persecución reiterada con intenciones sexuales de otros residentes o del personal de la Residencia, tocamientos eróticos no solicitados a otros residentes o al personal de la Residencia, conductas de provocación que desencadenan la agresividad de otros residentes)

Describir brevemente la situación:

.....
.....

Tipo de medida restrictiva:

- Aislamiento
- Sujeción física

Tipo de sujeción:

- Miembros superiores Miembros inferiores Cintura
- Los tres anteriores Un miembro superior y otros inferior
- Un miembro superior, otro inferior y cintura

Medios fracasados antes de sujetar:

- Desactivación verbal Medicación oral
- Distracción con otra actividad Conversación con un familiar
- No había otra opción

Comunicaciones:

Enviado Formulario de Comunicación de Restricción al Juzgado ()

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



Tabla Adjunta

Fecha(hora)				
Firma				
Situación que provocó el aislamiento				
Conducta en aislamiento				
Riesgo de autolesión				
Alimentación e hidratación				
¿Continúa el aislamiento?				
Acciones emprendidas				
Comentarios				

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

ANEXO 6.

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO DE MEDIDA DE SUJE- CIÓN FÍSICA

Nombre y Apellidos del Usuario/a

Inicio de la Restricción: Fecha:

Hora:

Turno: M T N

Códigos para las anotaciones:

A) Código de sujeción mantenida

MS Miembros superiores **MI** Miembros inferiores **C** Cintura

T Los tres anteriores **MSI** Un miembro superior y otro inferior

MSIC Un miembro superior, otro inferior y cintura

B) Estado de las ataduras:

A Adecuado

R Reajustadas

C) Situación que provocó la sujeción:

M Mejor **P** Peor **I** Igual

D) Alimentación e hidratación:

A Adecuada

I Inadecuada

E) ¿Continúa la sujeción? **SÍ** **NO**

F) Temperatura ambiente y ventilación:

A Adecuada

I Inadecuada

G) Acciones emprendidas:

(1) **a:** aseo **b:** cambio de ropa **c:** atención a necesidades fisiológicas

(2) **a:** alimentación **b:** hidratación

(3) **Diálogo**

(4) Modificación del ambiente:

a: mover **b:** cambiar ropa de cama **c:** modificar luz

d: introducir estimulación sensorial **e:** otros

(5) **a:** optimizar postura del cuerpo **b:** cuidado circulación extremidades

c: cuidado estado de la piel

(6) Arreglos de

a: sondajes **b:** curas **c:** otras

(7) **a:** visita médica **b:** revisión y cambio de medicación

(8) **a:** se le permite deambular transitoriamente **b:** visita familiar

(9) **Se reduce la estimulación sensorial**

Otra.....

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)



Tabla Adjunta

Fecha(hora)				
Firma				
Código de sujeción				
Estado de las ataduras				
Situación que provocó la sujeción				
Alimentación e hidratación				
¿Continúa la sujeción?				
Temperatura ambiente y ventilación				
Acciones emprendidas				
Comentarios				

PROTOCOLO SOBRE EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS (CONTENCIÓN EN RECURSO ESPECÍFICO)

ANEXO 7.

FORMULACIÓN DE COMUNICACIÓN DE MEDIDA RESTRICTIVA

D.-----, **Director/a de la Residencia especializada en tratamiento de los trastornos de conducta-----**, ubicada en -----
(-----), a V.I.,

DECLARA:

Que en el día de la fecha, y a las _____ horas, se ha procedido al aislamiento/a la sujeción física de la persona D....., nacido/a el día....., en contra de su voluntad y con carácter urgente, por estar facultativamente indicado al encontrarse incluido en uno de los supuestos contemplados en el Protocolo de Medidas Restrictivas de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de fecha:

Dicho supuesto es:

- Riesgo de lesiones a terceras personas
- Riesgo de lesiones a sí mismo/a
- Riesgo de disrupción grave de procesos terapéuticos del propio
- Usuario o usuaria o de otros residentes
- Para evitar daños significativos en el servicio
- Para reducir estímulos sensoriales (en aislamiento)
- Otras (especificar).....

La finalización de dicha restricción involuntaria de movimientos se realizó a las _____ horas, una vez la situación de la persona lo permitió.
Dado que la medida se está teniendo que aplicar con habitualidad/ha debido prolongarse más del plazo inicialmente admitido (8 horas) se hace también una comunicación a la Fiscalía de Incapaces de la Audiencia Provincial.
Lo que comunico a V.I. para su conocimiento y efectos oportunos.

En _____, a _____ de _____ de _____

P.S.

- Se adjunta la Hoja Médica con la Indicación de la Medida
- Se adjunta Consentimiento Informado firmado por el tutor o tutora de la persona

ILMO/A. SR/A. JUEZ/A DE PRIMERA INSTANCIA DE

GLOSARIO GENERAL

GLOSARIO

Agitación psicomotora:

Es un estado de fuerte tensión que se manifiesta en el área motora por aumento de la actividad física (inquietud, deambulación, etc.), por regla general sin una finalidad concreta, acompañada, en la esfera psíquica, por gran ansiedad y otros estados emocionales intensos con una perturbación general grave de la persona

Aislamiento:

Confinamiento de una sola persona en una habitación cerrada, impidiéndole salir de ella durante un período limitado de tiempo. Generalmente en habitación diseñada especialmente con este propósito, aunque por necesidades locales se pueden usar otras

habitaciones, que se adapten al propósito terapéutico.

Apoyos:

Acciones encaminadas a encauzar la adaptación de la PDITC a un nuevo recurso tras su paso por un **centro específico**. Sólo serán utilizados en los casos en los que la **comisión de seguimiento** estime que sean necesarios. Vendrán determinados por las necesidades que manifieste el **centro de destino** y las características personales del usuario/a. Ejemplos de apoyos serían: visitas extraordinarias de algún miembro del **centro de origen** que sea referente positivo para el usuario/a, asesoramiento por parte del personal técnico del centro de origen, visitas programadas de un día o fin de semana del usuario/a a su centro de origen o visitas de carácter informal de uno o varios antiguos compañeros/as al centro de destino²

Apoyo conductual positivo:

El Apoyo conductual positivo es un enfoque para hacer frente a los problemas de conducta que implica remediar condiciones ambientales y/o déficits en habilidades (Carr 1995). El Apoyo conductual positivo centra la atención en crear y apoyar contextos que incrementen la calidad de vida (desarrollo personal, salud, social, familiar, trabajo, ocio y tiempo libre, etc.), haciendo que las conductas problemáticas para aquellas personas que las presentan sean menos eficaces, eficientes y relevantes y que las conductas alternativas sean más funcionales.

Centro de Origen (CO):

La residencia donde se encuentra la PDI

Centro de Destino (CD):

La residencia/centro, donde va a ser trasladada la PDI

2

“Los apoyos son recursos y estrategias que pretenden promover el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal de una persona y que mejoran el funcionamiento individual...”(AAMR, 2002)

Centro Especializado:

Unidad orgánica y funcional, dotada de una infraestructura material con ubicación autónoma e identificable, donde se desarrollan prestaciones o programas de Servicios Sociales; contemplados en el anexo II de la orden de 1 de Julio de 1997 de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, a saber: Unidad de Estancia Diurna, Unidad de estancia diurna con terapia ocupacional, Residencia para Gravemente Afectados/as, Residencia de Adultos/as, Viviendas Tuteladas.

Centro Específico:

Unidades específicas de atención a los trastornos graves y continuados de conducta que no remitan con tratamiento ambulatorio y/o en unidades de agudos que cuentan en sus ratios con personal cualificado como Psicólogo/a, Psiquiatra o Neuropsiquiatra.

CIBS:

Consejería para la igualdad y Bienestar Social.

Coerción química:

Medicación prescrita no justificada plenamente por el diagnóstico y que, por sus características, se emplea para restringir las capacidades del paciente (movilidad, comunicación, reacción).

Comisión de seguimiento:

Reuniones de evaluación y seguimiento de la adaptación de las PDITC reorientadas desde centros específicos. Estarán compuestas al menos por el personal técnico responsable designado por la Administración y el centro de destino. Se convocará a instancias del centro de destino y tendrá lugar cada tres meses durante el periodo de los seis meses que dure el plan de acogida. Su objetivo principal es garantizar el adecuado desarrollo de la acogida y valorar la introducción

de los mecanismos de corrección necesarios.

Conducta-Problema:

Aquellas conductas que por su intensidad, duración o frecuencia afectan negativamente el desarrollo global de la persona, así como a sus oportunidades de participación en la comunidad. Estas conductas a) generalmente tienen una función para la persona que las desempeña; y b) exigen un sobreesfuerzo del sistema de apoyos para atender adecuadamente las necesidades del individuo.

Duración:

Está muy relacionada con la frecuencia, es una medida de la extensión de tiempo en que la persona realiza una conducta determinada.

Entorno:

Contexto en el que se desarrolla la conducta, ambiente habitual de la persona. Los factores del entorno, tanto específicos como generales, in-

GLOSARIO GENERAL

ternos como externos, pueden tener una influencia significativa en la aparición y mantenimiento del comportamiento problemático. Lo importante es asumir que la conducta problemática tiene lugar por alguna razón, y no es el resultado de la discapacidad de la persona, ni un síntoma de esa discapacidad, sino la evidencia de que hay algo en el ambiente que provoca o favorece esa conducta de la persona.

Ficha de Seguimiento del PII:

Documento donde se recogen los resultados de la evaluación semestral del PII, por ejemplo, objetivos alcanzados o no conseguidos, nuevos objetivos de intervención, etc.

Frecuencia:

Se refiere a la cantidad de veces que se produce una conducta

Ingreso involuntario:

Definido por la Ley Orgánica de la Sanidad, motivado por razones de salud

pública o de riesgo grave para la vida de la persona

Intensidad:

La magnitud en la que se da la conducta puede ser demasiado pequeña o extremadamente violenta

Medicación no consentida:

Prescrita sin obtener previamente el consentimiento informado del enfermo/a o de su tutor/a, o administrada contra la voluntad expresa del enfermo/a.

Medidas coercitivas:

“Cualquier método de responder a una conducta desafiante que impliquen algún grado de fuerza física dirigida a limitar o restringir el movimiento o la movilidad”. (Harris y colab.1996).

Tres grandes categorías: a) Materiales o equipamiento que restringen el movimiento (correas, cama...), b) Uso de barreras (pestillos, cerraduras), c) Contacto físico directo (arrinconar, inmovilizar)

Medicación forzada:

Se restringe esta definición a actividades que usan la sujeción o fuerte presión psicológica (en la que se vean implicados al menos 3 miembros del personal) para administrar la medicación (oral o no-oral), contra la voluntad del paciente.

PCP Planificación Centrada en la Persona:

Un nuevo método de planificar la intervención con las personas con discapacidad intelectual. Pretende que la PDI, con el apoyo de un grupo de personas significativas para ella, formule sus propios planes y metas de futuro, así como las estrategias, medios y acciones para ir consiguiendo avances y logros en el cumplimiento de su plan de vida personal.

Persona con Discapacidad Intelectual (PDI):

Un nuevo concepto que viene a sustituir a los anteriores, resaltando dos

aspectos fundamentales: Una nueva forma de entender la discapacidad y sobre todo una nueva forma de entender a las personas con discapacidad intelectual. En el primer caso entendemos que la discapacidad no es algo que tenga la persona o que ella misma sea sino que es la expresión de la interacción entre ésta y el entorno en que vive. Esto ha supuesto un cambio crítico en los sistemas de intervención, pues dejan de ser algo dirigido sólo a las personas y pasan a ser también objetivos hacia la adaptación del contexto. Además otro aspecto clave es que con independencia de las competencias y limitaciones de la PDI, éstas pueden progresar si se les ofrece el sistema de apoyos pertinente a sus necesidades. Por otro lado hemos comprendido que las personas no lo son menos, por el hecho de tener una inteligencia inferior, la persona es por encima de todo persona, y hemos de reconocer sus derechos, entre ellos el de expresar su opinión, ser actor o actriz en la gestión de su propia vida

(no sólo espectador/a) y en suma ser una o un ciudadano percibido y respetado como tal por sí mismo y por la sociedad que le rodea.

Personas con discapacidad intelectual y graves y reiterados trastornos del comportamiento

(PDITC) :

Persona con discapacidad intelectual que puede requerir tratamiento en Centro especializado (Residencial o de Día) por la gravedad o frecuencia de sus trastornos de conducta.

Plan de acogida:

Proceso activo del **centro de destino** de planificación para la acogida de la **PDITC**.

Recogerá aspectos sobre la acogida en el ingreso (qué personas deben estar presentes, qué documentación es imprescindible, qué información debemos transmitir al usuario/a), ubicación residencial (si compartirá habitación y con quién, ubicación con respecto al punto de control, re-

ferentes profesionales y entre iguales), ubicación en la actividad diurna (actividad que va a desarrollar, en qué espacio, con qué compañeros/as y con qué referentes), régimen inicial de visitas familiares y salidas y régimen estipulado de gastos personales.

Plan de Intervención Individualizado (PII):

Documento donde se recoge el proceso de intervención con cada una de las PDITC. Este instrumento, que debe ser secuencial y circular, comprenderá fases de valoración y definición de objetivos, ejecución del programa, evaluación y seguimiento de éste. El PII será consensuado por el equipo técnico de cada centro y se revisará semestralmente.

Programa Individual de Atención (PIA):

Determinará las modalidades de intervención más adecuadas a las necesidades de la persona en situación de dependencia, entre los servicios y

GLOSARIO GENERAL

prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel

Residencia de adultos/as (RA): Centros de alojamiento que atienden de forma integral a personas, con cierta autonomía personal, que tengan dificultad para una integración social y familiar en su unidad de convivencia.

Residencia de personas gravemente afectadas (RGA):

Aquella destinada a servir de hogar sustitutorio, de forma temporal o permanente, a personas con un nivel de gran dependencia o pluridiscapacidad y que unido a su problemática socio-familiar, tengan dificultades para ser atendidas en su unidad de convivencia.

Restricción:

“Es el uso de procedimientos profesionales físicos y mecánicos dirigidos a limitar los movimientos de parte o todo el cuerpo de un paciente contra su voluntad a fin de controlar sus actividades físicas y protegerle de

lesiones que pudiera inflingirse a sí mismo/a u a otros/as”.

Sujeción:

Es la fijación de al menos un miembro de la persona por medios mecánicos; también se incluye en esta definición la sujeción por personal de la unidad de al menos un miembro de la persona durante más de 15 minutos.

Trastorno de conducta (TC):

Denominación que abarca un amplio espectro de problemas/trastornos de diferente etiología, que tienen en común la presencia de conductas “anormales” (disruptivas/anómalas/disociales) para el entorno en el que vive la PDI.

Entendemos por conducta, comportamientos que son respuestas aprendidas, referidas a situaciones del entorno, del manejo de los cuidadores y cuidadoras, etc. Entendemos por “anormal”, aquella conducta que coloca al sujeto en una clara situación de desventaja en su contexto sociocultu-

ral. (Emerson 1999) Las “alteraciones de conducta” comprenden una serie de comportamientos anormales desde el punto de vista sociocultural de una intensidad, frecuencia y duración tales que conllevan una alta probabilidad de poner en grave compromiso la integridad del individuo o la de los demás, o que conlleva una limitación clara de las actividades del individuo y una restricción importante en su participación en la comunidad.

Topografía:

Se refiere a la forma física que debe adoptar una conducta determinada, se categoriza la conducta por su apariencia.

Unidad de estancia diurna (UED):

Centros que atienden específicamente y de forma integral, como apoyo a la unidad de convivencia, a personas que en situación de dependencia, se hayan afectadas por discapacidad intelectual, física, parálisis cerebral,

trastornos del espectro autista o cualquier otro tipo de discapacidad que fuera necesario atender en este régimen.

Unidad de estancia diurna con terapia ocupacional(UEDTO):

Centros destinados a la atención de personas con discapacidad en edad laboral que no puedan integrarse, transitoria o permanentemente, en un medio laboral normalizado, y que, mediante la realización de tareas pre-laborales u ocupacionales, pretenden la integración social y, en su caso, a las personas destinatarias, mejorar su adaptación personal y social, normalizar sus condiciones de vida y, cuando sea posible, habilitarlas laboralmente, garantizando la igualdad de oportunidades entre las mujeres y hombres con discapacidad.

Visita inicial:

Primera toma de contacto del usuario/a con su futura residencia con el objetivo principal de generar

una impresión de confianza, acompañamiento y acogida. Su protagonista es el usuario/a, acompañado por familiares y/o referentes, además de un/a técnico/a del centro de origen. No excederá la hora y media, no coincidiendo con horarios de comidas o de actividades especiales del centro. Preferiblemente a través de sus futuros nuevos compañeros/as se adelantarán algunos detalles del funcionamiento general del centro sin profundizar demasiado ni generar compromisos.

Visita técnica:

Devolución directa de la información relevante del usuario/a al nuevo centro previa al ingreso. En el contexto del centro de destino serán encargados de ésta al menos dos miembros del centro de origen (profesional del equipo técnico y profesional de atención directa). Son sus contenidos mínimos un informe completo sobre la situación actual del usuario/a desde una perspectiva biopsicosocial, la do-

cumentación de su expediente que se considere relevante para facilitar la acogida y la traducción de toda esta información técnica en sus implicaciones para la vida cotidiana (aficiones, utilización del tiempo libre, relaciones interpersonales, hábitos –p.ej.: pautas de consumo de tabaco-, indicadores de inicio de crisis, autocontrol en actividades desarrolladas fuera del centro, habilidades de vestido, higiene, etc.)

DOCUMENTOS DE APOYO
(DE USO VOLUNTARIO)

DOCUMENTOS DE APOYO



1. INFORME MULTIDISCIPLINAR

AREA SOCIAL

Datos de Identificación Familiar:

Nombre	Parentesco	F. Nacimiento	Profesión/Ocupación	Observaciones

Domicilio Familiar:

Localidad:

Genograma:

Historia familiar:

Situación actual de la familia:

(Dónde se encuentra cada miembro, situación familiar, laboral, medica, psicológica, relación del usuario o usuaria con cada miembro,...)

Contactos familiares:

Persona y teléfonos de contacto:

AREA PSICOLÓGICA

Problemas de conducta que presenta en la actualidad:

LENGUAJE OFENSIVO (Amenazas, gritos, insultos,...)	
AUTOLESIONES (Mordeduras, golpes, cortes, quemaduras,...)	
HETEROAGRESIVIDAD (Golpes, patadas, mordeduras, tirones de pelo, golpes con objetos,...)	
DESTRUCCIÓN DE OBJETOS	
CONDUCTA DISRUPTIVA (Demandas excesivas de atención, incapacidad para estar quieto/a, interrumpe actividades de otros/as, protestas continuas, busca peleas, grita, ríe o llora sin motivo,...)	
COMPORTAMIENTO SOCIAL INADECUADO (Emite sonidos perturbadores, ruidos moles- tos, gritos, conductas sexuales públicas o inadecuadas, manipula pertenencias de otros/as, orina en lugares inadecuados, etc.)	

DOCUMENTOS DE APOYO



RECHAZO DE LOS CUIDADOS (Rechaza la toma de medicación, no se deja inyectar, rechaza la ayuda para alimentarse, asearse, etc.)	
ACTITUD NEGATIVISTA (No respeta normas, no obedece indicaciones, no espera turnos, no asiste a actividades terapéuticas, no hace sus tareas,...)	
RABIETAS	
DEAMBULACIÓN	
CONDUCTAS DE AISLAMIENTO	
OTROS	

Habilidades Adaptativas:

Movilidad:

Cuidado personal:

Vida en el hogar:

Vida en la comunidad:

Habilidades sociales:

Habilidades académicas y funcionales:

Empleo:

Ocio:

Autorregulación:

Salud y seguridad:

Procesos cognitivos:

Orientación:

Memoria:

Razonamiento:

- Abstracto

- Social

Atención:

Lenguaje:

Conocimientos generales:

Rasgos de personalidad:

Extroversión:

Estabilidad emocional:

Sociabilidad:

Independencia:

Intervenciones Realizadas:

Programa de Desarrollo Individual:

AREA MÉDICA

Nº tarjeta Seguridad Social:

Dictamen Técnico Facultativo:

Tratamiento Somático Actual:

Revisión:

Especialista al que acude:

Hospitalizaciones:

(Fecha de Ingreso, Duración, Motivo, Diagnóstico, Alta)

Tratamiento Psiquiátrico Actual:

a. Oral:

b. Inyectable:

c. Eventual

Revisión:

Especialista al que acude:

Hospitalizaciones Salud Mental:

(Fecha de Ingreso, Duración, Motivo, Diagnóstico, Alta)

Historia Clínica:

(Estado general de salud; Datos antropométricos y Hemodinámicos; Trastornos somáticos que presenta; limitaciones físicas; vacunaciones; uso de prótesis, aparatos ortopédicos, gafas,...)

Antecedentes personales:

Antecedentes familiares:

Hábitos:

(Hábitos alimentarios, de sueño, hábitos de higiene, control de esfínteres; tabaquismo, consumo estupefacientes,...)

SITUACIÓN JURÍDICO / ADMINISTRATIVA

Incapacitación:

Tutor/a Legal:

Dirección y Teléfono:

Pensiones, Ayudas u otros ingresos que percibe el usuario o usuaria:

Desamparo Legal:

Denuncias:

Resolución ingresos involuntarios:

DATOS ACADÉMICOS / OCUPACIONALES

Historial Académico Formativo

(Habilidades académicas, escolarización, actividades formativas, cursos,...)

Historial Ocupacional

(¿Ha trabajado, ha asistido a talleres,...?)

DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN DEL USUARIO O USUARIA

-

-

FECHA Y FIRMAS

2. INFORME PSICOLÓGICO

ENTIDAD:
LOCALIDAD:
DIRECCIÓN:
PROVINCIA :
TELÉFONO/FAX:
E-MAIL:

Motivo del Informe:
Dirigido a:
Emitido por:
Fecha:

TÉCNICAS EMPLEADAS EN LA EXPLORACIÓN

ESTUDIO DE EXPEDIENTE

- Variables de riesgo
- Variables de protección

ENTREVISTAS

(Personas entrevistadas y fecha)

TESTS, ESCALAS Y CUESTIONARIOS

- Personalidad
- Cognitivos
- De adaptación
- Otros

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO O USUARIA

Apellidos:

Nombre:

Fecha De Nac:

Edad:

Nacionalidad:

Domicilio:

Población:

Diagnóstico Del Evolución:

DATOS FAMILIARES:

Composición Familiar:

Nombre:

Parentesco:

F.Nac:

Tlf:

Observaciones:

Relaciones Familiares: Descripción de las relaciones afectivas de cada miembro con el resto de la familia. Relaciones entre los subsistemas familiares, Relaciones con la familia extensa y el entorno social. Análisis de la comunicación en el núcleo.

Dinámica y funcionamiento de la unidad familiar: Análisis del funcionamiento de la familia a lo largo de su ciclo vital. Identificación de los factores que intervienen en la homeostasis familiar.

DOCUMENTOS DE APOYO

Antecedentes Familiares:

- Discapacidad intelectual:
- Enfermedades psiquiátricas, neurológicas (epilepsia, demencia) u otras enfermedades médicas de interés:
- Trastornos de conducta:
- Conductas disociales o problemas con la justicia:
- Consumo de drogas u otras sustancias adictivas:

HISTORIA PERSONAL

Antecedentes médicos:

- Causas de la discapacidad intelectual, (sólo si ha sido estudiada):
- Déficits y discapacidades físicas:
- Hábitos tóxicos:
- Tratamientos farmacológicos:

- Exploraciones previas: CI, Neurológicas, analítica general, pruebas complementarias:

- Establecer la capacidad del sujeto para comunicar aspectos de su salud física, por ejemplo: dolor

Antecedentes Psicosociales:

- Descripción del desarrollo de la PDI: (desarrollo motor, del lenguaje...)
- Abordaje y afrontamiento de la familia ante el retraso mental.
- Relación del usuario o usuaria con los miembros de la familia.
- Acontecimientos vitales más importantes en la vida del la PDI: pérdidas, abusos, traslados... Valorar el impacto del acontecimiento sobre el usuario o usuaria.
- Autorepresentación

Historia educativa, prelaboral y laboral:

Nivel educativo alcanzado:
Curso _____
Lecto-escritura _____

Calculo _____

Centro al que asiste:

De integración _____
Específico _____

Cursos de Formación:

Escuelas Taller _____
Casa de oficio _____
FPO _____
Otros _____

Experiencia laboral:

Modalidad de contrato _____
Duración _____
Actividad _____

DATOS DE LA EXPLORACIÓN PSICOLÓGICA

Exploración cognitiva

- Resultados e interpretación del CI
- Análisis de las competencias cognitivas.
- Análisis de las áreas perceptiva, motórica y verbal.

Personalidad:

Perfil de personalidad.

Estado emocional y afectivo

- Análisis del estado emocional actual de la persona. Correlación con rasgos de carácter.
- Valoración de la capacidad para expresar estados emocionales y afectos.
- Análisis del desarrollo afectivo de la persona.
- Autoconcepto.

Funcionamiento en las habilidades adaptativas

- Determinar el funcionamiento y la necesidad de apoyos (permanentes o temporales), en las siguientes áreas:
 - Vida en el hogar
 - Cuidado personal
 - Salud y seguridad
 - Ocio
 - Utilización de la comunidad
 - Comunicación
 - Habilidades sociales
 - Autodirección
 - Trabajo /centro de día

Intereses y motivación

- Percepción de la PDI de su trastorno de conducta.
- Visión de futuro y lo que desea para sí mismo/a.
- Gustos y aficiones.

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA PROBLEMA

(Adaptación de Aberrant Behaviour Checklist (ABC); Aman et al, 1985)

Descripción de la conducta :

Duración media:

- Hora de inicio _____
- Hora de finalización _____

Frecuencia:

- Varias veces al día _____
- v.al día _____
- 2-3 veces por semana _____
- 1v. por semana _____

¿En qué lugares ocurre?:

¿Quién está presente cuando ocurre?:

Ambiente general: nivel de ruido, otras rabietas, actitud del personal.

¿Qué está haciendo la persona en el momento en que ocurrió el episodio?

Describir la actividad, tarea, suceso o interacciones que se dan en el momento del episodio.

Antecedentes inmediatos a la conducta.

Describir las demandas, cambios en las actividades, transición entre actividades, interacciones con el personal u otros compañeros.

Describir qué hace la PDI durante el episodio:

Gravedad del episodio:

Daños a otros, a sí mismo/a, destrucción...

DOCUMENTOS DE APOYO



Describir a quién o contra qué iba dirigido el episodio:

Consecuentes inmediatos:

Describir cómo reaccionan el personal y sus compañeros/as ante esta conducta.

Acciones efectuadas para redirigir la conducta:

- Conductuales: escucha activa, reflexión, tiempo fuera...
- Farmacológicos: tipo de fármaco administrado.
- De contención:

Valoración

Explicación de las variables que inciden en la conducta problema señalando los antecedentes, consecuentes, los motivos por los que se mantiene la conducta, los facilitadores y posibles inhibidores de la misma.

RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN REALIZADA

(Adaptación del modelo de intervención de La Vigna, 1987)

OBJETIVOS A LARGO PLAZO:

Describir los objetivos trabajados a largo plazo en términos de resultados clínicos, es decir, medidas de calidad de vida, por ejemplo: vivir en un entorno menos restrictivo, incrementar la independencia, maximizar la oportunidad de interactuar en situaciones cotidianas y con personas sin discapacidad.

OBJETIVOS A CORTO PLAZO:

Describir los objetivos trabajados a corto plazo para cada uno de los problemas referidos, señalando una referencia en términos mensurables, en frecuencia, tasa, duración y porcentaje de ocurrencia de la conducta. Por ejemplo, 25 veces por semana a 10 veces por semana; de 10 minutos por día a 5 minutos por día.

RECOGIDA DE DATOS:

Describir los procedimientos utilizados de recogida de datos para cada objetivo a corto plazo.

PROCEDIMIENTOS DE INTERVENCIÓN:

- Manipulaciones ecológicas (Especificar las modificaciones efectuadas en el entorno físico de las PDI para ofrecer mayor soporte a la consecución de objetivos.)
- Programación positiva. Habilidades Generales (Referir el entrenamiento realizado en las áreas de autonomía personal, funcionamiento doméstico, comunitario y ocio)
- Habilidades Funcionalmente equivalentes (Aquellas en las que se ha entrenado a la PDI para que tenga un funcionamiento igual que la conducta problema pero que son socialmente aceptables).

- Habilidades Funcionalmente Relacionadas (Habilidades relacionadas con el funcionamiento de la conducta problema pero que no le sirven directamente para las mismas funciones, por ejemplo, entrenamiento en hacer elecciones).
- Habilidades de Afrontamiento (Entrenamiento para afrontar situaciones adversas que surgen de forma natural y que no se pueden evitar).
- Tratamiento directo de la conducta. (Describir las estrategias utilizadas para la reducción de la conducta en frecuencia, intensidad...)
- Estrategias reactivas. Descripción de las estrategias utilizadas para el manejo de los episodios de la conducta problema).

FORMACIÓN DEL PERSONAL:

En el caso de que se haya realizado, describir el entrenamiento o la formación impartida al personal para la puesta en marcha del programa de intervención, por ejemplo, moldeamiento, entrenamiento directo, entre-

namiento in-service, role playing.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN:

Explicar las estrategias de evaluación empleadas y los resultados obtenidos de su aplicación.

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES:

Añadir las dificultades o los facilitadores encontrados en el proceso, así como cualquier comentario que se considere de interés.

VALORACIÓN:

Breve resumen de la información detallada, destacando los aspectos que se consideren más relevantes y plasmando el o la profesional una opinión al respecto. Ofrecer orientaciones para una atención de calidad a la PDI.

FECHA Y FIRMA DEL PROFESIONAL:

3. INFORME SOCIAL

- Informe emitido por el/la trabajador/a social:

- Persona con quien se interviene:
- Fecha y lugar de realización del informe:

Identificación del centro o servicio:

- Centro:
- Tipología centro/servicio:
- Entidad:
- Provincia y localidad:
- Dirección Tlf./correo electrónico:
- Profesional de referencia de la PDITC (Nombre, tlf. y correo electrónico):

Motivo del informe:

- Traslado a recurso especializado para trastornos de conducta

DOCUMENTOS DE APOYO

- Traslado a recurso especializado para personas con discapacidad intelectual
- Derivación a recurso especializado para trastornos de conducta
- Derivación a recurso especializado para personas con discapacidad intelectual

Técnicas y fuentes del informe:

- Entrevistas persona/familia: Enumerar y fechar indicando lugar.
- Reuniones/entrevistas con profesionales Enumerar y fechar indicando lugar.
- Fuentes documentales (indicando su uso y en su caso si se adjunta copia)
- Historia/informes médicos/psiquiátricos
- Historia/informes sociales
- Historia/informes psicológicos
- Historia/informes judiciales/admi-

nistrativos

- Otros(indicando su uso y en su caso si se adjunta copia) Certificado del EVO, plan individual, plan del centro etc.

LA PERSONA CON DITC

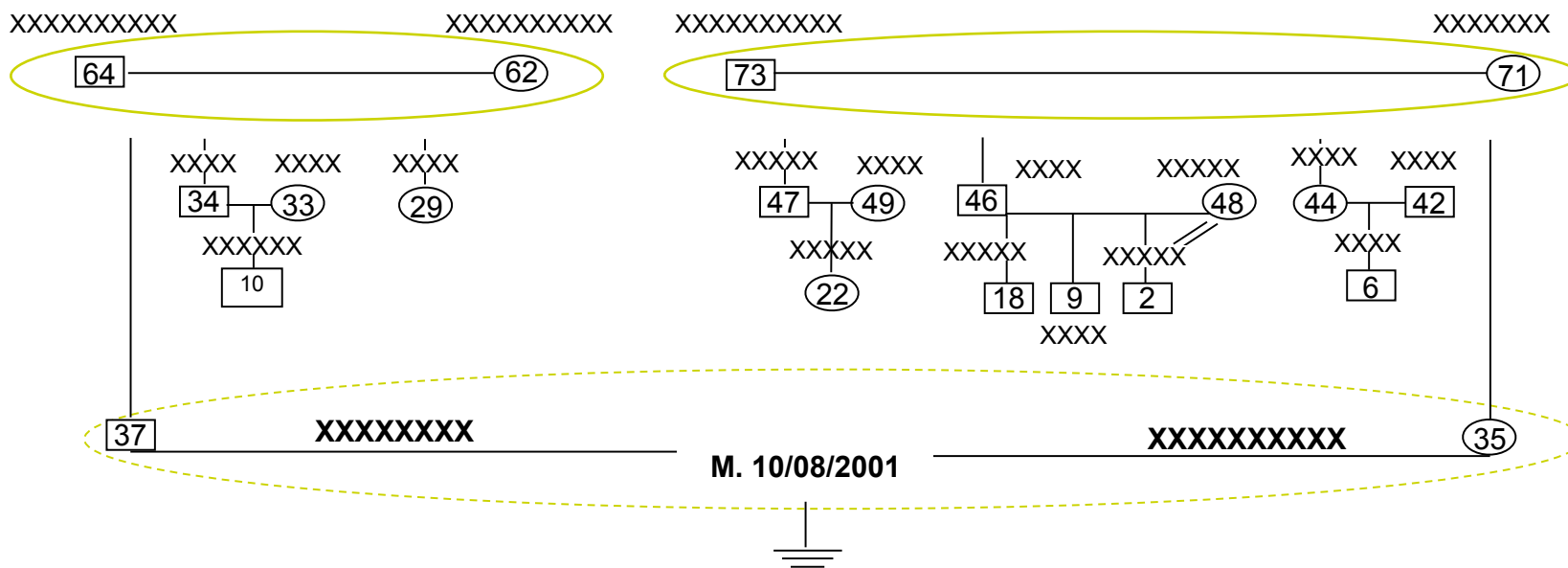
- Nombre y apellidos:
- Nacionalidad:
- Estado civil:
- Sexo:
- Relación de pareja:
SÍ NO
- Domicilio familiar:
(Dirección y teléfono de contacto)
- Domicilio actual (institucional)
- Dirección, teléfono y correo electrónico
- Fecha de nacimiento
(Indicar fecha de nacimiento y edad actual)
- D.N.I:
- N° Seguridad Social

- Intereses personales:

- Quiere cambiar de centro
SÍ NO
- Evidencia
Cuándo y cómo se tiene en cuenta la opinión de la persona)
- Internamiento involuntario
SÍ NO
- Comunicación y autorización judicial(indicando fechas de los documentos)

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR

Genograma Familiar:



DOCUMENTOS DE APOYO



Composición familiar

Nombre	Relación/ Rol	F. Nacimiento	Profesión/Ocupación	Teléfono	Observaciones

Evolución de las redes sociales personales (personas e instituciones de referencia para la persona con discapacidad intelectual)

- En entorno normalizado: amigos/as, vecinos/as, compañeros/as. Relación o vínculos a asociaciones clubes, etc.
- En entornos institucionalizados: amigos/as, compañeros/as, monitores/as, etc.

Dinámica familiar de origen

- Relación de pareja de los padres: tiempo de convivencia, nivel de comunicación, nivel de afecto, tipo de relación (toma de decisiones, repar-

to de tareas...), aspectos positivos y negativos manifestados de la relación de pareja, núcleos de conflicto.

- Relación paterno-filial: nivel de comunicación, nivel de afecto, estilo educativo, discordancia de estilo en los padres, premios y castigos utilizados, actividades que realizan los padres con sus hijos/as y duración; núcleos de conflicto.
- Relación entre hermanos/as: nivel de comunicación, de afecto, tipo de relación y núcleos de conflicto.
- Elementos de crecimiento del sistema familiar.
- Obstáculos en la dinámica familiar.

Otros datos relevantes en la trayectoria familiar

- Economía familiar.
- Situación de salud en la dinámica familiar (patologías vinculadas/relacionadas con la discapacidad/trastornos mentales/trastornos de conducta; drogadicciones, situaciones de dependencia)
- Condiciones del domicilio familiar.
- Trayectoria judicial en la historia familiar.
- Trayectoria educativa, formativa y cultural de la familia.
- Eventos vitales a destacar.

Itinerario convivencial familiar
(domicilios en donde ha residido y miembros de la familia sobre quien recae el cuidado por orden cronológico)

Nombre	Parentesco	Localidad / Provincia	Tiempo Permanencia Año	Teléfono	Observaciones

Evolución de las relaciones familiares desde la institucionalización de la PDITC: (Incluir nº y fechas de contactos familiares al menos en el último año; apoyos que presta a la PDITC; participación en actividades del centro etc.)

Trayectoria personal previa a la atención en el centro o servicio actual:

- Atención en centro de SS.SS:
En caso afirmativo especificar cuál y nº de expediente

- Valoración de la discapacidad:
FECHA DE VALIDEZ
CDAD. AUTONOMA
DIAGNÓSTICO
GRADO
PUNTUACIÓN NECESIDAD 3ª PERSONA
MOVILIDAD /TRANSPORTE

- Valoración de la situación de dependencia
FECHA:
DICTAMEN DEFINITIVO/TEMPORAL

GRADO y NIVEL

- Servicios y Prestaciones sociales recibidas (Indicar cronológicamente):
Centros (Especificar tipos de centros y plazas):
Centros de origen
- Centro / Tipología
- Público / Privado
- Financiación
- Provincia
- Tiempo de Estancia (Fechas)
- Motivo Salida

DOCUMENTOS DE APOYO

Otros apoyos especializados.
Apoyos en domicilio
Otras prestaciones complementarias
Prestaciones económicas

Facilitadores y obstáculos)
Preferencias ocupacionales
- Experiencia laboral
Tipos de empleo y categoría
Preferencias laborales
(facilitadores y obstáculos)

- Los trastornos de conducta
Cuándo aparecen, intervención realizada (centro y duración)
Orientación hacia recurso especializado(SSSS) en trastornos de conducta
Alta administrativa recurso especializado(SSSS) en trastornos de conducta

SITUACIÓN EDUCATIVA, FORMATIVA Y LABORAL

- Nivel de formación alcanzado
Reglado
No reglado(Cursos FPO, Escuela taller, casa de oficio)
- Experiencia ocupacional
Ramas de actividad
Habilidades ocupacionales (fa-

LA SALUD

- Trastornos mentales :
- Trastornos de conducta:
- Enfermedades
- Tratamientos médico / farmacológico actual:
- Consumo de drogas:
- Centro de salud de referencia (indicar facultativo/a de familia y especialista habitual)
- Otros dispositivos de salud utilizados:
- Antecedentes de salud familiares relevantes:

LA DISCAPACIDAD Y LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA

Aquí se detallarán los elementos de la discapacidad intelectual y los tras-

tornos de conducta en sus repercusiones en la vida y la convivencia cotidianas (necesidades de apoyo y atención; ámbitos de desarrollo y autonomía personal); La percepción de la persona sobre su calidad de vida y su futuro (seguridad, relaciones, autodeterminación, sentido e imagen del futuro); Las manifestaciones de la persona sobre el tipo de apoyos que necesita y la forma en que considera que deben prestárseles.

DATOS DEL CONTEXTO RESIDENCIAL

Apoyos y servicios del centro:

Programas disponibles en el centro de apoyo al mantenimiento de capacidades y autonomía (atención personal en movilización y desplazamientos, mantenimiento de la salud y dieta adaptada, apoyos para el bienestar emocional, apoyo para relaciones interpersonales, autodeterminación, garantía de derechos, ocupación, empleo, ocio...)

DOCUMENTOS DE APOYO

Planificación individual:

La persona dispone de un plan individual de atención consistente en (especificar área, actividad, frecuencia e impacto).

Aspectos relacionales en el centro:

Con profesionales, compañeros/as, profesionales externos, otros en la comunidad.

Observación de Indicadores de maltrato

(falta de cuidados básicos: aspecto desaseado, ropa en mal estado, mal olor; no se le permite hablar / dar su opinión; la persona pasa solas varias horas al día ininterrumpidamente; se insiste ante los problemas que causa; permanece encamado, sin necesidad; otros)

Entorno

(Accesibilidad de las instalaciones; disponibilidad de ayudas técnicas; confortabilidad)

Opinión de la persona sobre su situación en el centro

(excelente, buena, regular, mala)

Opinión de los familiares sobre la atención y apoyos recibidos en el centro (excelente, buena, regular, mala)

Personas de referencia: Especificar profesionales y compañeros/as de referencia en base a responsabilidad técnica directa sobre la persona de los primeros y afinidad personal (amistad, cariño) en los/as segundos/as.

SITUACIÓN JURÍDICA Y ECONÓMICA

- Situación jurídica
 - Especificar, presunción de incapacidad, Incapacitación, tutela...)
- Nombre dirección y teléfono tutor/a legal
- Desamparo legal
- Denuncias
- Resolución ingresos involuntarios
- Antecedentes penales

Sí	NO
----	----
- Salario, pensiones y otros ingresos que recibe:

Tipo

Cuantía anual

- Complemento gran invalidez:
- Complemento ayuda 3ª persona:

PNC	LISMI
-----	-------
- Prestación por hijo/a a cargo:
- Patrimonio :
- Salario:
- Aportación al centro:

VALORACIÓN TÉCNICA Y DICTAMEN PROFESIONAL

Se sintetizará la historia social de la persona y su itinerario convivencial.

Se valorarán acontecimientos vitales relacionados con la situación de la PDITC y los apoyos movilizados, la intensidad y complejidad de apoyos necesarios respecto a la situación que la discapacidad y los trastornos de conducta generan, las percepciones y proyectos de la persona, la calidad de vida de la persona, apoyos e idoneidad de servicio que utiliza.

Se identificará a profesionales y personas de referencia para las derivaciones y traslados.

DOCUMENTOS DE APOYO



Se dictaminará la idoneidad de la derivación/traslado, indicando el proceso adecuado (intensidad, calidad, tiempos, apoyos) y las garantías del proceso.

Nombre

Lugar

Fecha

Firma

- Negativista
- Retraída
- Destructiva
- Social ofensiva
- No colaboradora Estereotipada o atípica
- Hiperactiva

Explicación detallada del episodio:

Duración aprox:

Intensidad:

Leve Media Grave

¿Por qué se puso así?

¿Dónde comenzó el incidente?

¿Qué estaba haciendo antes de desarrollar la conducta desajustada?

¿Qué personas estaban presentes inmediatamente antes de que se produjera el episodio?

¿Qué hicieron estas personas antes

de que se produjera el incidente?

¿Qué personas estaban presentes durante el episodio?

¿Cómo actuaron estas personas mientras se producía el incidente?

Explicación detallada de la intervención que se llevó a cabo

Consecuencias a corto plazo:

- Producidas por la intervención que se llevó a cabo
- Causadas de forma natural por el comportamiento

¿Cómo aceptó la persona esta intervención?

¿La persona asumió su responsabilidad?

¿Qué apoyos necesitaría la persona para reducir la tasa de emisión de estos comportamientos?

4.

REGISTRO DE INCIDENCIAS DE COMPORTAMIENTO

Nombre del usuario o usuaria:

Nombre de la persona que rellena este formulario:

Fecha:

Hora:

Tipo de conducta:

- Heteroagresiva
- Autolesiva
- Disruptiva

DOCUMENTOS DE APOYO

Se presupone que los problemas de comportamiento tienen un objetivo comunicativo. ¿La persona llegó a alcanzar su meta cuando desplegó el comportamiento desajustado?

¿Cuál se supone que era el fin de esta conducta inadecuada?

¿Cambiará la intervención general que se está llevando a cabo con esta persona?

¿Qué cambios relacionados con la modificación de conducta se introducirán en su programa individual?

5. PLAN DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO

APELLIDOS Y NOMBRE:

FECHA:

PROFESIONAL RESPONSABLE:

FECHA DEL SEGUIMIENTO:

EVALUACIÓN PREVIA:

Definir **PROBLEMAS PRINCIPALES, OBJETIVOS Y PROGRAMAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN** en las siguientes áreas:

- AREA PSICOPATOLÓGICA:

- TRASTORNOS DE CONDUCTA:

Indicar tipo, intensidad, frecuencia, antecedentes.

- AREA DE SALUD Y FARMACOLÓGICA:

- HABILIDADES ADAPTATIVAS:

Indicar habilidades conservadas y potenciales

- AREA SOCIO-FAMILIAR:

DOCUMENTOS DE APOYO



FICHA DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADO:

- APELLIDOS Y NOMBRE:
- FECHA DE EVALUACIÓN:
- FECHA DEL PRÓXIMO SEGUIMIENTO:

	AREA PSICOPATO- LÓGICA	TRASTORNOS DE CONDUCTA	AREA DE SALUD Y FARMACOLÓGICA	HABILIDADES ADAPTATIVAS	AREA SOCIO FAMILIAR
OBJETIVOS INICIALES					
PROGRAMAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN APLICADAS					
EVALUACIÓN Y RESULTADOS					
OBJETIVOS PRÓXI- MOS					

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA



- Aman MG, Singh NN, Stewart AW, Field CJ. (1985). The aberrant behaviour checklist (ABC): a behavior rating scale for the assessment of treatment effects. *Am J Ment Defic*; 89(5):485-91.
- Asociación Paz y Bien (2009). Protocolo de Medidas Restrictivas. Residencia Santa María. Asociación Paz y Bien. Sevilla.
- Ainscow, M. (2001). Desarrollo de escuelas inclusivas. Ideas, propuestas y experiencias para mejorar las instituciones escolares. Narcea. Madrid.
- Badía A, Mauri T, Monereo C (2004). La práctica psicopedagógica en educación formal. UOC. Barcelona .
- Bonals J, Sanchez Cano M (2007). Manual de Asesoramiento Psicopedagógico. Crítica y Fundamentos 17. Graó. Barcelona.
- Canal Bedía R (1998). El proceso para instaurar programas de apoyo conductual positivo en servicios residenciales. *Siglo Cero* nº179; 29(5):11-22.
- Carr, E. G., Levin, L., McConnachie, G., Carlson, J. I., Kemp, D. C. y Smith C. E. (1996). Intervención comunicativa sobre los problemas de comportamiento. Alianza Psicología. Madrid.
- Carulla LS, Novell Alsina R (2002). Guía práctica de la Evaluación Psiquiátrica en el retraso mental. Ed. Asociación Española para el estudio científico del retraso mental. Madrid.
- Coller X(2005). Estudio de casos. Cuadernos metodológicos nº 30. CIS. Madrid.
- Ibáñez J (1979). Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica. Siglo XXI. Madrid.
- Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades (1993). Apoyo Conductual Positivo. Manuales de trabajo en centros de atención a personas con discapacidad de la Junta de Castilla y León.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2006). Proceso asistencial integrado. Trastorno Mental Grave. Anexo 6: Normas de Calidad en la contención mecánica de pacientes con TMG. Junta de Andalucía. Sevilla.
- Echeita G (2006). Educación para la inclusión. Educación sin exclusiones. Morata. Madrid.
- Elorriaga J, Ferrer R, Fuentetaja A, Garrofe R, Rey F, Rueda P (1997). Atención al cliente y calidad del servicio. *Siglo Cero* Nº 169, 28(1):19-44.
- Flick U (2004): Introducción a la investigación cualitativa. Morata. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Verdugo Alonso MA, Crespo M, Badía M, Arias B (2008). Metodología en la investigación sobre discapacidad. Introducción al uso de las ecuaciones estructurales. VI Simposio científico SAID. Inico. Salamanca.

Franco M (1998). Trastornos mentales y de conducta en el retraso mental. Ed. Edintrás. Zamora.

Gine C (2006). El asesoramiento desde la perspectiva de la educación inclusiva. En: Monereo C, Pozo JI: La práctica del asesoramiento educativo a examen. Graó. Barcelona.

Gresham FM, Davis CJ (1988). Behavioral interviews with teachers and parents. En: Shapiro ES, Kratochwill TR. Behavioral assessment in schools. Conceptual foundations and practical applications. The Guilford Press. Nueva York.

Horner RH, Dunlap G, Koegel RL,

Carr EG, Sailor W, Anderson J, Albin RW, O'Neill RE (1990). Toward a technology of "nonaversive" behavioral support. Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps; 15:125-132.

Hurber y Baruth (1996). Terapia Racional Emotiva. Herder, Barcelona.

La Vigna GW (1991). Dificultades conductuales y modificación de conducta no-aversiva. Ed. Fundación Uliazpi. San Sebastián.

Mata G, Carratalá A. (2008). Planificación Centrada en la Persona. Cuadernos de Buenas Prácticas FEAPS N° 4. FEAPS. Madrid.

Novell Alsina R, Rueda Quillet P, Salvador Carulla L. (2004). Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. 3ª edición. Colección FEAPS. Madrid.

Pérez Marín J, Buil Baena M. Proyecto para implantación de un protocolo de actuación que dé cobertura legal a la adopción de medidas coercitivas a personas dependientes, mayores y deficientes mentales con graves problemas de conducta en situación de agitación (Proyecto KATY). Proyecto de investigación financiado por el IMSERSO, convocatoria de subvenciones de acuerdo con la Orden TAS/1588/2005 de 20 de Mayo de acuerdo con la resolución de 2 de junio de 2005 (sin publicar).

Ramos Brieva JA (1999). Contención mecánica. Restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento. Masson Editores. Barcelona.

Tamarit J (1995). Conductas desafiantes y autismo: un análisis contextualizado. En: Tamarit, J. et al. La atención a alumnos con necesidades educativas graves y permanentes. Gobierno

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA



de Navarra, Dto. de Educación, Cultura, Deporte y Juventud. Pamplona.

Verdugo, MA (2006). Cómo mejorar la vida de las personas con discapacidad intelectual. Instrumentos y estrategias de evaluación. Amarú. Salamanca.

PDITC

**PROTOCOLOS
DE INTERVENCIÓN CON
PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL
Y TRASTORNOS GRAVES DEL COMPORTAMIENTO**



UNIÓN EUROPEA
Fondo Social Europeo



JUNTA DE ANDALUCIA