MANUAL DE PROTOCOLOS ASOCIACIÓN CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

ÍNDICE

1. Introducción

2. Mapa de Protocolos CEPER

3. Protocolos Clave

4. Protocolos Estratégicos.

5. Protocolos Operativos o de Soporte.

1.- INTRODUCCIÓN

El Manual de Protocolos de la Asociación CEPER pretende identificar todas las actuaciones relevantes y como proceder con respecto a PERSONAS USUARIAS, TRABAJADORES y FAMILIAS.

Los protocolos de la Asociación CEPER han sido distribuidos, organizados y calificados por Junta Directiva, Dirección y Profesionales en:

PROTOCOLOS CLAVE

PROTOCOLOS DE APOYO A FAMILIAS

PROTOCOLOS OPERATIVOS o de SOPORTE

Los PROTOCOLOS CLAVE tienen contacto directo con la Persona Usuaria del servicio, se realizan en tiempo real y son la razón de ser de la Entidad.

Los PROTOCOLOS DE APOYO A FAMILIAS se diferencian entre la acogida, intervención o que aportan información a las mismas.

Los PROTOCOLOS OPERATIVOS o DE SOPORTE aportan recursos materiales, organizativos o de información para la realización de los procesos clave.

El Manual de Protocolos CEPER pretende servir de guía para todos los profesionales de la Entidad y todos aquellos trabajadores y trabajadoras que se incorporan por primera vez a su puesto de trabajo, en todas aquellas actividades diarias en la que su actividad esté relacionada con personas usuarias y familias.

Desde su inicio, CEPER ha seguido un sistema de gestión guiado por el principio de prestar un servicio para mejorar la calidad de vida de las Personas con Diversidad funcional y sus Familias.

En el modelo de calidad de vida sería necesario asegurar, además de los requisitos, del cumplimiento de los programas, y de la satisfacción de las personas, el grado en que las acciones realizadas han conseguido lograr resultados personales valorados como significativos, en definitiva, asegurar que las acciones llevadas a cabo han tenido un impacto positivo en dimensiones relevantes de la calidad de vida de las personas que reciben los apoyos.

En el momento actual, las políticas sociales, educativas y sanitarias, las prácticas profesionales y las actitudes y valores culturales, han de estar orientados hacia la consideración, plenamente valorada, de la Persona con Diversidad funcional y su familia como ciudadanos con derechos, con posibilidades de participación, con poder de cambio social, y con percepción real de pertenencia al grupo social y cultural en el que viven.

La Asociación CEPER entiende que la calidad ya no se puede entender meramente como cumplimiento de estándares de servicio, ni siquiera como la prestación de un servicio exquisito para las personas usuarias consumidores de ese servicio.

La calidad hoy obliga a la búsqueda de resultados personales valorados como significativos en la vida propia, es decir, la calidad ha de ser comprendida desde la óptica del impacto de los servicios en la calidad de vida de las personas.

Por todo ello, no es una cuestión meramente de cumplimiento de estándares establecidos, sino que es una cuestión orientada ideológicamente por una manera de entender a las personas con diversidad funcional y a sus familias.

En la concepción actual de la discapacidad, con la persona en el centro, la calidad del servicio que se ofrece es un factor clave, pero ha de ser algo más, ha de ser un imperativo ético. Desde la ética se debe ofrecer un servicio que permanentemente persiga y promueva los mayores niveles de excelencia en su prestación.

Nuestra Entidad trabaja para que todas las personas con diversidad funcional y sus familias, sean valoradas y logren ser ciudadanos de pleno derecho, participando activamente en el desarrollo del entorno en el que se encuentran, perteneciendo a redes sociales significativas y portadores de derechos como el resto de las personas.

Por todo lo mencionado anteriormente, y siguiendo las directrices establecidas por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, CEPER toma la decisión de poner en marcha un proceso de **Gestión de la Calidad basado en el Modelo de Excelencia EFQM y** que se describe en el **Plan General de Calidad y en los Planes de Calidad por Servicio y se materializa en este Manual de Protocolos**

Su conocimiento y puesta en práctica es de obligado cumplimiento.

2.- MAPA DE PROTOCOLOS CEPER

El **Mapa de Protocolos CEPER** abarca en los procesos clave los derechos, necesidades de apoyo y expectativas de las Personas con Diversidad Funcional de la Entidad. Las demandas, información y necesidades de las familias en los Protocolos de Apoyo a familias, y la gestión de los recursos materiales, económicos y personales imprescindibles para poder llevar a cabo los procesos clave o dicho de otra manera, aquellos que son la razón de ser de nuestra Entidad.

PROTOCOLOS CLAVE

Los protocolos CLAVE se dividen en:

PC 1. Protocolo de Salud.
PC 2. Protocolo de Emergencias Sanitarias.
PC 3. Protocolo de Medicación.
PC 4. Protocolo de Higiene Personal.
PC 5. Protocolo de Valoración Integral: Plan de Atención Personalizado.
PC 6. Protocolo de Socialización de la Información.
PC 7. Protocolo de actuación ante problemas de conducta.
PC 8. Protocolo de Excelencia en la Atención.
PC 9. Protocolo de actuación ante una situación de trato discriminatorio.
PC 10. Protocolo de actuación en caso de maltrato y abuso sexual.
PC 11. Protocolo de Ocio Inclusivo.
PC 12. Protocolo de Atención al ingreso de Personas Usuarias.
PC 13. Protocolo de abandono sin consentimiento del Centro de Personas Usuarias.
PC 14. Protocolo de Prevención de Riesgos e intervención.
PC 15. Protocolo de Acompañamiento y atención durante el proceso de defunción y duelo.
PC 16. Protocolo de Contención Mecánica
PC 17. Protocolo de actuación ante atragantamientos

PROTOCOLOS DE APOYO A FAMILIAS

Los Protocolos de Apoyo a Familias se dividen en:

PAF 1. Protocolo de Atención a familias.
PAF 2. Protocolo de Respiro Familiar.
PAF 3. Protocolo de acogida a familias.
PAF 4. Protocolo de Comunicación a Familias
(Accidentes, Incidentes o Enfermedad Grave)

PROTOCOLOS OPERATIVOS o DE SOPORTE

Los Protocolos Operativos o de Soporte se dividen a su vez en:

PO 1. Protocolo de mantenimiento en presencia de Personas Usuarias.
PO 2. Protocolo de Voluntariado.
PO 3. Protocolo de Gestión de Sugerencias y reclamaciones.

1.- PROTOCOLOS CLAVE

PC 1. Protocolo de Salud..... Página 7

PC 2. Protocolo de Emergencias Sanitarias.....Página 13

PC 3. Protocolo de Medicación.....Página 18

PC 4. Protocolo de Higiene Personal.....Página 29

PC 5. Protocolo de Valoración: Plan de Atención Personalizado.....Página 32

PC 6. Protocolo de Socialización de la Información.....Página 40

PC 7. Protocolo de actuación ante problemas de conducta.....Página 45

PC 8. Protocolo de actuación ante una situación de trato discriminatorio.....Página 53

PC 9. Protocolo de actuación en caso de maltrato y abuso sexual.....Página 60

PC 10. Protocolo de Ocio Inclusivo.....Página 68

PC 11. Protocolo de Atención al ingreso de Personas Usuarias.....Página 101

PC 12. Protocolo de abandono sin consentimiento del Centro de Personas Usuarias.....Página 104

PC 13. Protocolo de Prevención de Riesgos e intervención.....Página 109

PC 14. Protocolo de Acompañamiento y atención durante el proceso de defunción y duelo.....Página 119

PC 15. Protocolo de Contención Mecánica.....Página 123

PC 16. Protocolo de actuación ante atragantamientos.....Página 126

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE SALUD

CEPER

Índice

1. Introducción.
2. Alimentación.
3. Cuidados e Higiene.
4. Cambios de pañal.
5. Control de esfínteres y menstruaciones.
6. Cambios posturales y movilizaciones.

1. Introducción

La atención sanitaria a las personas a las que la Asociación CEPER ofrece servicio es un elemento básico para garantizar la calidad de vida.

Este Protocolo de Salud es un intento de plasmar las actividades necesarias para poder proporcionar una adecuada atención a nuestras personas usuarias, y prevenir hábitos nocivos que puedan tener repercusión sobre su salud. La implantación de este Protocolo es un avance importante en la mejora de su calidad de vida en los que participan tanto las familias, los profesionales como los propias personas usuarias.

Todas las personas usuarias de CEPER, dentro de su expediente tendrán un apartado donde se incluirán todos los informes, documentos, etc. relacionados con su salud. En las personas residentes, será una carpeta, ya que la información será mucho más extensa.

Cuando una persona usuaria ingrese en la Asociación, deberá incorporar a la documentación del ingreso, un Certificado Médico donde aparezcan reflejados datos como enfermedades, vacunaciones, medicación, etc., solicitando a la familia que nos notifique por escrito cualquier cambio que se produzca o informe de sus revisiones.

En las personas residentes, independientemente de que sea la Entidad la que tenga la responsabilidad sanitaria o la tenga la familia, se revisarán todas las áreas sanitarias:

Revisiones Atención Primaria: análisis de orina, sangre, etc., anuales.

Revisiones Psiquiátricas/ Neurológicas: revisiones de medicación.

Salud bucodental: revisiones y tratamiento anuales.

Salud Ginecológica/ Urológicas

Revisiones Oftalmológicas

Revisiones específicas de Especialistas

Para llevar a cabo el seguimiento y responsabilidad de la salud existirá un Responsable Sanitario que velará y coordinará el cumplimiento de este protocolo.

7.Alimentación

Además de este seguimiento médico, en la Entidad se realizarán otra serie de actividades de Educación para la Salud, relacionados con la ALIMENTACIÓN.

La comida es uno de los momentos de mayor riesgo (vómitos, atragantamientos, aspiraciones, etc. que pueden tener consecuencias fatales, asfixia e incluso la muerte) por tanto se dedicará el tiempo necesario. Cada persona usuaria tiene un ritmo diferente que hay que respetar.

La comida se servirá a la temperatura adecuada a cada alimento, pero en ningún caso ni demasiado caliente ni fría. A cada persona usuaria se le administrará su dieta así como los suplementos alimenticios que tiene prescritos. No se mezclarán nunca los diferentes platos.

El pan se repartirá a los personas usuarias antes de servir el primer plato, posteriormente se dará otro trozo antes del segundo. Los trozos de pan serán de unos 25 gr. para los personas usuarias con dieta hipocalórica y de 40 gr. para el resto.

Como mínimo se les dará un vaso de agua entre primer y segundo plato. Así mismo a lo largo del día se ofrecerá agua al menos cada hora y media a todas los personas usuarias y especialmente a aquellos que no son capaces de pedirlo por sí mismos.

Los profesionales de atención directa deberán prestar una atención continua a las mesas/personas usuarias que tengan asignados durante la comida.

Para evitar que el exceso de ruido en el comedor provoque conductas inadecuadas y el ambiente sea lo más agradable debemos utilizar un volumen de voz adecuado, evitar golpear/arrastrar el mobiliario, etc.

Antes y después de cada comida se lavarán las manos y la cara de los personas usuarias. Después de cada comida se procederá a realizar la higiene bucal.

8.Cuidados e Higiene.

El baño se realizará diariamente procurando que el agua esté aproximadamente a la temperatura corporal (35-40º).

Las personas usuarias encamadas respecto al baño o que por sus características especiales no posean la bipedestación ni puedan mantenerse sentados en las sillas de ducha, se ubicarán en la bañera geriátrica, extremando el cuidado en las movilizaciones pues son personas con problemas de descalcificación ósea y en consecuencia con tendencia a las fracturas.

Si durante el baño se observa alguna lesión (hematomas, heridas, escoriaciones, úlceras, etc.) se comunicará al Coordinador/a Sanitario/a o Director/a del Servicio.

Es muy importante realizar una adecuada higiene genital (lavar de adentro hacia afuera y de delante hacia atrás, es decir, de la zona genital a la anal).

Después del baño y una vez secos se deberá hidratar la piel de todos los personas usuarias utilizando las cremas y lociones hidratantes corporales.

Los cortes de uñas se realizarán semanalmente en el aseo general de la tarde.

Antes y después de cada comida se lavarán la cara y manos de los personas usuarias.

Después de cada comida se procederá a realizar la higiene bucal.

Durante los meses de verano es muy importante aplicar crema de protección solar a todas las personas usuarias antes de salir al exterior, así como posteriormente hidratarles con crema para "después del sol".

En todo momento los personas usuarias deberán presentar unas adecuadas condiciones de aseo e higiene.

9.Cambios de Pañal

Los absorbentes se deben colocar de delante hacia atrás y retirarlos siempre hacia atrás, así pasaremos de la parte más limpia a la más sucia, evitando infecciones.

No se recomienda la utilización de dos absorbentes a la vez, ya que no solo no se consigue mayor absorción sino que aumenta el riesgo de derrames.

Se cambiarán diariamente después de comer, cenar y siempre que sea preciso.

Se efectuarán revisiones después del desayuno y durante la noche (rondas de revisión, cambios de pañal, pijamas y ropa de cama si fuera necesario)

10.Control de esfínteres y menstruaciones

Se anotarán en las hojas que existen a tal efecto los controles de esfínteres, de al menos los personas usuarias que figuran en ellas y menstruaciones.

Si se apreciara alguna anomalía (diarreas, heces sanguinolentas, anuria, menstruaciones abundantes o de larga duración, etc.) se comunicará al Coordinador/a Sanitario o Director/a del Servicio.

6.Cambios Posturales y Movilizaciones

Siempre se realizarán como mínimo entre dos personas.

Se sujetará a la persona usuaria por los hombros y caderas, nunca por las extremidades ni por la ropa. Se le depositará en la silla, cama o colchoneta con suavidad y máxima precaución.

Se utilizarán los medios mecánicos de que se dispone siempre que sea necesario. Durante la noche, en cada una de las rondas, se realizarán los cambios posturales de los personas usuarias que sean incapaces de realizarlos por sí mismos.

Equipo Técnico /Directivo CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE EMERGENCIAS SANITARIAS

CEPER

Índice

1. Introducción
2. ¿A quién hay que avisar?
3. ¿Dónde ir?
4. ¿Cómo?
5. Asistencia programada y urgencias.
6. Acompañantes
7. El traslado.
8. Número de acompañantes.
9. Hasta donde hay que llegar en la responsabilidad de la persona.
10. Acompañamiento ante encame.
11. Que hay que llevar.

Anexo I. Listado de excepciones en el seguimiento en hospital.

Anexo II. Teléfonos.

Anexo III. Plantilla de datos básicos.

1.Introducción

El Protocolo de Emergencias Sanitarias se debe aplicar y poner en marcha cuando cualquier cuidador/a, educador/a o miembro del personal percibe que hay un problema relacionado con la salud en una de las personas atendidas que podría ser grave, teniendo la obligación de comunicárselo inmediatamente a un/una responsable con el fin de valorar las medidas a tomar.

Se define responsable en primer grado a los directores/as de los servicios, preferentemente al que corresponda en ese momento, como pudiera ser que no estuvieran disponibles o no se pudiera contactar con ellos será el personal el que deberá tomar las decisiones siempre siguiendo los pasos formulados en el presente protocolo.

Ante la duda, siempre es preferible tomar la decisión de acudir a un servicio médico, la responsabilidad de no hacerlo recae sobre los que toman una decisión cuyas consecuencias pueden ser muy graves.

2.¿A quién hay que avisar?

Se debe avisar en primer lugar y por este orden a Director/a del Servicio o en su defecto al Director/a General, Trabajador/a Social o Responsables de las áreas de Coordinación Sanitaria o de Coordinación de Residencia.
Servicios de emergencia (normalmente el 061 pero hay alguna persona que tiene seguros privados (anexo I).
Avisar a los representantes legales o a la familia (anexo I).

3. Donde ir.

Una vez definida la emergencia se debe tomar la decisión de llevar a las personas al Centro de Salud Comunitario, al hospital, o solicitar una ambulancia. En cualquier caso dependerá de la gravedad (cuanto más grave será más necesario directamente el recurso de urgencias), de la movilidad y del momento (de noche o en fin de semana la asistencia tiene que ser por urgencias).

4 ¿Cómo?

Las familias de las personas que tenemos en la residencia son contractualmente responsables de la atención sanitaria una vez la persona no se encuentre dentro de los límites materiales de CEPER, pero en esto hay excepciones debidas a la lejanía geográfica de las familias o a la imposibilidad de ponernos en contacto con las mismas.
Para estas matizaciones hay que revisar el anexo I a la hora de contactar con las familias.

5. Asistencia programada y urgencias.

Será responsabilidad del/la Responsable de Coordinación Sanitaria la atención de las citas programadas, también lo será, previa indicación de la Dirección Técnica de las emergencias dentro de su horario laboral, siempre que esto sea posible (es decir no hay una cita programada de importancia, tenga un grupo a su cargo, de menores por ejemplo, o el mismo se encuentre de vacaciones o de baja).

En estos casos será el/la Director/a Técnico/a del servicio que se encuentre en ese momento con la persona atendida, el que coordine la atención de la emergencia contando para ello con el personal que esté en turno.

6. Acompañantes

Siempre acompañados.

Las Personas usuarias, como regla general, deben estar acompañados/as en todo momento en un hospital por personas que los conozcan y aprecien.

Como las familias tienen, normalmente, la representación legal de las personas usuarias, lo que las faculta para tomar decisiones con respecto a posibles intervenciones o técnicas invasivas, en el momento en que las mismas, llegan al hospital, nuestra responsabilidad profesional con la persona termina.

Es por ello que se debe llamar lo antes posible a los representantes legales y se debe insistir en que deben ser ellos los acompañantes de las personas desde el área de urgencias.

Naturalmente si la persona es llevada a un área en la que no pueda tener acompañante, tras avisar al Director/a Técnico/a pertinente, la labor de acompañamiento terminaría (a menos que el personal clínico solicitara lo contrario).

Es conveniente avisar siempre de cualquier cambio de importancia en el estado de la persona de forma periódica.

7. El traslado.

Es conveniente el traslado en ambulancia ante los posibles casos de descontrol emocional o comportamental que puedan presentarse, sin embargo por causa de la probable urgencia puede ser necesario acudir a los medios de transporte del centro (furgonetas). Hacer un uso exhaustivo de los medios de seguridad en las mismas (en particular en personas en sillas de ruedas) y tratar de actuar con calma y serenidad respetando todas las normas de circulación en el camino al hospital.

8. Número de acompañantes.

Como normal general, serán acompañados por personal de atención directa que conozcan bien la situación.
En traslados en ambulancias será un solo cuidador/a o educador/a el que acompañará a la persona, en ese momento la responsabilidad la tiene el personal sanitario siendo la función del acompañante la de apoyo. El retorno al Centro será de la misma forma, en caso de alta, avisando al centro en caso de que la hora lo permita, o en taxi (que será abonado por la entidad).

En lo posible se debe apostar por esta forma de traslado.
En traslados por medios propios serán, como norma general, dos las personas acompañantes, debiendo regresar una de ellas al centro lo antes posible. Tenemos que recordar que una vez en el hospital el personal sanitario es el que se debe encargar de las movilizaciones o el control de la persona, nuestra labor es meramente apoyar dichas intervenciones y dar seguridad y tranquilidad.

9. Hasta donde hay que llegar en la responsabilidad de la persona.

Es muy importante recordar de nuevo que el acompañante no es el representante legal de la persona, no puede tomar decisiones ni firmar documentación alguna dando visto bueno a ninguna intervención.
Las únicas excepciones a esta regla se recogen en el anexo I.

10. Acompañamiento ante encame.

En el caso de que la persona fuera encamada, y al igual que en la asistencia médica, será la familia o sus representantes legales los responsables del acompañamiento. De nuevo hay algunas excepciones recogidas en el anexo I.

11. Que hay que llevar.

Es conveniente llevar:
Mudas y ropa de repuesto.
Pañales y toallas.
1 Dosis de la medicación (la siguiente toma)
Documentación de la persona (en particular copia u original de DNI y cartilla de la seguridad social).
Carpeta de asistencia sanitaria.
Registros o documentos que sean importantes (como por ejemplo registros de fiebre, micción-defecación, cronicidad de ataques epilépticos...).

Equipo Técnico – Directivo CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE MEDICACIÓN

CEPER

PC. 3 Protocolo de Medicación

Índice

1. Introducción.
2. Blíster. Sistemas personales de dosificación (SPD)
3. Sala de medicamentos.
4. Administración de medicación.
5. Medicación para urgencias.
6. Medicación para familias.
7. Registros de administración de medicación.
8. Errores.
9. Persona responsable de medicación.
10. Aspectos a tener en cuenta.

1.Introducción.

La administración y el control riguroso de la medicación en la Asociación CEPER no sólo debe considerarse un aspecto relevante y a tener muy en cuenta, sino que debe reconocerse como vital en el sentido estricto de la palabra, ya que un desajuste, un olvido o el más simple de los errores puede ocasionar consecuencias muy graves en las personas usuarias, debido a las características del colectivo con el que trabajamos y a los medicamentos que se administran, que tratándose fundamentalmente de psicofármacos, requieren un control y una rigurosidad que no den lugar al más mínimo de los errores ni dudas en su administración diaria.

2.Blíster. Sistemas Personales de Dosificación (SPD)

El/la profesional farmacéutico/a será la persona encargada de preparar los SPD que utilizarán en las residencias, responsabilizándose de su contenido. Este servicio lo realizará el/la profesional farmacéutico/a de manera semanal, facilitando que las residencias tengan toda la medicación disponible el viernes para su administración a partir del lunes siguiente.

La preparación y control de la medicación por parte del profesional farmacéutico aportará seguridad en la dispensación de la medicación a las personas usuarias, agilizará su administración y disminuirá el tiempo que se dedica desde los centros a la preparación de la misma.

Las ventajas del uso de estos blíster son las siguientes:

-Reduce los errores de medicación.
-Favorece una buena provisión de medicación.
-Disminuye el riesgo de error en la administración.

3.Sala de Medicamentos.

La Sala de Medicamentos, dispone de tres cajoneras de plástico en la que se encuentran la medicación de todos los servicios:
-Residencia de Menores.
-Residencia de Grandes Dependientes / Unidades de Estancia Diurna.
-Residencias de Adultos / Centros Ocupacionales

También hay tres carpetas A-Z rojas con los cuadrantes de medicación de las personas usuarias de cada servicio. Al final de cada servicio estarán los cuadrantes de los respiros familiares.

En el armario bajo, está la medicación de rescate, líquidos, pastillas efervescentes, vitaminas, calcio… y blíster de medicación de la semana siguiente.

En el armario alto están los blíster de las semanas posteriores.

Hay un botiquín con gasas, Ibuprofeno, Paracetamol, Nolotil, etc y todo lo necesario para cualquier urgencia.

Es responsabilidad de todos que el cuartillo esté ordenado y recogido.

4.Administración de medicación

Para la administración de cualquier medicamento el **centro deberá contar con el P10 del médico o autorización de la familia debidamente cumplimentada** (esta autorización será para medicamentos que no precisen de receta médica: paracetamol, ibuprofeno, mucolítico, etc.)

La medicación de cada servicio será suministrada por el personal en turno siguiendo los siguientes cuadrantes:

•RESIDENCIA DE MENORES

	Lunes- viernes	Sábado	Domingo	festivos
Desayuno	Monitor de 7 a 15	Monitor fijo de los sábados	Monitor en turno de 9 a 23	Monitor de 7 a 15
Almuerzo	Monitor de lunes a viernes a las personas usuarias que almuerzan en el centro Monitor lunes-miércoles/jueves-viernes a las personas usuarias del autobús	Monitor fijo de los sábados	Monitor en turno de 9 a 23	Monitor de 7 a 15
Cena	Monitor de lunes a viernes	Monitor fijo de los sábados	Monitor en turno de 9 a 23	Monitor de lunes a viernes

•RESIDENCIA DE ADULTOS

	Lunes- Viernes	Sábado – Domingo	Festivos
Desayuno	Monitor responsable de levantar RA		
Almuerzo	Monitor fijo en comedor		
Cena	Monitor de 15 a 23 horas		

•RESIDENCIA DE GRANDES DEPENDIENTES

	Lunes- viernes	Sábado – domingo	festivos
Desayuno	Monitor turno de 7 a 14 horas	Monitor fijo sábados y domingos	
Almuerzo	Monitor turno de 13 a 21 horas	Monitor fijo sábados y domingos	
Cena		Monitor fijo sábados y domingos	

Cuando el monitor responsable de suministrar la medicación cambie el turno la persona responsable de su turno es la que administra la medicación.

Pautas a llevar a cabo para administrar la medicación:

1.El monitor que suministra la medicación **SÓLO** se encargará de este cometido, no tendrá ninguna otra responsabilidad mientras administra la misma. Nunca tendremos prisa para repartir la medicación, si es necesario alargar el horario del comedor, cena, desayuno, etc. se hará favoreciendo siempre el trabajo bien hecho en una tarea tan importante como ésta.

2.El/la monitor/a cogerá la carpeta del servicio que debe administrar y se guiará por ella (solo por ella, ni de memoria, ni por las pegatinas de los blíster…). Cada persona usuaria contará con una página con la siguiente estructura:

FECHA:

Nombre y apellidos:

Fecha de nacimiento:

DNI:

S.S:

Tratamiento permanente

Medicamento	Desayuno	Almuerzo	Cena

Observaciones:

Tratamiento temporal

Medicamento	Desayuno	Almuerzo	Cena	Duración

Observaciones:

Tratamiento de Rescate

Medicamento	Cantidad	Pauta

Alergias conocidas:

No conocidas.

Medicamentos que puede tomar:

Operaciones quirúrgicas:

Es de gran importancia que se administre la medicación con la carpeta roja ya que es en esta donde estarán anotados los últimos cambios, si hay medicación temporal (antibióticos).

Los cuadrantes de medicación cuentan con los siguientes apartados:

✓Datos de las personas usuarias
✓Tratamiento permanente: la medicación diaria de cada persona usuaria.
✓Tratamiento temporal: medicación que se toma por un periodo determinado de tiempo: antibióticos, antiinflamatorios, etc.
✓Tratamiento de rescate: medicación que se dará a las personas usuarias ante ansiedad, problemas de conducta…
✓Alergias: muy importante mirar este apartado antes de suministrar cualquier medicación a las personas usuarias.
Se seguirá el orden de la carpeta para repartir la medicación.

✓La medicación se administrará en la Sala de Medicación, las personas usuarias se desplazarán al mismo. Solo se le llevará a la mesa a aquellas personas usuarias que presenten problemas de movilidad, de comportamiento…
✓Se comprobará que el número de pastillas que contiene el blíster es el indicado en la carpeta.
✓La medicación se dará de uno en uno, sacaremos la medicación correspondiente a la persona usuaria y se administrará en ese momento.
✓Para la toma de la medicación se le facilitará a las personas usuarias un vaso de agua o zumo.
✓Nunca se mezclarán dos líquidos en un mismo vaso.
✓Se comprobará que las personas usuarias se han tragado la medicación.
✓Nunca se utilizará una misma jeringuilla para administrar la medicación a dos personas usuarias diferentes. Cada caja de líquido tendrá su jeringuilla, la cual se guardará limpia después de cada uso. (Limpieza de la jeringuilla: las jeringuillas se enjuagarán con agua y se secarán con servilletas o papel de cocina).
✓La medicación empezará a repartirse cuando hayamos acabado con la comida (en caso de almuerzos y cenas después de repartir el postre).
✓Los blíster nunca saldrán del cuartillo de medicación para repartir la medicación.
✓Cuando haya que dar medicación en residencia a las personas usuarias se tendrán en cuenta las siguientes pautas:

▪Se prestará especial atención en la administración de la misma.
▪Nunca se llevarán los blíster enteros, se sacará la medicación y se colocarán en pastilleros o vasos debidamente señalizados con los datos de las personas usuarias.
▪En ningún momento se perderá de vista la medicación.

▪En caso de líquidos se echarán en vasos de plástico, cucharas, yogur o jeringuilla, los botes NUNCA saldrán del office.

5.Medicación para urgencias.

En el armario de medicación del office habrá medicación para urgencias: ibuprofeno, paracetamol...Nunca dejaremos botes de medicación en la mesa de office, encima de las taquillas, etc. La medicación estará bajo llave en el mueble destinado a la misma que hay en el almacén del office.

Se mantendrá el armario limpio y ordenado, si cae algún líquido se limpiará al momento.

Cuando falte alguna medicación se comprobará si hay en el armario de repuesto del cuartillo de medicación y si no hay se pedirá a la persona responsable de medicación.

6.Medicación para Familias

Cuando una familia venga a recoger a un persona usuaria se le entregará el blíster/líquidos/sobres/antibióticos/cremas, etc. que vaya a necesitar (la medicación la colocaremos en pastilleros cuando sólo necesite parte de la medicación que contiene el blíster semanal).

Siempre que hagamos entrega de un blíster comprobaremos que la medicación está al día, que no hay pastillas de tomas anteriores ni faltan, en caso de que no sea así no se entregará ese blíster hasta consultar con la persona responsable de la medicación.

Tendremos especial cuidado con las personas usuarias que se van el fin de semana y regresan el lunes después del desayuno, esos blíster tendrán la medicación del desayuno del lunes.

Recordaremos a las familias, que si la persona usuaria regresa antes al centro y el blíster no lo han terminado deben traerlo para poder suministrarle la medicación.

7.Registros de administración de la medicación.

La persona que administra la medicación deberá rellenar el siguiente cuadrante cada vez que dé una toma:

Monitor:				
Medicación administrada:				
Hora:		Fecha:		
Persona usuarias	Administrada		Ausencia	Incidencias
	Sí	No		
Monitor responsable de la supervisión:			Monitor responsable de la administración:	
Observaciones:				

✓Medicación administrada: desayuno, almuerzo o cena.
✓Administrada: se marcará "no" cuando no le demos la medicación y se pondrá en observaciones el motivo por el que no se le da.
✓Cuando sea ausencia se marcará esa casilla sin necesidad de indicar nada más.
✓Una vez administrada la medicación firmará en la casilla: monitor responsable de la administración.
✓Comprobará que el cuadrante del turno anterior esté correctamente cumplimentado al comprobarlo con el blíster y firmará en la casilla monitor responsable de la supervisión del cuadrante anterior. Si hay algún error: medicación que no se ha dado, ausencia no marcada… se pondrá en las observaciones (se comunicará al responsable de medicación).

8.Errores.

Ante cualquier error detectado en los blíster de medicación se avisará inmediatamente a la persona responsable de medicación.
Cuando se cometa un fallo con la medicación se pondrá en conocimiento de la Persona Responsable de Medicación en el mismo momento cualquier tipo de error.

9.Persona Responsable de Medicación.

✓La directora técnica de cada servicio será la responsable de la medicación del mismo.
✓Llevar un control exhaustivo de autorizaciones de medicación, debidamente cumplimentadas y firmadas por el personal autorizado. Bajo ningún concepto se administrará ningún tipo de medicación sin la autorización de la persona correspondiente.
✓Comprobar que se haya administrado correctamente la medicación a lo largo de la semana.
✓Reponer la medicación en las cajoneras: blíster, líquidos, etc., de los servicios correspondientes.
✓Reponer diariamente el armario de medicación con la medicación de repuesto.
✓Buscar responsables en los distintos turnos de trabajo de residencia para que la administren en cada uno de ellos.
✓Llevar un control exhaustivo de la medicación de repuesto, solicitando a la persona competente la reposición de cada uno de los medicamentos que se vayan agotando.
✓Actualizar con la frecuencia necesaria cada uno de los cambios que se produzcan en la medicación de alguno de las personas usuarias.

10.Aspectos a tener en cuenta.

✓Jamás habrá medicación en las habitaciones de las personas usuarias, furgonetas, etc.
✓Toda la medicación estará bajo llave.
✓Cuando administremos antiinflamatorios entre horas se hará con un vaso de leche o zumo.
✓Hay que respetar las horas de las tomas de medicación.
✓Se prestará especial atención en la medicación que hay que dar antes de las comidas, respetando los tiempos.
✓Hay medicamentos que precisan de ciertos cuidados que debemos tener en cuenta, estos siempre estarán explicados en el cuadrante: tardyferon, se toma con zumo de naranja natural; vitaminas, se toma antes de los desayunos, etc.
✓La farmacia está abierta de lunes a viernes de 9 a 21 horas y podemos ir a por cualquier medicamento que necesitemos (recetas que nos den en urgencias); los sábados abre por la mañana.
✓Cuando llevemos a un persona usuaria a urgencias o al médico cogeremos el cuadrante con la medicación que toma (carpeta roja cuartillo de medicación, habrá dos copias para que siempre haya una allí).

Equipo Técnico – Directivo CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE HIGIENE PERSONAL ASEO Y BAÑOS

CEPER

PC. 4 Protocolo de Higiene Personal, Aseos y Baños

Índice

1. Introducción.
2. Profesionales encargados.
3. Aspectos a tener en cuenta.
4. Registros.

1.Introducción.

El objetivo de este protocolo es mantener a las personas usuarias de la Asociación CEPER en las óptimas condiciones higiénicas.

2. Profesionales responsables.

Los profesionales responsables de hacer cumplir el protocolo serán los siguientes:

- Personal de atención directa (ejecución y planificación)
- Equipo técnico (asistencia técnica y planificación)
- Dirección Técnica (planificación y reparto de tareas)

3. Aspectos a tener en cuenta.

Los aspectos a tener en cuenta serán los siguientes:

- Respetar las costumbres y la intimidad de la persona usuaria.
- Potenciar la autonomía de la persona usuaria y ayudarla cuando sea necesario.
- Higiene diaria:
  - Lavado
  - Peinado
  - Afeitado
  - Ducha asistida y lavado de cabello
  - Secar la piel con especial atención a los pliegues de la misma e hidratarla después.
- Cortado de uñas de manos y pies.
- Depilación (axilas, piernas e inglés)
- Poner colonia (según costumbre de la persona).
- Vestirlo/a o vestirse con ropa limpia.

4 Registros.

Los registros que se llevarán a cabo serán los siguientes:

- Registro de cortado de uñas/depilación
- Registro de higiene personal.

Equipo Técnico – Directivo CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE VALORACIÓN INTEGRAL: PLANES PERSONALES DE APOYO

CEPER

PC. 5 Protocolo de Planes Personales de Apoyo

Índice

1. Introducción: ¿Qué son los Planes Personales de Apoyo?
2. Objetivos del proceso
3. Procedimiento
4. Fases del procedimiento:
5. Primera fase.
6. Segunda fase; Evaluación Técnica de Apoyo.
7. Tercera fase; Integración de resultados.
8. Cuarta fase; Proceso final de acuerdos.
9. Evaluación y seguimiento.
10. Anexo I. Hoja de Trabajo de Planificación y Valoración.
11. Anexo II. Hoja de Registro del Proceso.
12. Anexo III. Ejemplo de Hoja de Evaluación.
13. Anexo IV. Plantilla PPA.

1.Introducción: ¿Que son los Planes Personales de Apoyo?

La Asociación CEPER considera la atención individualizada el requisito imprescindible para la atención a Personas con diversidad funcional.
En este protocolo queremos dar un paso más, dando un carácter personal a toda la estrategia de intervención para con las personas con discapacidad. En este sentido el Plan Personal de Apoyos (PPA) pretende dar respuesta a las necesidades que una Persona con Diversidad funcional pueda plantear en los distintos ámbitos de su vida. Por tanto estaría orientado a la mejora de calidad de vida.
Para ello se establecería, partiendo de sus propias expectativas y necesidades, una relación de objetivos centrados en destrezas o habilidades adaptativas y relacionados con las distintas dimensiones de calidad de vida.
Para la elaboración del PPA se utilizarán las dimensiones e indicadores de calidad de vida propuestos por Schalock y Verdugo:

- **Bienestar físico**
- **Bienestar emocional**
- **Relaciones interpersonales**
- **Inclusión social**
- **Desarrollo personal**
- **Bienestar material**
- **Autodeterminación**
- **Derechos**

Es muy importante ser flexible y cambiar su contenido, sobre la marcha, cuanto sea necesario y en interés de la persona.

2.Objetivos del Protocolo de Planes Personales de Apoyo

Los objetivos de este protocolo son múltiples, a saber:

- Garantizar que la persona tenga el poder efectivo en la toma de decisiones sobre su vida, aun en los casos en los que ella no lo pueda ejercer directamente, facilitándole que lo haga a través de un grupo de personas que le aprecian y le apoyan.
- Conocer e intercambiar, de la forma más completa posible, información de cada Persona con Diversidad funcional (puntos fuertes y débiles, sus sueños, deseos, necesidades, expectativas,...)
- Poder adaptar los apoyos y las actividades que se realizan con cada persona.

- Establecer unos soportes documentales de apoyo, en los que se registre la información obtenida, que sirvan para hacer el seguimiento a lo largo del tiempo, mantener los compromisos y para favorecer que la persona tenga mayor autocontrol sobre sus metas

- Potenciar la cohesión entre la red natural y profesional de apoyo de cada persona, para poder ayudarle de la forma más coordinada y efectiva posible.

- Identificar apoyos naturales y servicios en la comunidad a los que la persona quiere acceder.

- Conseguir que en toda la entidad se respete el derecho que tienen las personas a ser apoyadas siguiendo el proceso aquí diseñado.

- Poder compartir y mejorar las prácticas profesionales. Que todos sepamos qué es lo que hacemos y porqué se hace.

- En definitiva, este proceso tiene como cliente final a la Persona con Diversidad funcional y como clientes intermedios a su red natural de apoyo y a los profesionales, en el sentido de que van a poder mejorar su capacidad de ayudar a la persona, a la vez que pueden enriquecerse personalmente.

3. Procedimiento.

Para el correcto desarrollo del Plan Personal de Apoyos (PPA) para una Persona Usuaria de un Centro de nuestra Entidad, se plantean dos procedimientos:

•Un primer procedimiento en el que la persona junto a su familia y los profesionales del Centro establecen una serie de objetivos personales.
•Y en segundo lugar y directamente relacionado con el primero, un procedimiento para establecer aquellas actividades que permitirán la consecución de los objetivos personales planteados.

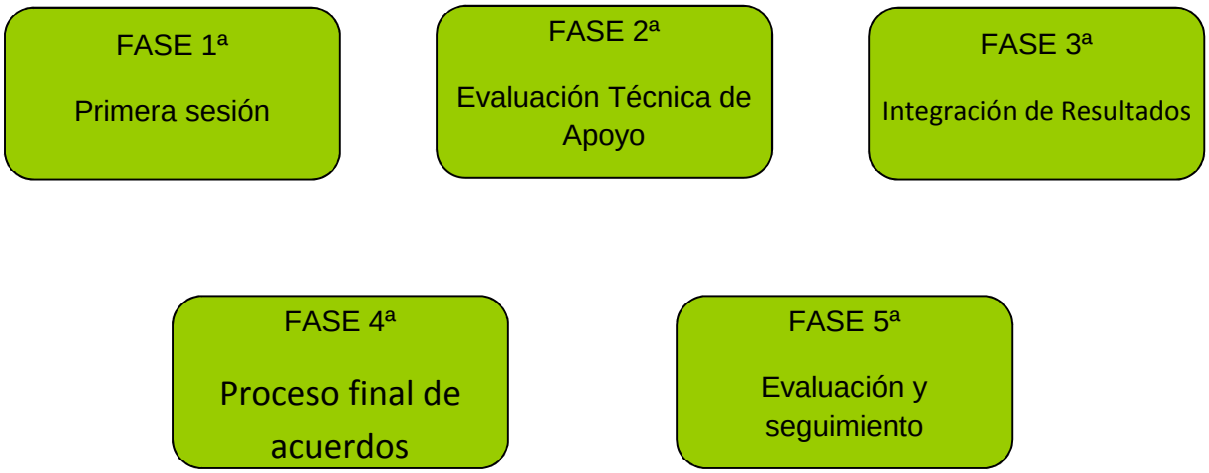
Es muy importante ser flexibles y realizar las modificaciones oportunas en los planes atendiendo a los cambios que se producen en los distintos contextos o los orientados por la Persona con Diversidad funcional.

Los objetivos que se persiguen con la elaboración del PPA son los siguientes:

•Planificar apoyos acorde a las expectativas de la Persona con Diversidad funcional.
•Conseguir la participación real de la Persona con Diversidad funcional en las decisiones sobre su vida.
•Plantear un marco de participación familiar.
•Concretar qué va a hacer la Persona con Diversidad funcional en el marco de los servicios.

•Ordenar y concretar las ideas, lo que hace posible su comunicación y compartirlas con todos los miembros del equipo.
•Coordinar todas las actuaciones que los distintos profesionales llevan a cabo junto a la Persona con Diversidad funcional.
•Detectar cambios en la situación de la persona y percibir su evolución
•Establecer pautas de actuación ajustadas a la realidad concreta.
•Asegurar que todos los aspectos clave de la Persona con Diversidad funcional sean tenidos en cuenta por el equipo de profesionales.

4. Fases del procedimiento.



a.Primera Sesión.

Objetivos:
•Obtener una primera visión de los ámbitos de interés de la Persona con Diversidad funcional.
•Asegurar el compromiso por parte de la familia o tutores legales y del centro para prestar los apoyos necesarios en los ámbitos de interés acordados.
•Asegurar la participación desde el primer momento de la Persona con Diversidad funcional en la elaboración de su Plan Personal de Apoyos (PPA)

Personas implicadas:
•Persona con Diversidad funcional
•Familia o tutores legales (en su caso).
•Profesionales (Responsable del Servicio)

Síntesis:

La Persona con Diversidad funcional planteará aquellos deseos, áreas de aprendizaje, ilusiones… que más le interesen. En el caso de que la persona necesite apoyos para poder comunicar los aspectos mencionados anteriormente se establecerán todos los apoyos necesarios para asegurar su participación.

Se elaborará un primer documento en el que se recogen los planteamientos de la persona y los compromisos de apoyos por parte de la familia y de los profesionales. Este documento se leerá en la sesión para corroborar que la información compartida es correcta.

Recursos necesarios:

Un lugar de reunión cálido y confortable para celebrar la reunión que se centrará sobre los ámbitos de interés de la Persona con Diversidad funcional.

b. Segunda fase; Evaluación Técnica de Apoyo.

Objetivos:
•Obtener información sobre las distintas dimensiones de calidad de vida
•Obtener información complementaria sobre necesidades de apoyo y conducta adaptativa

Personas implicadas:
•Profesionales.

Síntesis:
Como información complementaria para la elaboración del Plan Personal de Apoyos (PPA), se realizarán evaluaciones en términos de calidad de vida, conducta adaptativa y apoyos. Para ello se usarán escalas estandarizadas.
En nuestro caso las escalas usadas son:
•Cals/Alsc, Evaluación/Curriculum de destrezas adaptativas.
•Icap, Inventario para la planificación de servicios y programación individual.
•SIS, Escala de intensidad de apoyos.
•Escala integral de Calidad de Vida (Verdugo)
•Gencat. Escala de calidad de Vida.
•Dash-II, Evaluación diagnostica para personas discapacitadas.
•Mini examen cognoscitivo
•Escala de conductas anómalas (ABC-ECA)
•Listado de conductas compulsivas (Geyde)
•Lista de signos observables de depresión (Gayde)
•Lea (logopedia)
•Itpa (Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas)
•Registro Fonológico Inducido
•Peabody (Test de vocabulario en imágenes)
•Laura Bosh (Test fonológico)

Recursos necesarios:

Disponer de herramientas y escalas estandarizadas para obtener información de la persona usuaria en términos de calidad de vida, conducta adaptativa y apoyos.
Disponer de personal cualificado para administrar las escalas y/o herramientas.

c.Tercera fase; Integración de resultados.

Objetivos:

•Realizar una propuesta de Plan Personal de Apoyos (PPA) atendiendo a toda la información obtenida hasta ese momento.

Personas implicadas:

•Responsable del servicio.

Síntesis:

Contando con el informe de acuerdos de la primera sesión, los resultados de las escalas, la observación y el trabajo desarrollado en los últimos meses, los profesionales implicados mantienen una reunión en la que analizan el material obtenido y realizan una primera propuesta del plan personal. Se tendrá en cuenta de forma especial las aportaciones realizadas en la primera sesión por la Persona con Diversidad funcional.

Recursos necesarios:
Toda la documentación pertinente.

d.Cuarta fase; Proceso final de acuerdos.

Objetivos:
•Elaborar un documento final en el que se recojan los objetivos personales
•Conseguir una buena valoración de la persona usuaria y sus familiares sobre el procedimiento
•Lograr una buena satisfacción de la persona usuaria y sus familiares respecto al PPA

Personas implicadas:
•Persona con Diversidad funcional
•Familia o tutores legales (en su caso)
•Profesionales

Síntesis:

La persona responsable técnica del servicio o profesional designado para ello, enviará el documento a las familias o representantes legales. El documento final recogerá los objetivos personales.
Los objetivos personales que se planteen en el Plan Personal de Apoyos (PPA) serán claros y alcanzables.
Por último, el documento será firmado por familia, persona y representantes legales y devuelto al centro para comenzar su desarrollo.
En algunos casos es deseable otra reunión con la familia para explicar el documento, esto queda al juicio del equipo técnico.
Recursos necesarios:
Envío en ruta, postal cuando sea necesario o en persona de los objetivos en el documento estandarizado (Anexo 1).

e.Evaluación y Seguimiento

Objetivos:
•Evaluar el nivel de cumplimiento de los objetivos personales.
•Valorar posibles cambios en los objetivos personales.
•Evaluar los avances en términos de calidad de vida.
Personas implicadas:
•Persona con Diversidad funcional
•Familia o tutores legales
•Profesionales

Síntesis:

Al menos cada seis meses se realizará un seguimiento de los objetivos personales establecidos basándose en los registros elaborados para tal fin. En esta evaluación participará la Persona con Diversidad funcional, la familia y profesionales. Igualmente se realizarán propuestas de mejora o la incorporación de nuevas áreas. Tanto el resultado de la evaluación como las propuestas quedarán recogidos en un documento, que servirá para redactar el informe de seguimiento y evolución de las personas usuarias exigido por la Delegación provincial correspondiente, conforme al Decreto 388/2010, de 19 de octubre (art.17).
A los dos años se evaluará de nuevo en términos de calidad de vida.

Recursos necesarios:

•Disponer del personal cualificado para evaluar los objetivos personales establecidos.
•Disponer de herramientas para llevar a cabo el seguimiento de los objetivos personales (Anexo 2)

Equipo Técnico – Directivo CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE SOCIALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

CEPER

PC. 6 Protocolo de Socialización de la Información

Índice

1. Introducción.
2. Cómo llevar a la práctica este protocolo:
   a.Elaboración de una ficha.
   b.Recogida de información.
   c.Cumplimentación de la ficha personal.
   d.Ubicación de la ficha.
   e.Difusión.
   f.Ampliación, revisión y actualización.
3. Beneficios.

1. Introducción.

Habría que reflexionar sobre la conveniencia de recopilar información individualizada de cada persona usuaria, y que ésta esté disponible y accesible para toda aquella persona que participe en nuestro servicio: profesionales, suplentes, voluntarios y personal en prácticas. Se trata de un esfuerzo hoy, pero una ayuda para el futuro (el esfuerzo que se hace para poner al día en media hora a una persona que llega nueva y no tiene la experiencia de la responsabilidad directa del día a día).

Sería bueno escribir más sobre nuestras personas usuarias, porque si no es así, cada uno los tratamos según nos parece mejor. Esto nos proporcionaría unas pautas generales personalizadas que pueden ayudar mucho a las personas que se acercan por primera vez a nuestras personas usuarias. Permitiría que se acercaran a ellas con nombre y apellidos (le gusta el fútbol, le gusta que le toquen el pelo, no le gusta madrugar…); es decir, ayudarles a que vean a la persona y no sólo la discapacidad, siempre desde el respeto a la diversidad, sus peculiaridades, sus personalidades y sus necesidades. Es importante pensar por y para ellos, dedicar un tiempo a parar y pensar. Sin prisas, dando el tiempo que cada uno necesite y los apoyos requeridos (todos necesitamos apoyos). Trabajando en equipo, escuchando antes de dar nuestra opinión, ya que toda propuesta es buena y debe ser reflexionada y aceptada.
Los objetivos de este protocolo se centran en los siguientes aspectos:
•Reflexionar sobre los gustos y necesidades de nuestras personas usuarias.
•Hacer el esfuerzo de ponerse en el lugar de nuestras personas usuarias, pensando en sus limitaciones, peculiaridades y talentos.
•Comprobar que la información que tenemos se ajusta con la que tienen otras personas.
•Respetar gustos y preferencias.
•Difundir esta información para que el trato de respeto y tolerancia sea practicado por todas las personas que acuden a nuestro centro.

2. Cómo llevar a la práctica este protocolo:

A.- ELABORACIÓN DE UNA FICHA de recogida de datos de cada persona usuaria, con los siguientes apartados:
- Me gusta.
- Me disgusta.
- Hábitos especiales míos.
- Habilidades de mi monitor.

La ficha está dividida en los entornos cotidianos de cada persona usuaria. Se podrían determinar los siguientes contextos:
General: información sobre aspectos generales más relacionada con la personalidad de la persona usuaria.
Alimentación: dos fichas sobre sus gustos en el desayuno/merienda y almuerzo/cena
Talleres:
- Unidad de estancia Diurna o Centro Ocupacional
- Taller de autonomía personal
- Taller de área cognitiva
- Taller de expresión corporal
- Aula de Logopedia
Actividades de sobremesa:
-descanso: otras actividades de ocio
Cuidado personal:
- Esfínteres
- Aseo
- Otros
Calle: peculiaridades en las actividades comunitarias.

B.- RECOGIDA DE INFORMACIÓN: los responsables de recopilar esta información serían los monitores/as de atención directa, los cuales se pondrían en contacto con anteriores monitores/as, con la familia o con otras personas del servicio: otros monitores/as o cuidadores, cocineras,…
En este momento del proceso se necesita el esfuerzo de la observación y la reflexión de la práctica diaria, sin caer en prejuicios o tópicos.
Se pueden utilizar medios técnicos para la recogida de información, como material fotográfico e informático, utilización de pictogramas…

C.- CUMPLIMENTACIÓN DE LA FICHA PERSONAL. Con los datos recopilados, se pasa a rellenar cada ficha, haciéndolo en primera persona, con ideas concretas y comprensibles para todos. Se difunde entre el equipo de profesionales del centro para contrastar la información, llegar a acuerdos, etc. Se consulta con el/la psicólogo/a del servicio para trasladar a un lenguaje positivo, observable, realista y funcional toda la información que cada monitor ha recopilado.

D.- UBICACIÓN DE LA FICHA en los distintos espacios para que todas las personas tengan acceso a él.

E.- DIFUSIÓN: El responsable del servicio se asegura que cada vez que llega una persona nueva, se informa de los gustos y peculiaridades de cada persona usuaria.

F.- Determinación del calendario de **AMPLIACIÓN, REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN** de la información: se determina que en el mes de junio o diciembre se revisará y actualizará la información. Se iniciará también la incorporación de nuevos contextos no incluidos en la ficha inicial, que dependerá de cada persona usuaria y su programa individualizado. Algunos ejemplos pueden ser (acercamiento al empleo, gimnasio, eventos, fiestas…)

3. Qué beneficios podemos esperar de la realización de este protocolo:

En las Personas Usuarias:

-Un trato más ajustado a sus gustos y peculiaridades.
-Convertirse en los principales protagonistas de nuestros trabajos.

En los Profesionales:

-Hablar y pensar desde la mente de cada persona usuaria.
-Hacer un mayor esfuerzo en la observación.
-Ampliar el repertorio de posibilidades para confirmar las creencias que tenemos.
-Comprobar que los gustos cambian y que ellos como personas que son también están sujetos a estos cambios.

En las familias:

-Sentirse parte del proceso de atención a su familiar. Sentirse útil y apreciar la información que ellos tienen.
-Estar más a gusto con la persona responsable de su familiar.

En la organización:

-Ser consciente de los apoyos y las necesidades que tienen nuestras personas usuarias.
-Buscar medios para satisfacer aquello que nos piden: dedicar un tiempo de la jornada laboral de los trabajadores a reuniones de coordinación y comunicación; aportar dotación económica para llevarla a práctica; disponibilidad de los medios informáticos para traducir la información en un soporte accesible.
-Sentir orgullo por las inquietudes y propuestas de mejora de la plantilla de profesionales del servicio.

Equipo Técnico /Directivo CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PROBLEMAS DE CONDUCTA

CEPER

PC. 7 Protocolo de actuación ante problemas de conducta

Índice

1. Introducción
2. Registro de problemas de conducta.
3. Niveles de Intervención:
   a. Nivel 1
   b. Nivel 2
   c. Nivel 3
4. Autorización para contención no restrictiva de movimientos

1.Introducción

El objetivo de este protocolo es describir las actuaciones, por parte de todos los trabajadores/as, que se deben llevar a cabo para la contención física o intervención física en el caso de problemas de conducta.

DESCRIPCIÓN. "La intervención física es cualquier método de responder a una conducta desafiante que implique algún grado de fuerza dirigida a limitar o restringir el movimiento o la movilidad" (Harris y cols.,1996)

El uso de la intervención física en respuesta a problemas de conducta es problemático por una serie de razones:

El uso de la fuerza puede ser lesiva para las PDI como para los/as trabajadores/as.

El uso de intervenciones físicas no reguladas puede llevar al abuso y puede ir contra la Ley.

El uso de la intervención física puede que no se haga para el mejor interés de la persona.

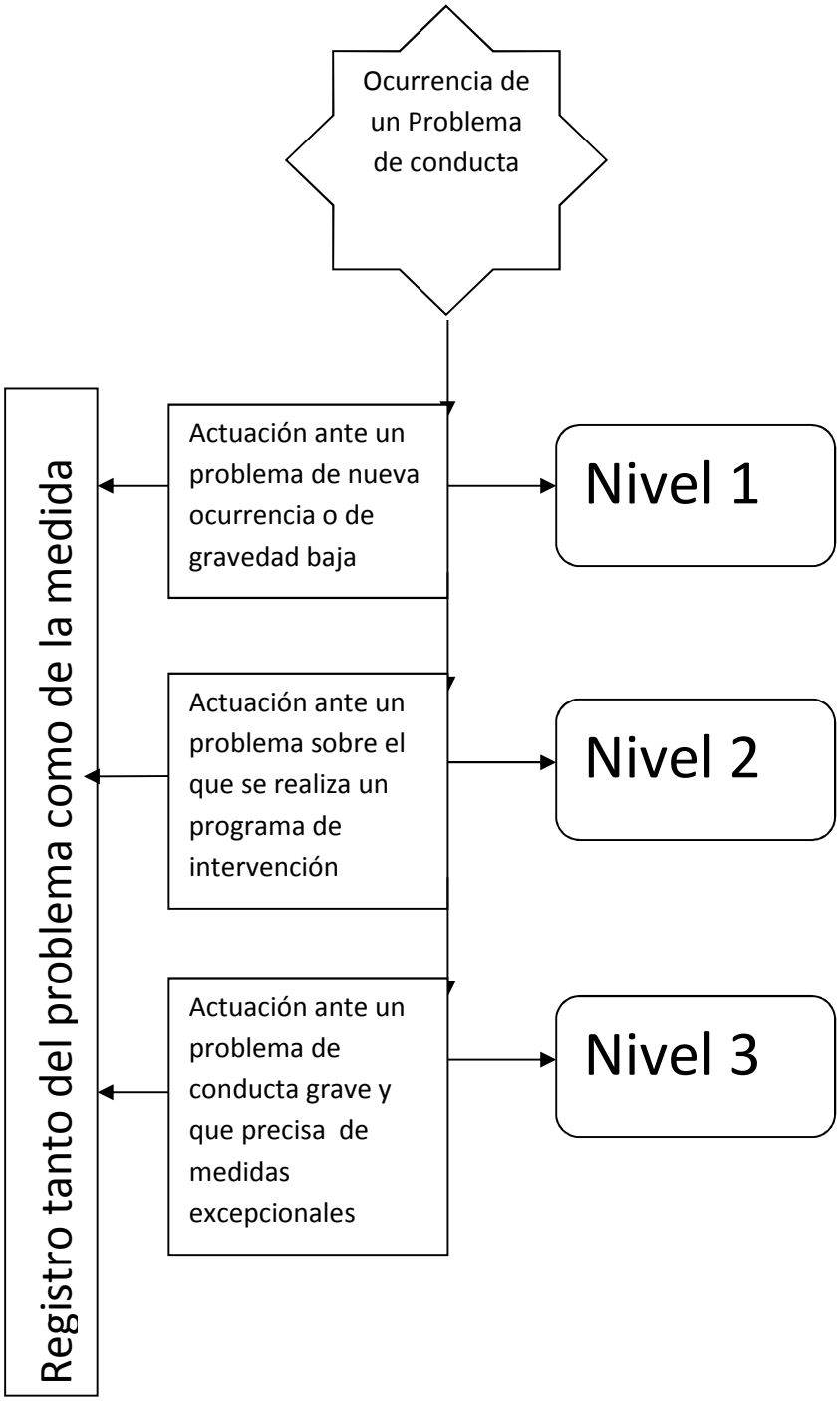
Las intervenciones físicas puede que a veces, se utilicen en situaciones donde otros métodos no físicos podrían ser más efectivos.

El uso de intervenciones físicas puede conducir a una escalada de conductas desafiantes.

Por todo ello, siempre que sea necesario el uso de la intervención física, habrá que emitir un informe de cómo, cuando y que ha desencadenado la situación, para su estudio y encontrar la forma de trabajar las conductas problemas, toda esta información se deberá recoger en el expediente individualizado de las PDI. Por todo ello consideramos que el uso de las intervenciones físicas deben ajustarse a los siguientes principios:

Excepto cuando las personas estén en serio e inmediato peligro, la intervención física será el último recurso.
En el caso de tener que utilizar los procedimientos, menos restrictivos, con la mínima fuerza necesaria y durante el más corto tiempo posible.
En la medida de lo posible, los procedimientos utilizados mantendrán la dignidad del individuo y el personal.
Los procedimientos tendrán en cuenta las características físicas de la persona, el tipo e intensidad de la conducta, su localización y el contexto social.
La intervención física nunca se utilizará por ira (cólera) o como una forma de castigo.

1.Registro de Problemas de Conducta.



2.Niveles de intervención

Este protocolo divide las intervenciones ante problemas de conducta en tres niveles. Cada uno de ellos implica un mayor nivel de responsabilidad, y por tanto de que sea conocida y aprobada su aplicación por un responsable (en el nivel 3 es imprescindible), o forme parte de un programa específico de intervención (lo que ocurre con las intervenciones de nivel 2).

Nivel 1.

Responsables: Personal de atención directa (son acciones cotidianas).

Se debe avisar a posteriori a los compañeros del servicio y al equipo técnico.

Son intervenciones que se llevan a cabo de un modo espontáneo e inmediato sobre las conductas problemáticas nuevas o sobre las que no se está aplicando un programa específico. Se trata de intervenciones y de comportamientos sobre los que posteriormente se debe informar a equipo técnico y al resto de profesionales del servicio y, por tanto, trabajar en equipo. El trabajo en equipo con otros profesionales favorecerá la consecución de objetivos.

Las intervenciones son:

-Refuerzo positivo contingente de conductas apropiadas socialmente (recompensar el buen comportamiento de la forma más rápida y equivalente al suceso que sea posible).
-Modelado (conductas aprendidas por imitación).
-Contrato de conductas (no incluidos en los niveles 2 y 3).
-Cambios ambientales (de modo positivo: ganancia o pérdida de beneficios).
-Extinción (omisión de recompensa para reducir una conducta que se está trabajando).
-Sobrecorrección (deshacer la conducta no deseada y practicar, las veces que sea necesaria, la conducta apropiada) dentro de las actividades del módulo.

Las siguientes formas de intervención en crisis:

-Ignorar la conducta problemática (solo cuando sea posible).
-Proteger a la persona o a otros.
-Restringir momentáneamente a la persona durante el episodio; retirar a todo el que corra peligro.

Nivel 2.

Responsables: Equipo técnico del Centro en su programación, el personal de atención directa en su correcta ejecución.

Se debe avisar a: Al equipo técnico de su éxito o fracaso.

Procedimientos pautados dentro de programas específicos que requieran la participación del equipo técnico, y el trabajo en equipo con el grupo de educadores/as y monitores/as del servicio. Dichos procedimientos serán conocidos por el Director/a del Centro y la familia de la Persona Usuaria a la que, si fuera necesario, se pediría su autorización y colaboración.

Las intervenciones son:

-Refuerzo diferencial de conductas funcionalmente equivalentes o conductas incompatibles.
- Coste de respuesta (pérdida de puntos, fichas y comidas no esenciales: refrescos, café, golosinas...).
-Costo de respuesta (eliminar una actividad agradable para el Persona Usuaria existente en su plan individual).
-Restitución (remediar algo) que no implique forzar físicamente.
-Práctica positiva (practicar la conducta correcta de modo masivo).
-Tiempo fuera sin exclusión (observacional).
-Retirar a la Persona Usuaria de la actividad permaneciendo a la vista del responsable (5 min.).
-Se retira la actividad que está realizando la Persona Usuaria (5 min.)

Nivel 3

Responsable: El/la Responsable del Servicio y Equipo Técnico en su programación, el Personal de Atención Directa en su correcta ejecución.

Se debe avisar a: La Dirección del Centro y los representantes legales deben estar avisados (y dar su conformidad) para la ejecución de estas medidas.

Procedimientos pautados en programas específicos que requieren la autorización del Responsable del Servicio, la aprobación del equipo técnico y la familia de la Persona Usuaria, pidiendo si fuera necesario su autorización y colaboración, así como el trabajo en equipo con el grupo de educadores/as y monitores/as del servicio.

Las intervenciones son:

-Sobrecorrección usando guía física (corregir las consecuencias ambientales de la conducta y entonces practicar la conducta alternativa incompatible).
-Tiempo fuera excluyente combinado con programas de refuerzo diferencial de conductas funcionalmente equivalentes.
-Retirar a la Persona Usuaria a un área fuera de la vista del responsable.
-Retirar a la Persona Usuaria a una sala ventilada e iluminada con la puerta abierta.
-Retirar a la Persona Usuaria a una sala ventilada e iluminada con la puerta cerrada (sin llave, máximo 10 minutos).
-Cualquier medida que puedan suponer un menoscabo en la dignidad de la persona y que tengan que ser usados por razones de fuerza mayor.

Los medios de contención no restrictivos de los movimientos (Modelo de permiso en el anexo 1)

Recordamos que para el uso de medios restrictivos de movimientos se precisa de autorización médica y judicial por escrito.

En cualquier nivel es imprescindible registrar tanto el evento ocurrido como la medida tomada.

Equipo Técnico / Directivo CEPER

Anexo 1. Autorización para contención no restrictiva de movimientos.

Yo, _____con DNI _____
Autorizo a los profesionales de la Asociación Malagueña en Favor de las Personas con Diversidad funcional CEPER con CIF G-29086915 a proceder con los mínimos medios que se necesiten de contención mecánica no restrictiva de movimientos para poder suministrar todo tipo de cuidados a mi familiar_____ con DNI_____ usuaria del servicio de Residencia / Centro de Día que la Asociación dirige en centro sito en C/_____. Málaga. Habiendo sido informado de las características de la intervención y los riesgos que pudiera tener.

Así mismo se le comunica que si se tuviera que proponer una solución de contención más restrictiva nos tendríamos que poner en contacto con el Juez competente para estos asuntos.

Fdo.

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO ANTE UNA SITUACIÓN DE TRATO DISCRIMINATORIO

CEPER

PC. 8 Protocolo ante una situación de trato discriminatorio

Índice

1. Introducción.
2. Objetivo.
3. Responsable.
4. Procedimientos.

5.Registro de detección de situaciones de trato discriminatorio, abusivo o degradante y/o de violencia.

1. Introducción.

La Asociación CEPER a través de este protocolo quiere garantizar la inexistencia de situaciones de trato discriminatorio en la Residencias y Centros de Día, evitando prácticas como el infantilismo, el trato paternalista, la despersonalización en el trato, ya que esto es fundamental para realizar una atención de calidad, y sólo humanizando el trato diario, se mejorará la vida de las personas residentes y de Centros de Día.

No hay que olvidar que las deficiencias estructurales y ambientales repercuten en la calidad de los cuidados proporcionados, influyen en la sobrecarga del cuidador, y favorecen la aparición de situaciones de violencia o negligencia.

Muñoz (2004) destaca que para lograr la calidad y la humanización en el trato residencial, es necesario considerar al personal como un pilar fundamental en la atención y cuidado de las personas con diversidad funcional. Este autor señala que la escasez de recursos materiales y humanos, la excesiva carga de trabajo, los bajos salarios, la falta de reconocimiento profesional, la rigidez administrativa, las variables de personalidad, favorecen el cansancio y la desmotivación en la plantilla y como consecuencia pueden aflorar actitudes negativas de los trabajadores hacia las personas usuarias.

La mayor formación de los profesionales que trabajan a diario con las personas con discapacidad, garantiza una intervención de calidad. Además se ha de tener en cuenta que los malos tratos institucionales se dan por la interacción de varios factores de riesgo: las características del cuidador, las características de la Persona con Diversidad funcional, y las características de la institución.

Para que estas prácticas puedan mejorarse, es necesario que el Centro reúna las mínimas condiciones que garanticen una atención de calidad, disponer del personal y los medios adecuados que faciliten el cuidado y la atención de las personas con diversidad funcional.

La estabilidad de la plantilla es determinante, porque un factor que propicia situaciones abusivas en la institución es la rotación de personal, la precariedad en el empleo y las condiciones de trabajo que generan sobrecarga y desmotivación en el personal en el desempeño de sus funciones. Habrá que considerar que cubrir las necesidades tanto físicas como emocionales es muy importante, pero sobre todo, tener en cuenta cómo se realiza este cometido.

Es necesario que los/las profesionales que trabajen con personas con diversidad funcional, sean conscientes de la importancia que tienen para estas personas que se tengan en cuenta sus necesidades afectivas. Es necesario promover la interacción entre los la persona residentes, y no imponer una serie de actividades y conductas que se supone que deben ser idóneas. También es importante no vulnerar la intimidad de las personas usuarias y aceptar la existencia de necesidades afectivas y sexuales en las personas con diversidad funcional.

Un funcionamiento con excesivas rutinas y horarios muy rígidos, vulnera el derecho de la intimidad de muchas personas usuarias. Por lo tanto se hace necesario incluir en los parámetros de calidad la intervención integral con la persona, es decir, teniendo en cuenta no solo las necesidades físicas, sino también las afectivas. Si, debido a la insuficiencia de espacios adecuados, se ven obligados a pasar el día en el mismo lugar sin apenas estimulación, esto se traduciría en una pérdida progresiva de la motivación, convirtiéndose en personas pasivas, cada vez más dependientes y/o con problemas de conducta.

Es importante que todos los trabajadores de centro presten servicio a las personas con diversidad funcional desde una perspectiva normalizadora. Hay que tener en cuenta que normalizar no es pretender "convertir en normal" a una Persona con Diversidad funcional**, es reconocerle los mismos derechos a la calidad de vida que tienen los mismos ciudadanos de su país.**

2.Objetivo.

El objetivo de este protocolo es prevenir o en su caso, solucionar con el procedimiento adecuado, las situaciones de trato discriminatorio, abusivo o degradante y/o violencia que puedan sufrir nuestras personas usuarias tanto dentro como fuera del Centro.

3.Responsable.

Director/a Técnico/a del Centro.

4. Procedimientos.

Ante la observación de posibles situaciones de trato discriminatorio, abusivo o degradante y/o de violencia hacia las personas usuarias/as se le comunica de inmediato al Director/a del Servicio.

Evaluación conjunta de la persona que observa y de la Dirección de acuerdo a los testimonios de la persona implicada y de la observación del hecho.

(Entrevistar en privado, si es posible la entrevista, a la posible víctima de maltrato y valorar la existencia de indicadores)

Investigación de los hechos por parte de la Dirección.

(Interrogar al supuesto responsable del maltrato sin la presencia de la persona que lo ha observado y de la persona supuestamente maltratada. Valorar el estrés, ansiedad o sobrecarga que pueda tener el/la trabajador/a, así como su conocimiento de las necesidades y habilidades para el cuidado y atención a las personas con diversidad funcional)

Emisión por parte del/la profesional, de un dictamen acerca de la existencia o no de indicios para la consideración de la situación como de trato discriminatorio, abusivo o degradante y/o de violencia y su gravedad:

Si en el dictamen se observa que no hay evidencias, la persona que ha detectado la situación rellenará el registro y lo entregará a Dirección Técnica para su evaluación y visto bueno.

Si el dictamen observa evidencias de gravedad baja, la dirección tomará la responsabilidad de depurar la situación tomando las decisiones oportunas en cada caso.

No culpabilizar al profesional cuando el maltrato sea debido a situaciones de abandono o negligencia por estrés o desconocimiento de las tareas de cuidado. En estos casos se darán las pautas adecuadas.

Si el dictamen observa evidencias de gravedad media-alta se actuará según la naturaleza del trato discriminatorio, abusivo o degradante y/o de violencia:

-Maltrato-daños físicos: Evaluación por parte de personal médico.

-Maltrato-daños psicológicos: Evaluación por parte de personal de atención psicológica.

-Maltrato-daño moral: Evaluación por parte del Director/a del Centro del menoscabo en la dignidad de la persona discriminada.

En todos los casos se informará a los padres y/o tutores de la persona usuaria/a del Centro.

En los casos de evidencias de gravedad media-alta que se confirmen se acudirá a la autoridad competente (Juzgados, Policía, Consumo,…)

En todos los casos, se rellenará el registro para tal fin (se adjunta)

Equipo Técnico / Directivo CEPER

REGISTRO DE DETECCIÓN DE SITUACIONES DE TRATO DISCRIMINATORIO, ABUSIVO O DEGRADANTE Y/O DE VIOLENCIA

CENTRO:	NOMBRE DE LA PERSONA USUARIA:
FECHA:	HORA:
PERSONA QUE DETECTA LA SITUACIÓN DE TRATO DISCRIMINATORIO, ABUSIVO O DEGRADANTE Y/O DE VIOLENCIA:	
NARRACIÓN PORMENORIZADA DE LOS HECHOS:	
PERSONA A LA QUE SE DERIVA:	
OBSERVACIONES Y Vº Bº DE DIRECCIÓN:	

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE MALTRATO Y ABUSO SEXUAL

CEPER

PC. 9 Protocolo en caso de maltrato y abuso sexual

Índice

1. Introducción. Definición de abuso y de maltrato.
2. Tipo de abuso.
3. Prevalencia.
4. Factores predisponentes al abuso.
5. Objetivos del protocolo.
6. Principios y actuaciones que debe regir el protocolo.

1.Introducción. Definición de abuso y de maltrato.

El objetivo que la Asociación CEPER persigue con este protocolo es describir las actuaciones que se llevan a cabo para la detección de situaciones de abuso o violencia de las personas con diversidad funcional atendidas en los servicios de la Entidad.

Definición de abuso:

Al hablar de abuso hacemos referencia a todas las situaciones en las que una persona, se ve envuelta en actividades o relaciones sexuales que no quiere, ni ha consentido y/o no entiende. Tanto en hombres, mujeres, niños y personas con discapacidad. Estas reacciones se basan en la gratificación personal del abusador que se sitúa en una posición de poder. El abuso es unidireccional pero en ocasiones, el sujeto puede ser obligado a realizar prácticas sexuales.

Definición de maltrato:

Acción no accidental por parte del cuidador/a provocando daño físico o enfermedad .no sólo se trata de una lesión premeditada sino también un exceso de disciplina o castigo inapropiado.

2.Tipos de Abuso.

A.SEXUAL SIN CONTACTO: Éste incluye: Acoso, Pornografía, posturas, incidentes e insinuaciones.

B.SEXUAL CON CONTACTO: Recoge: tocamientos, masturbación y penetración.

3.Prevalencia.

Es más elevada en la población de personas con discapacidad, la tasa de denuncia es muy baja .En el caso de menores con diversidad funcional se duplica, en edades comprendidas entre 6 y 11 años, aumenta en la adolescencia y continúa en la vida adulta.

Los autores explican este bajo índice de abuso como consecuencia tanto del procedimiento de detección como a la tendencia de los profesionales a informar únicamente de los casos claramente comprobados, no arriesgándose a dar una respuesta referida a sospecha. En las mujeres es más frecuente.

4.Factores predisponentes al abuso.

Los factores que predisponen al abuso son:

- Limitaciones cognitivas (dificultad para expresar deseos y necesidades afectivas y sexuales).
- Carencia de Habilidades de Comunicación.
- Relaciones de dependencia y sumisión con padres y cuidadores.
- Consecuente pérdida de intimidad que facilita el abuso sexual en determinados ambientes.
- Ausencia de información de Habilidades Sociosexuales.

Existen muy pocas investigaciones sobre las secuelas, lo que se sabe es que generan trastornos profundos que permanecen durante mucho tiempo. (Ansiedad, culpa, agresividad y problemas de adaptación social).

5.Objetivos del protocolo de actuación en casos de maltrato y abuso a personas con diversidad funcional.

El objetivo principal del protocolo es mejorar la atención a las Personas con Diversidad funcional, víctimas de maltrato y abuso para reducir, en caso que el procedimiento siga adelante, la victimización primaria y secundaria que sufren durante la intervención de las instituciones responsables de su protección, a través de una actuación coordinada y eficaz de las instituciones competentes que atiendan los derechos y necesidades específicas de las Personas con Diversidad funcional.

6.Principios y actuaciones que debe regir el protocolo.

Este protocolo está basado en los siguientes principios y actuaciones:

•**Protección** de la Persona con Diversidad funcional, estableciéndose la asunción de las medidas necesarias, respetando la intimidad y privacidad de su situación.

•**Garantía de comunicación** de la sospecha del delito al organismo judicial competente.

•**Coordinación entre los profesionales**, tanto para la detección precoz como para la elaboración de planes de intervención individualizados.

- **Prevención de la revictimización**.

•**Integridad del testimonio** de la Persona con Diversidad funcional, para evitar posibles manipulaciones del mismo.
•**Formación especializada**: Formación específica en intervención en casos de abuso o maltrato. A este respecto, la evaluación y tratamiento deberá realizarse por un equipo técnico especializado en la intervención en este tipo de malos tratos.

Este protocolo de maltrato y abuso ha de englobar las siguientes actuaciones:

- DETECCIÓN
- NOTIFICACIÓN
- EVALUACIÓN
- INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO.
- SEGUIMIENTO.

Detección. Significa, reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato o abuso. La detección es la primera condición para poder intervenir debiendo ser lo más precoz posible y ha de incluir situaciones en las que existe maltrato y abuso como las que suponen un riesgo a un menor.

Las fuentes pueden ser: familiares, profesionales en contacto con la Persona con Diversidad funcional o la población en general.

El artículo 263 de la LECrim establece que "los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal Competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratase de un delito flagrante". Con carácter general el art. 259 de la LECrim establece la obligación de denunciar al que presenciare la perpetración de cualquier delito público.

Notificación. Consiste en transmitir o trasladar información sobre el supuesto caso de riesgo o maltrato, condición necesaria para posibilitar la intervención y al mismo tiempo es una obligación legal y profesional. El monitor/a que presencie los hechos o tenga conocimiento de ellos rellenará una hoja de notificación específica, previa información a la Dirección Técnica/General.

Una copia quedará en el expediente de la Persona con Diversidad funcional.

Si la seguridad de la Persona con Diversidad funcional se viese seriamente amenazada, se considera una situación URGENTE. Realizando todos los trámites de forma inmediata.

La Dirección Técnica responsable del servicio será el servicio encargado de investigar la situación de abuso que se ha producido y ponerse en contacto con el organismo pertinente para llevar a cabo la denuncia de los hechos.

Una vez valorada la sospecha de abuso o maltrato se deriva el caso a los Servicios de Prevención y Apoyo a la Familia, realizando una valoración inicial y recopilando, cuantos informes sean necesarios.

El S.P.A.F habrá de comprobar, en todos los casos si se ha comunicado previamente, la sospecha del abuso o maltrato a fiscalía. Realizará el seguimiento de todos los casos y del desarrollo en general de los programas de evaluación y tratamiento.

La entidad que gestiona los programas en Málaga, es: **La Fundación Márgenes y Vínculos.**

Evaluación. La Fundación Márgenes y vínculos, estudia los indicadores de una posible situación de abuso y maltrato.

- Estudio de las condiciones:

Que la supuesta víctima esté en las máximas condiciones de protección con relación al presunto agresor, así como otras personas no protectoras y consentidoras de los supuestos hechos.

Que no existan evaluaciones previas paralelas.

- Estudio de los documentos:

Diferentes informes de todos los ámbitos, denuncias ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y cualquier otra información relevante en relación a la menor.

- Objetivo de la Evaluación:

Determinar la veracidad de las manifestaciones del/ la menor así como su posible sintomatología relacionada con los supuestos abusos.

- Entrevistas: (con la Persona con Diversidad funcional y otras personas relacionadas)

- Preguntas cortas y sencillas

- Formuladas de diferente manera y secuencialmente.

- Hablarle de forma clara y pausada, adaptándonos a su nivel cognitivo.

-Establecer un ambiente empático y de confianza.

- Aplicación de pruebas psicodiagnósticas:

- HSPQ: Cuestionario de Personalidad para adolescentes de Cattell y Cattell

- STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo de Spielberger

- Escala de Autoestima de Rosenberg

- EHS: Escala de Habilidades Sociales de Gismero.

- Escala de gravedad de Síntoma del Trastorno de Estrés Postraumático de Echeburúa.

- Análisis de la veracidad de las declaraciones:

- Protocolo De Entrevista.
- Análisis del contenido basado en criterios.
- Listado de validez.

Intervención y tratamiento. Pautas:

Ser sensible ante la crisis y realizar una acogida acorde a sus necesidades.

Determinar la ayuda que demanda y las necesidades que presenta la Persona con Diversidad funcional.

Si presenta problemas de comunicación, en primer lugar, que exprese lo que sea importante para la Persona con Diversidad funcional.

Mantener la alerta ante las emociones que pueda sentir.

Intervención: con el/ la menor.

Reelaboración de la experiencia.

Desahogo emocional.

Abordaje de las distorsiones cognitivas.

Técnicas de Resolución de problemas.

Entrenamiento en HHSS

Rol Playing.

Técnicas de reducción de Ansiedad

Técnicas de autocontrol emocional

Educación sexual.

Seguimiento. Informe de seguimiento de los casos, así como una evaluación del programa semestralmente.

Conclusión: No debemos olvidar que los planteamientos derivados del principio de normalización han posibilitado la integración e inclusión de menores y adultos con diversidad funcional en prácticamente todos los ámbitos de la sociedad.

Si los programas de seguridad y prevención ante cuestiones sexuales se ponen en práctica, las situaciones de riesgo de abuso y maltrato irán disminuyendo y las Personas con Diversidad funcional se encontrarán protegidos, encontrando estrategias de afrontamiento eficaces.

Equipo Técnico / Directivo CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE OCIO INCLUSIVO

CEPER

Índice

1. Introducción.
2. ¿Qué es el Ocio Inclusivo?
3. Cultura del Servicio de Ocio Inclusivo CEPER
4. Clientes del Servicio de Ocio Inclusivo CEPER
5. Programas de Ocio CEPER
6. Programas de Ocio Interno
7. Programas de Ocio en la Comunidad
8. Programas de Ocio Deportivo
9. Programas de Ocio de Vacaciones
10. Evaluación y Seguimiento
11. Evaluación del Proceso
12. Seguimiento del Proceso
13. Organización interna del Servicio de Ocio Inclusivo
14. Funciones del Responsable de Ocio Inclusivo CEPER
15. Anexos

1. INTRODUCCIÓN

Entendemos por OCIO**, EL TIEMPO LIBRE QUE UTILIZAMOS PARA HACER LO QUE NOS GUSTA Y PARA EL CRECIMIENTO PERSONAL…**

El Programa de **OCIO INCLUSIVO** de la Asociación CEPER., se ocupa de desarrollar capacidades y actitudes que favorezcan la autonomía personal y que posibiliten el desarrollo de inquietudes y aptitudes que faculten a las Personas con Diversidad funcional para elaborar proyectos vitales.
Uno de los cometidos de nuestra Entidad es la canalización de un ocio adecuado, saludable y creativo, y para lograr esto, necesitamos conocer su carácter, su personalidad, sus gustos, sus aficiones y que tengamos una disposición permanente a favorecer el enriquecimiento de su personalidad sin agobios y desde luego, sin pretender imponerles nuestros gustos ni aficiones. Pueden equivocarse en sus elecciones pero la mayor equivocación es prohibirles que elijan e imponerles nuestros criterios.
Es en las asociaciones y entidades donde vemos una deficiencia en dicho terreno ya que se le da prioridad a que las necesidades básicas de las personas usuarias estén cubiertas, y olvidamos el desarrollo de un ocio individual y compartido como otra necesidad básica y primordial en el ser humano.
El ocio es un ámbito fundamental en la vida y es así porque en él, están presentes muchos aspectos que contribuyen a la satisfacción personal de manera significativa y redundan en una mejora de la calidad de vida; según el **Código Ético** de PLENA INCLUSIÓN ANDALUCÍA:

- Sensación de bienestar al realizar actividades sin exigencias, ya que el ocio no es competitivo.
- Potenciación de las relaciones interpersonales, fomentando la amistad y afecto con personas del entorno.
- Promoción de las propias capacidades a través de la realización de actividades elegidas libremente y que son motivadoras.
- Utilización de los recursos comunitarios que contribuyen a la normalización y a la inclusión social.
- Desarrollo de la autodeterminación, a través de la libre elección que conlleva el ocio.
- Contribuye, en definitiva, al desarrollo personal y social de todos los individuos.

Por lo tanto, podemos señalar como condiciones indispensables para desarrollar actividades dentro del Programa de Ocio Inclusivo, las siguientes:

1) Libre elección o voluntariedad: parte del principio de que la persona tiene libertad para decidir que quiere hacer y tiene variedad de opciones para poder elegir.

2) Vivencia placentera: satisfacción. La actividad desarrollada durante el tiempo de ocio debe ser vivida como una experiencia positiva.

3) Deseable por sí misma y con carácter final, y no en función de lo que produce posteriormente (mejora en habilidades, mejora terapéutica)

2. ¿Qué es el Ocio Inclusivo?

El Servicio de Ocio Inclusivo CEPER puede ser definido como un sistema flexible y organizado de apoyos, guiado por los principios de Autodeterminación, defensa de derechos e inclusión social, que genera oportunidades y apoyos para las Personas con Diversidad funcional y para la comunidad- a través de una estructura profesional y con apoyo de voluntariado

Los servicios que promueven el Ocio Inclusivo son servicios que:

- Reivindican el derecho de las Personas con Diversidad funcional a la inclusión.
- Son servicios puente que acercan a las personas a su comunidad.
- Se centran en los apoyos individuales y no en la organización de programas de actividades.
- Incluyen en su capital social a los recursos comunitarios.
- Apoyan al entorno comunitario para favorecer la inclusión de cada persona.
- Promueven oportunidades y recursos para la participación plena de las Personas con Diversidad funcional en el ocio en comunidad.

3. Cultura del Servicio de Ocio Inclusivo

Cuando hablamos de Cultura nos referimos a la Misión, la Visión y los Valores del Servicio de Ocio Inclusivo.

La Misión nos habla del propósito del Servicio: para que existe, que trata de conseguir, cuáles son sus ámbitos de actuación clave y los destinatarios.

La Misión del Servicio de Ocio Inclusivo:

> "Contribuir a la mejora del proyecto de calidad de vida de cada Persona con Diversidad funcional o del desarrollo y a la transformación de los entornos comunitarios de ocio, proporcionando y promoviendo recursos, apoyos, redes y oportunidades para que cada persona disfrute de su ocio en comunidad y la comunidad garantice la igualdad en la participación".

El término "cada" hace referencia a que toda persona es única y que sus necesidades, expectativas e intereses son diferentes y también su estilo personal de ocio.
El ocio se desarrolla en el tiempo libre de obligaciones personales, familiares y sociales, cumpliendo tres condiciones: PLACER, LIBRE ELECCIÓN y CON CARÁTER FINAL.

Por otra parte, el servicio tiene que:

- Asesorar a la comunidad para el establecimiento de condiciones facilitadoras de la inclusión.
- Trabajar en red con la comunidad en la promoción de políticas de inclusión y equiparación de oportunidades.
- Reivindicar el ejercicio del derecho al Ocio Inclusivo de las Personas con Diversidad funcional.

La Visión del Servicio de Ocio Inclusivo:

La visión trata de describir cómo debe de ser el Servicio en el futuro y orienta las decisiones estratégicas.

El servicio de Ocio Inclusivo CEPER debe ser:

- Conocido y reconocido tanto dentro como fuera del movimiento asociativo.
- Con financiación privada estable y suficiente.
- Con amplia estructura de profesionales y personas voluntarias.
- Que atiende a las necesidades y demandas de cada persona, con metodología especializada y planes personales de ocio.
- Que es referencia en la prestación y promoción de apoyos y respuestas individuales inclusivas y en la defensa de derechos.
- Que trabaja en red con otros servicios de ocio (comunitarios o del movimiento asociativo) estables y profesionales, que promueven la inclusión.
- Que promueve la participación solidaria de la comunidad a través del ejercicio de la acción voluntaria.

Los Valores del Servicio de Ocio Inclusivo:

Los valores ayudan a orientar el Servicio y a encontrar el camino que debe seguir; son normas, principios y creencias que guían al Servicio y a la organización, y que son compartidos por sus miembros.

Los valores del Servicio son:

▪Inclusión en la comunidad: el Servicio promueve la adopción de medidas de acción positiva y de una política de igualdad de oportunidades a fin de promocionar la igualdad de derechos y de acceso a los recursos comunitarios, para el pleno desarrollo de las personas y su participación social.

▪Respeto a la dignidad y los derechos de las personas: el Servicio actúa de acuerdo al principio de libertad de decisión y al bienestar de la persona, trabajando en la prevención de las causas que producen dependencia y marginación o limitan el desarrollo de una vida autónoma.

▪La solidaridad: la búsqueda y consecución de objetivos comunes supone promocionar la ayuda mutua y la cooperación, con el fin de lograr la atención integral de la persona en su propio entorno.

▪La universalidad: el Servicio atiende a todas las Personas con Diversidad funcional o del desarrollo sin distinción (por edad, de apoyo, procedencia…), ofreciendo una respuesta positiva y adecuada a sus necesidades.

En resumen:

El Servicio de Ocio Inclusivo tiene una misión, una visión y unos valores que le definen como un Servicio que presta apoyos personales y que sirve de puente entre las Personas con Diversidad funcional o del desarrollo y la comunidad.

4. Clientes del Servicio de Ocio Inclusivo.

Para planificar y gestionar servicios de calidad es fundamental identificar a quiénes van dirigidos los apoyos y recursos; sus necesidades, demandas y expectativas. Requiere conocerlas, no solo en lo general, sino en lo cotidiano. Eso nos ayudará a disponer en el Servicio de una ajustada orientación al cliente.

Los clientes directos del Servicio de Ocio Inclusivo son:

•Cualquier Persona con Diversidad funcional de CEPER o ajeno a CEPER que solicita el apoyo del Servicio y que puede participar, expresar su grado de satisfacción e influir en la mejora del mismo.

Considerar a la Persona con Diversidad funcional como cliente final supone poner al Servicio en disposición de estar atento a sus expectativas, demandas y necesidades.

No podemos olvidar otros clientes indirectos del Servicio como son el voluntariado, los familiares de las personas con Discapacidad, los profesionales y responsables de los recursos comunitarios de ocio, los ciudadanos, etc.

El Servicio de Ocio Inclusivo CEPER tiene como clientes directos a las Personas con Diversidad funcional de CEPER o ajenos a CEPER.

5. Programas de Ocio CEPER.

La Entidad ofrecerá diferentes programas de ocio inclusivo desarrollándose todos bajo una serie de premisas o pautas imprescindibles para poder llevar a cabo las actividades:

REUNIÓN con la personas usuarias que disfrutarán de las actividades de ocio para que nos puedan exponer aquellos gustos y preferencias que le gustaría realizar y las que querrían llevar a cabo a corto plazo y medio plazo.

INFORMACIÓN a las personas de los recursos que disponen los centros, el barrio, la comunidad, PLENA INCLUSIÓN ANDALUCÍA, y las diferentes organizaciones e instituciones, para poder llevar a cabo aquellas actividades que deseen realizar.

SEGUIMIENTO Y REVISIÓN: Es imprescindible hacer una valoración de la satisfacción personal que la persona siente realizando dichas actividades, ya que puede ocurrir que la persona se aburra con el tiempo o surjan complicaciones que con nuestra ayuda y la de su grupo se puedan solucionar.

Los programas de ocio que vamos a desarrollar a través del Servicio de Ocio Inclusivo CEPER, serán los siguientes:

- **PROGRAMA DE OCIO INTERNO**
- **PROGRAMA DE OCIO EN LA COMUNIDAD**
- **PROGRAMA DE OCIO DEPORTIVO**
- **PROGRAMA DE VACACIONES**

Todos los programas serán desarrollados por el Responsable de Ocio Inclusivo CEPER que planificará y desarrollará con las personas usuarias los diferentes programas y hará un seguimiento documental analizando el índice de satisfacción de todas las actividades realizadas.

6. Programa de Ocio Interno.

- **Justificación**

De acuerdo con los objetivos generales planteados para el ocio y tiempo libre, y entendiendo la necesidad de optimizar los tiempos de estancia de las personas usuarias en los centros, se presentarán actividades en coherencia con las preferencias manifestadas por los mismos.

- **Destinatarios**

Personas de la residencias y de los centros de día con edad comprendida entre 6 a 60 años, con un número de 3 a 8 personas y repartidas en grupos con gustos y preferencias afines.

- **Procedimiento**

El Responsable de Ocio de CEPER comenzará una serie de entrevistas individuales o grupales no estructuradas para conocer los gustos y expectativas de cada persona usuaria/a; con esta información se elaborará un primer programa con una serie de visitas y actividades a realizar.
También se elaborará un cuestionario para profundizar en estos gustos, diseñándolo teniendo en cuenta las características de las personas usuarias/as, simplificando al mínimo la carga léxica, utilizando fotos y pictogramas para las preguntas y respuestas.

- **Documentación**

El programa de Ocio Interno contará con el siguiente soporte documental:

- Cuestionarios de preferencias individuales de ocio. Anexo 1
- Ficha de ocio general de todas las actividades de ocio interno. Anexo 2

oFicha de las actividades de ocio desarrolladas. (Cada ficha describirá la actividad desarrollada, lugar de realización, personas que lo realizan…) Anexo 3

oPorcentaje de personas usuarias que desarrollan actividades dentro del ocio de carácter interno. Anexo 4

oCuestionarios de satisfacción respecto a la actividad desarrollada. Anexo 5

7. Programa de Ocio en la Comunidad.

- **Justificación**

De acuerdo con los objetivos generales planteados para el Programa de Ocio Inclusivo CEPER, y entendiendo la necesidad de un ocio normalizado y desarrollado en la comunidad, se presentarán actividades en coherencia con las preferencias manifestadas por las personas usuarias.

- **Destinatarios**

Personas de la residencias y de los centros de día con edad comprendida entre 6 a 60 años, en grupos de 3 a 30 personas y repartidas en función de los gustos y preferencias afines.

- **Procedimiento**

El Responsable de Ocio de CEPER comenzará una serie de entrevistas individuales o grupales no estructuradas para conocer los gustos y expectativas de cada persona usuaria/a; con esta información se elaborará un primer programa con una serie de visitas y actividades a realizar.

También se elaborará un cuestionario para profundizar en estos gustos, diseñándolo teniendo en cuenta las características de las personas usuarias/as, simplificando al mínimo la carga léxica, utilizando fotos y pictogramas para las preguntas y respuestas.

- **Documentación**

El programa de Ocio en la Comunidad contará con el siguiente soporte documental:

- Cuestionarios de preferencias individuales de ocio en la comunidad. Anexo 1
- Ficha de ocio general de todas las actividades de ocio en la comunidad. Anexo 2
- Ficha de las actividades de ocio desarrolladas. (Cada ficha describirá la actividad desarrollada, lugar de realización, personas que lo realizan…) Anexo 3
- Porcentaje de personas usuarias que desarrollan actividades dentro del ocio en la comunidad. Anexo 4
- Cuestionarios de satisfacción respecto a la actividad desarrollada. Anexo 5

8. Programa de Ocio Deportivo.

- **Justificación**

De acuerdo con los objetivos generales planteados para el Programa de Ocio Deportivo CEPER, y entendiendo la necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, se presentarán una serie de actividades físicas en coherencia con las preferencias manifestadas por las personas usuarias en los diferentes cuestionarios de preferencias individuales de actividades deportivas.

- **Destinatarios**

Personas de la residencias y de los centros de día con edad comprendida entre 6 a 60 años, en grupos de 3 a 30 personas y repartidas en función de los gustos y preferencias afines.

- **Procedimiento**

El Responsable de Ocio de CEPER comenzará una serie de entrevistas individuales o grupales no estructuradas para conocer los gustos y expectativas de cada persona usuaria/a; con esta información se elaborará un primer programa que englobe las preferencias de cada uno de ellos.
También se elaborará un cuestionario para profundizar en estos gustos, diseñándolo teniendo en cuenta las características de las personas usuarias/as, simplificando al mínimo la carga léxica, utilizando fotos y pictogramas para las preguntas y respuestas.

- **Documentación**

El programa de Ocio Deportivo contará con el siguiente soporte documental:

- Cuestionarios de preferencias de Actividades Deportivas. Anexo 1
- Ficha general de todas las actividades deportivas que se practicarán. Anexo 2
- Ficha de las actividades deportivas desarrolladas. (Cada ficha describirá la actividad desarrollada, lugar de realización, personas que lo realizan…) Anexo 3
- Porcentaje de personas usuarias que desarrollan actividades deportivas. Anexo 4
- Cuestionarios de satisfacción respecto a la actividad desarrollada. Anexo 5

9. Programa de Ocio de Vacaciones.

- **Justificación**

De acuerdo con los objetivos generales planteados para el Programa de Vacaciones CEPER, y entendiendo la necesidad de mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, se presentarán una serie de destinos vacacionales, en coherencia con las preferencias manifestadas por las personas usuarias en los diferentes cuestionarios de preferencias individuales de vacaciones.

- **Destinatarios**

Personas de la residencias y de los centros de día con edad comprendida entre 18 a 60 años, en grupos de 3 a 30 personas y repartidas en función de los gustos y preferencias afines.

- **Procedimiento**

El Responsable de Ocio de CEPER comenzará una serie de entrevistas individuales o grupales no estructuradas para conocer los gustos y expectativas de cada persona usuaria/a; con esta información se elaborará un primer programa que englobe las preferencias de cada uno de ellos.

También se elaborará un cuestionario para profundizar en estos gustos, diseñándolo teniendo en cuenta las características de las personas usuarias/as, simplificando al mínimo la carga léxica, utilizando fotos y pictogramas para las preguntas y respuestas.

- **Documentación**

El programa de Vacaciones contará con el siguiente soporte documental:
Cuestionarios de preferencias de Vacaciones. Anexo 1
Ficha general de todas las actividades vacacionales que se practicarán. Anexo 2
Ficha Individual de la actividad vacacional practicada.
(Cada ficha describirá la actividad desarrollada, lugar de realización, personas que lo realizan…) Anexo Porcentaje de personas usuarias que han disfrutado de vacaciones. Anexo 4
Cuestionarios de satisfacción respecto a la actividad desarrollada.
Anexo 5

10.- Evaluación y Seguimiento

Si bien el proceso de evaluación del programa deberá diseñarse y adaptarse a la forma concreta de aplicación del mismo en los diferentes tipos de ocio, en función de las necesidades específicas que se detecten en cada uno de ellos, y en función también de los recursos, tanto internos como externos, con los que se cuente, se ofrecen en este apartado una serie de elementos que pueden resultar de utilidad para garantizar un buen seguimiento del programa y poder introducir en el mismo, a lo largo del proceso, las modificaciones y matices necesarios, incorporando medidas ajustadas a las nuevas necesidades detectadas, que puedan mejorarlo y adecuarlo de forma continua.

La evaluación del programa debe permitir valorar de manera sistemática y objetiva la pertinencia y el éxito de las acciones incluidas en el mismo para la consecución de los objetivos previstos. No debe ser considerada como una acción de control y fiscalización, sino como un proceso que permita a los distintos actores involucrados en el programa, obtener la información, los conocimientos y el aprendizaje necesarios para poder tomar las decisiones adecuadas respecto del mismo. Nos permitirá garantizar la eficiencia y la calidad de los procesos incluidos en el programa, así como los resultados de las distintas acciones.

La evaluación resulta de mucha mayor utilidad si se logra la participación de los persona usuarias en el proceso, de modo que, conociendo su punto de vista o su nivel de satisfacción con las diferentes acciones propuestas, podamos adecuar las actividades a las características y necesidades de las personas y, al mismo tiempo, lograr un mayor grado de motivación y compromiso en el desarrollo de las mismas.

Existen diferentes tipos de evaluación. A continuación ofrecemos información acerca de las modalidades de evaluación que pueden resultar más relevantes para la implementación y seguimiento de las intervenciones que se desarrollan en el marco de este programa.

10.1. Evaluación del proceso.

Mediante la evaluación del proceso trataremos de conocer el conjunto de las actividades que se llevan a cabo para tratar de alcanzar los objetivos del programa, implica evaluar cómo se está desarrollando todo el proceso de intervención y los problemas que han ido surgiendo. Este tipo de evaluación nos permitirá asimismo conocer si existen diferencias entre lo inicialmente planificado y lo verdaderamente realizado.

Los indicadores que se relacionan a continuación pueden servir para recoger datos que nos permitan realizar este tipo de evaluación:

- **Nº de entrevistas iniciales que se realizan.**
- **Nº de programas individualizados de ocio que se llevan a cabo.**
- **Nº de visitas guiadas a los recursos externos.**
- **Nº de persona usuarias que realizan actividades en los recursos externos.**

10.2 Evaluación de resultados

A través de la evaluación de resultados pretendemos conocer la eficacia del programa, medir los resultados y los efectos que el mismo está produciendo en los persona usuarias en todos los aspectos relacionados con los objetivos que nos habíamos propuesto.

Para ello debemos recoger la información suficiente que nos permita saber si el programa está consiguiendo o no los resultados esperados y si los resultados obtenidos son atribuibles a las actividades llevadas a cabo en el marco del mismo.
Se trataría de conocer los cambios que se producen en los persona usuarias del programa, que supongan una mejora significativa en su forma de utilizar y gestionar el ocio. Así, indicadores como los siguientes podrían ayudarnos a recoger datos e información esencial que nos permita realizar una evaluación de la eficacia del programa o de sus resultados:

- Nº de persona usuarias que aprenden a identificar sus propios intereses en el área del ocio.
- Nº de persona usuarias que consiguen acceder por si mismos a recursos de ocio normalizados.
- Nº de persona usuarias que consiguen planificar y organizar adecuadamente su tiempo libre.

• Nº de persona usuarias que consiguen gestionar su tiempo libre de forma autónoma.

Con objeto de poder valorar los cambios individuales, se ofrece un modelo de cuestionario pre y post que nos va a permitir medir la situación de partida de cada persona usuaria que se incorpora al programa de ocio (o al taller de ocio si queremos medir únicamente la influencia del taller), y que volveremos a utilizar al finalizar su estancia en el programa o taller, de modo que podamos conocer los cambios producidos.

11.- Organización interna del Servicio de Ocio Inclusivo.

El Servicio de Ocio Inclusivo CEPER, estará formado por:

- El Responsable de Ocio Inclusivo CEPER.
- Monitores/as específicos adscritos al Servicio de Ocio Inclusivo CEPER.
- Profesionales encargados de la actividad física adaptada.
- Voluntarios específicos adscritos al Servicio de Ocio Inclusivo CEPER, canalizados a través del Responsable de Voluntariado.

11.1 Funciones del Responsable de Ocio Inclusivo CEPER

Las funciones del **Responsable de Ocio Inclusivo CEPER** serán las siguientes:

- Elaboración de programaciones y evaluaciones del Programa de Ocio Inclusivo CEPER desarrollado en un Plan de Acción Anual.
- Información a los profesionales y voluntarios de todas las actividades de ocio que ofrezcan instituciones y otros agentes externos.
- Programación de la asistencia de todo tipo de actividades dentro y fuera de la Entidad.
- Supervisión del cumplimiento del Programa de Ocio Inclusivo CEPER.
- Información a la Dirección Técnica / General y JD de los intereses, gustos y expectativas de las personas usuarias de la Asociación, incluyendo un control documental detallado de las preferencias de los mismos.
- Organización de actividades de ocio semanales para todas las personas usuarias de la Asociación.
- Información a las familias de todas las actividades que realizan las personas usuarias y recogida de la misma para poder ofrecer un Servicio de Ocio y Tiempo Libre de forma individualizada.

•Gestión y organización de todos los campamentos, vacaciones y fines de semana que se realizan bien de forma privada o través de Instituciones Públicas.

•Elaboración de una memoria de actividades anual que resuma todo el Ocio y el Tiempo Libre que se ha llevado a cabo en la Asociación.

Las funciones de los **monitores/as específicos adscritos al Ocio Inclusivo CEPER** serán las siguientes:

•Acompañamiento de las personas usuarias en las actividades que se realicen en cualquiera de las modalidades del Servicio de Ocio Inclusivo CEPER que se desarrollen.

•Reuniones periódicas con el Responsable de Ocio para analizar las actividades desarrolladas y resolver posibles incidencias que se hayan planteado durante la realización de las mismas.

- Velar por el cumplimiento y el desarrollo de las actividades de ocio programadas.

Las funciones de los **profesionales encargados de la actividad física adaptada** serán las siguientes:

•Rellenar los datos ficha general de todas las actividades deportivas que se practiquen.

•Rellenar la ficha de las actividades deportivas desarrolladas. (Cada ficha describirá la actividad desarrollada, lugar de realización, personas que lo realizan…)

Las funciones de los **Voluntarios específicos adscritos al Servicio de Ocio Inclusivo CEPER**, canalizados a través del Responsable de Voluntariado, serán las siguientes:

•Acompañamiento de las personas usuarias en las actividades que se realicen en cualquiera de las modalidades del Servicio de Ocio Inclusivo CEPER que se desarrollen.

•Reuniones periódicas con el Responsable de Ocio para analizar las actividades desarrolladas y resolver posibles incidencias que se hayan planteado durante la realización de las mismas.

- Velar por el cumplimiento y el desarrollo de las actividades de ocio programadas.

12.- Anexos.

12.1- PROGRAMA DE OCIO INTERNO
12.2- PROGRAMA DE OCIO EN LA COMUNIDAD
12.3- PROGRAMA DE OCIO DEPORTIVO
12.4- PROGRAMA DE VACACIONES

PROGRAMA DE OCIO INTERNO

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS INDIVIDUALES OCIO (ANEXO I)

PERSONA USUARIA	
SERVICIO	
PERSONA ENTREVISTADA	
ACTIVIDADES ELEGIDAS	
TOTAL ACTIVIDADES	

PROGRAMA DE OCIO INTERNO

FICHA GENERAL DE ACTIVIDADES DE OCIO INTERNO (ANEXO II)

SERVICIO	
PERSONAS ENTREVISTADAS	
ACTIVIDADES ELEGIDAS	
TOTAL ACTIVIDADES	

PROGRAMA DE OCIO INTERNO

FICHA DE ACTIVIDADES DE OCIO INTERNO DESARROLLADAS (ANEXO III)

SERVICIO	
LUGAR DE REALIZACIÓN	
ACTIVIDAD DESARROLLADA	
OBSERVACIONES	
PERSONAS QUE LO REALIZAN	

PROGRAMA DE OCIO INTERNO

FICHA DE PERSONAS USUARIAS QUE DESARROLLAN OCIO INTERNO (ANEXO IV)

SERVICIO	
PERSONA USUARIA	**ACTIVIDAD DESARROLLADA**
TOTAL PERSONA USUARIAS/AS	**PORCENTAJE**

PROGRAMA DE OCIO EN LA COMUNIDAD

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS INDIVIDUALES DE OCIO (ANEXO I)

PERSONA USUARIA	
SERVICIO	
PERSONA ENTREVISTADA	
ACTIVIDADES ELEGIDAS	
TOTAL ACTIVIDADES	

PROGRAMA DE OCIO EN LA COMUNIDAD

FICHA GENERAL DE ACTIVIDADES DE OCIO EN LA COMUNIDAD (ANEXO II)

SERVICIO	
PERSONAS ENTREVISTADAS	
ACTIVIDADES ELEGIDAS	
TOTAL ACTIVIDADES	

PROGRAMA DE OCIO EN LA COMUNIDAD

FICHA DE ACTIVIDADES DE OCIO EN LA COMUNIDAD DESARROLLADAS (ANEXO III)

SERVICIO	
LUGAR DE REALIZACIÓN	
ACTIVIDAD DESARROLLADA	
OBSERVACIONES	
PERSONAS QUE LO REALIZAN	

PROGRAMA DE OCIO EN LA COMUNIDAD

FICHA DE PERSONAS USUARIAS QUE DESARROLLAN OCIO EN LA COMUNIDAD (ANEXO IV)

SERVICIO	
PERSONA USUARIA	**ACTIVIDAD DESARROLLADA**
TOTAL PERSONA USUARIAS/AS	**PORCENTAJE**

PROGRAMA DE OCIO DEPORTIVO

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS INDIVIDUALES DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS (ANEXO I)

PERSONA USUARIA	
SERVICIO	
PERSONA ENTREVISTADA	
ACTIVIDADES ELEGIDAS	
TOTAL ACTIVIDADES	

PROGRAMA DE OCIO DEPORTIVO

FICHA GENERAL DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS (ANEXO II)

SERVICIO	
PERSONAS ENTREVISTADAS	
ACTIVIDADES ELEGIDAS	
TOTAL ACTIVIDADES	

PROGRAMA DE OCIO DEPORTIVO

FICHA DE ACTIVIDADES DEPORTIVAS DESARROLLADAS (ANEXO III)

SERVICIO	
LUGAR DE REALIZACIÓN	
ACTIVIDAD DESARROLLADA	
OBSERVACIONES	
PERSONAS QUE LO REALIZAN	

PROGRAMA DE OCIO DEPORTIVO

FICHA DE PERSONAS USUARIAS QUE DESARROLLAN ACTIVIDADES DEPORTIVAS (ANEXO IV)

SERVICIO	
PERSONA USUARIA	**ACTIVIDAD DESARROLLADA**
TOTAL PERSONA USUARIAS/AS	**PORCENTAJE**

PROGRAMA DE OCIO DE VACACIONES

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS VACACIONALES (ANEXO I)

PERSONA USUARIA	
SERVICIO	
PERSONA ENTREVISTADA	
VACACIONES ELEGIDAS	
TOTAL ACTIVIDADES	

PROGRAMA DE OCIO DE VACACIONES

FICHA GENERAL DE ACTIVIDADES VACACIONALES (ANEXO II)

SERVICIO	
PERSONAS ENTREVISTADAS	
VACACIONES ELEGIDAS	
TOTAL ACTIVIDADES	

PROGRAMA DE OCIO DE VACACIONES

FICHA DE ACTIVIDADES VACACIONALES DESARROLLADAS (ANEXO III)

SERVICIO	
LUGAR DE REALIZACIÓN	
ACTIVIDAD DESARROLLADA	
OBSERVACIONES	
PERSONAS QUE LO REALIZAN	

PROGRAMA DE OCIO DE VACACIONES

FICHA DE PERSONAS USUARIAS QUE REALIZAN ACTIVIDADES VACACIONALES (ANEXO IV)

SERVICIO	
PERSONA USUARIA	**ACTIVIDAD VACACIONAL DESARROLLADA**
TOTAL PERSONA USUARIAS/AS	**PORCENTAJE**

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL INGRESO DE PERSONAS USUARIAS

CEPER

PC. 11 Atención al ingreso de personas usuarias

Índice

1. Introducción.

2. Alcance.

3. Descripción del protocolo.

4. Responsabilidades.

1.INTRODUCCIÓN.

El objeto de este protocolo es describir las actuaciones que se llevan a cabo para la acogida de las personas con diversidad funcional que ingresan en una plaza de residencia de adultos o de gravemente afectados.

2.ALCANCE.

Este protocolo alcanza a las tareas y actuaciones que se llevan a cabo cuando se produce el ingreso en plaza de residencia de una Persona con Diversidad funcional.

3. DESCRIPCION.

Primero se le presenta a los trabajadores/as del servicio, también se le presenta a los compañeros que están en las distintas salas, de forma tranquila y pausada sin pretender que el primer día los conozca a todos. Se hará un recorrido con la PDI por las distintas instalaciones para que conozca dónde va a desarrollar las distintas actividades explicándole cuál va a ser el/la cuidador/a de referencia. Se le enseñará y adjudicará una habitación. También el armario para que pueda tener sus cosas personales (se pondrá una foto suya para que pueda identificarla fácilmente).En los primeros días se le enseñarán el resto de instalaciones de CEPER y las zonas de uso común como el comedor, talleres, salas de ocio, jardines exteriores…y conocerá a los trabajadores y compañeros de los distintos servicios (se hará de manera informal, aprovechando alguna actividad común entre servicios)

Tras la recepción de la documentación y la información obtenida en las distintas entrevistas realizadas, se hace un estudio previo del perfil de la PDI para facilitar su acogida en el grupo y se busca dentro del grupo personas con diversidad funcional con las que puede generar afinidad y gustos similares.

Los trabajadores/as recibirán toda la información necesaria referida a la nuevo/a persona usuaria/a que ha ingresado en el servicio en un informe breve, que estará a su disposición.

4.RESPONSABILIDADES.

Es responsabilidad de la Dirección Técnica del servicio de residencia correspondiente hacer cumplir lo establecido en este protocolo de Acogida de nuevas personas usuarias.

Equipo Técnico /Directivo CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE ABANDONO SIN CONSENTIMIENTO DE PERSONAS USUARIAS

CEPER

PC. 12 Abandono sin consentimiento de personas usuarias

Índice

1. Introducción.

2. Alcance.

3. Actuaciones a llevar a cabo.

4. Actuaciones en el caso de localización de la persona Usuaria.

5. Teléfonos de Interés.

1. Introducción.

El protocolo de abandono del Centro sin consentimiento de profesionales (en adelante abandono) recoge el conjunto de actuaciones encaminadas a reducir los riesgos de abandono de la persona usuaria del recinto residencial, sin constancia del personal del centro e intentar resolverlas en el menor tiempo posible para evitar riesgos sobre la salud y seguridad del mismo/a.

Los objetivos de este protocolo son:

Prevenir los riesgos de salida al exterior de personas usuarias con control de movimiento delimitado al entorno residencial.

Actuar lo más rápido y de la forma correcta una vez detectada el abandono.

Resolver la situación con la reincorporación de la persona usuaria a la residencia con las menores consecuencias posibles de dicha acción para sí.

2. Alcance.

El protocolo está dirigido a todas aquellas personas usuarias identificadas con perfil de riesgo, y aquellas que sin estar valoradas han protagonizado algún episodio similar.

Una vez confirmado el abandono sin consentimiento de la persona la persona residente (tras comprobar las habitaciones, estancias comunes, todas las salas del centro y zonas exteriores) lo primero que se hará es informar a la Dirección Técnica del servicio (el aviso será de forma inmediata).

La Dirección Técnica será la encargada de coordinar las diferentes pautas de actuación ya que estas dependerán del:

Perfil de la persona usuaria: menor, adulto/a, mayor o menor grado de dependencia, incapacitado/a, tutores legales…

Turno de trabajo: número de monitores/as/as en turno, hora en la que se produce el abandono…

Circunstancias extraordinarias: respiros familiares, actividades de ocio fuera del centro….

3. Actuaciones a llevar a cabo.

Las actuaciones a llevar a cabo serán las siguientes:

No se abandonará el lugar de trabajo sin la autorización de la Dirección Técnica siempre y cuando no corra un riesgo inminente la salud y/o la vida de la persona usuaria ausente (ej. gran dependiente)
Se pondrá en conocimiento de la Policía Local, la zona de abandono dla persona la persona residente; no es una denuncia, se les informa para que avisen a sus patrullas para la posible identificación de la persona usuaria por los alrededores. Se darán los siguientes datos: número de DNI, características físicas y vestimenta.
Dependiendo de las características de la persona usuaria y de las condiciones del Centro se organizará para que uno o varios trabajadores salgan a buscarla.

En caso de que la persona usuaria tenga tutores legales se informará a los mismos.

Si está incapacitada o es menor, se pondrá en conocimiento de la Fundación Malagueña de Tutela o del Servicio de Protección de Menores, respectivamente, la ausencia de la misma a través de contacto telefónico o información vía mail.

En caso de que la persona usuaria no aparezca en unas horas, se interpondrá denuncia en la Policía Nacional; si la denuncia se pone antes de las 21.00 horas se llevará a cabo en la Comisaria Norte (Palmilla); después de esa hora se realizará en la Comisaría General de la Policía Nacional.

4. Actuaciones en el caso de localización de la persona Usuaria.

En caso de que una o varias personas trabajadoras sean las que encuentren a la persona usuaria, la actuación será la siguiente:

NUNCA se trasladará a la persona usuaria a la fuerza.

En caso de que la persona usuaria no colabore para volver al Centro se avisará a la Policía Local; si esta no "puede" ayudarnos nos pondremos en contacto con la Policía Nacional o en caso de que sea necesario con los Servicios Médicos (112/061)
Si la persona usuaria acepta volver al Centro, el traslado se hará en una furgoneta del mismo y con 2 monitores/as/as.

Cuando la persona usuaria haya vuelto al Centro se remitirá informe del abandono sin consentimiento al organismo pertinente.

En caso de que no se localice a la Dirección Técnica en el mismo momento del abandono; el monitor/a de referencia de la persona usuaria o el monitor/a responsable del servicio en ese turno será el encargado/a de avisar a la Policía Local y valorar la posibilidad de salir a buscar a la persona usuaria.

5. Teléfonos de Interés.

Teléfonos de interés:

Policía Local Puerto de la Torre: 951.929.400

Dirección General de la Policía Nacional: 952.657.666

Comisaría Norte (Palmilla): 952.615.500

Equipo Técnico /Directivo CEPER

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS E INTERVENCIÓN CEPER

PC. 13 Protocolo de prevención de riesgos e intervención

Índice

1. Introducción.

2. Caídas.

2.1. Descripción.
2.2. Prevención.
2.3. Actuación.

3. Úlceras.

3.1. Descripción.
3.2. Prevención.
3.3. Actuación.

4. Movilización.

4.1. Descripción.
4.2. Prevención.
4.3. Actuación.

5. Incontinencias.

5.1. Descripción.
5.2. Actuación.

1. Introducción

El objetivo general que pretende alcanzar este protocolo es la prevención o análisis de las caídas que pueda sufrir una persona usuaria y en su caso, el tratamiento, prevención o cuidado de las personas usuarias respecto a caídas, úlceras, movilización e incontinencias.

2. Caídas

El objetivo particular es prevenir las caídas reduciendo el número y atender a los personas usuarias que han sufrido la caída con la mayor brevedad y en las mejores condiciones posibles. Además, otro de los objetivos es: identificar a las personas residentes con mayor riesgo de caídas, valorando si presentan factores intrínsecos de riesgo e identificar los motivos de las caídas.

2.1. Descripción

1. Detectar a la persona residente de riesgo (defectos visuales, auditivos, de equilibrio, trastornos en el caminar, causas medicamentosas,...) y valorarlo según la escala de riesgo de caídas (J.H.DOWNTON).

2. Detectar factores de riesgo externos a la persona residente (poca iluminación, mobiliario inadecuado, desorden, suelo resbaladizo, ropa y calzado inadecuado,...).

3. Concretar la actuación del profesional que observa la caída.

La mayoría de caídas de las personas residentes son debidas a la convergencia de diversos factores que las favorecen: estado de salud, conducta actividad de la persona usuarias, entorno…

2.2. Prevención

Las medidas preventivas van dirigidas a conocer cuáles son los la persona usuarias con mayor riesgo de padecer caídas, mediante la elaboración de una historia clínica completa con valoración de los factores de riesgo:

- Prevención de la osteoporosis. Mediante ejercicio y dieta rica en calcio.

- Ejercicio y actividad física para fortalecer los músculos y aumentar la resistencia:

Se mantiene la postura, movilidad de las articulaciones y reflejos posturales.

La disminución de la actividad puede reducir el número de caídas a corto plazo al reducir la exposición, pero en un periodo más prolongado la falta de autoconfianza y pérdida de condiciones físicas sólo puede aumentar el riesgo.

- Rehabilitación, equilibrio y marcha: mediante ejercicios de coordinación y propiocepción pautados por el psicomotricista del centro.

- Tratamiento de deterioros neuromusculares, músculo-esqueléticos o sensoriales, como por ejemplo el cuidado de la visión y la prescripción de gafas actualizadas.

- Cuidado con el sobrepeso (dietas hipocalóricas)

- Información sobre prácticas seguras y percepción del riesgo: Ayudar a la persona residente a reconocer los peligros y a adoptar prácticas seguras, como no subir a una silla, no levantarse a orinar por la noche (llamar al timbre para que el cuidador/a lo ayude)

- Disminuir aporte de líquidos por la tarde o a partir de las 19 h y administrar los diuréticos por la mañana.

- Utilización conservadora de medicamentos que aumentan el riesgo de caídas:

Utilización de fármacos con menos efectos secundarios potenciales.

Utilización de la menor dosis efectiva del fármaco.

Utilizar el fármaco el menor tiempo posible.

Reducir otros fármacos al comenzar el tratamiento con psicótropos.

- Uso de dispositivos de seguridad:

Inmovilizadores: Como sujeciones de seguridad en la persona residentes que en sedestación no controlan el tronco.

Barandillas laterales en camas para personas con riesgo de caerse de ellas.

Uso de medidas de apoyo: Andadores, bastones o muletas para tener mayor base de sustentación.

Uso de ropa y calzado adecuado, zapatos de tamaño adecuado, con tacón bajo, suela de goma antideslizante y talón cubierto. Ropa cómoda holgada y largo adecuado. Colocar asideros de manos en baños y barandillas en escaleras y pasillos. Evitar suelos resbaladizos, irregulares o mojados.

Buena iluminación en todas las estancias por las que circulan las personas residentes

Entorno ordenado. Se deben guardar los objetos innecesarios

Colocar muebles de forma que no entorpezcan el paso.

Dejar al alcance de la mano todo lo que la persona la persona residente pueda necesitar, especialmente el encamado: pañuelos, agua, timbre,….

Enseñar y reforzar la información sobre el uso del timbre de llamada.

Si se utilizan sillas de rueda, hay que dejarlas frenadas al detenerse. Enseñar a la persona la persona residente a frenarlas.

Durante la realización de procedimientos como la higiene, transferencia, traslados o movilizaciones, **no dejar nunca solo/a a la persona residente.**

2.3. Actuación

Si a pesar de aplicar las medidas de prevención se produce una caída se debe actuar rápidamente y disminuir el tiempo de espera en el suelo antes de que llegue la ayuda porque aumenta el riesgo de morbi-mortalidad.

Las medidas de actuación son las siguientes:

Valorar el estado de la persona residente y las consecuencias de moverlo.

Avisar a la Dirección técnica del Centro, en caso de no localizarla, se avisará al servicio de urgencias en el momento (si es preciso).

No incorporar o movilizar a la persona residente si se sospecha que puede presentar una fractura; o en todo caso realizar una movilización correcta (entre varias personas) y trasladarlo al servicio de urgencias.

Tras valoración por la Dirección Técnica (directamente si se encuentra en el centro o telefónicamente si no) pautará los cuidados específicos para la persona usuaria en casos leves o su derivación al servicio de urgencias.

Se anotará la caída en registro destinado para ello (Registro de incidencias) y sus consecuencias. Posteriormente se archivará en el expediente de la persona usuaria.

3. ÚLCERAS

El objetivo general es mejorar los cuidados de las úlceras por presión.

Como objetivos más específicos podemos enumerar los siguientes:

1. Mejorar la calidad de vida de las personas que presentan úlceras por presión y de las personas que las cuidan.

2. Disminuir la variabilidad de la práctica clínica y la incertidumbre en la toma de decisiones mediante prácticas basadas en la evidencia científica.

3. Promover la adecuada utilización de las tecnologías sanitarias y guiar en la priorización de la distribución de recursos.

3.1. Descripción

"Lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea, producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno perteneciente al paciente y otro externo a él".

3.2. Prevención

1.- Considere a todos los pacientes potenciales de riesgo.

2.- Se utilizará al ingreso de la persona usuaria al centro un método de valoración de riesgo.(índice de Norton).

INDICE DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4.BUENO	4.ALERTA	4.CAMINANDO	4.TOTAL	4.NINGUNA
3.DEBIL	3.APÁTICO	3 CON AYUDA	3.DISMINUIDA	3.OCASIONAL
2.MALO	2.CONFUSO	2.SENTADO	2.MUY LIMITADA	2.URINARIA
1.MUY MALO	1.ESTUPOROSO	1.EN CAMA	1.INMOVIL	1.DOBLE INCONTINENCIA

Índice de 12 o menos: Muy Alto riesgo de escaras o úlceras en formación

Índice de 14 o menos: Riesgo evidente de úlceras en posible formación.

3.- Se identificará los factores de riesgo.

4.- Se registrará sus actividades y resultados.

5.- Se tendrán en cuenta unos cuidados específicos:

CUIDADOS ESPECÍFICOS

Se examinará el estado de la piel a diario por los monitores/as, y en el caso de aparecer zona eritematosa con riesgo de ulceración se informará a la Dirección técnica para su valoración a través de libreta comunicativa o verbalmente.

Se deberá de hacer cambios posturales cada 2 horas a las personas usuarias que tengan poca movilidad.

Se mantendrá la piel de la persona usuaria en todo momento limpia y seca.

Utilice jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo.

Lave la piel con agua tibia, aclare y realice un secado meticuloso sin fricción.

No utilice sobre la piel ningún tipo de alcoholes (de romero, tanino, colonias, etc.)

Aplique cremas hidratantes, procurando su completa absorción.

Preferentemente se utilizará lencería de tejidos naturales.

Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán servirse de apósitos protectores (poliuretano, hidrocoloides,...)

No realizar masajes sobre prominencias óseas.

3.3 Actuación

Ante la aparición de una úlcera se le informará a la Dirección Técnica del Centro para que actué con la mayor brevedad posible.

En dicho caso se procederá:

- Identificación del tipo de úlcera y registro de dicha lesión en formato para ello donde se especificará además del tipo de lesión, el seguimiento de las curas.
- Proceder a la cura según algoritmos por la Junta de Andalucía correspondiente a la lesión.

Seguimiento de las curas de las úlceras:

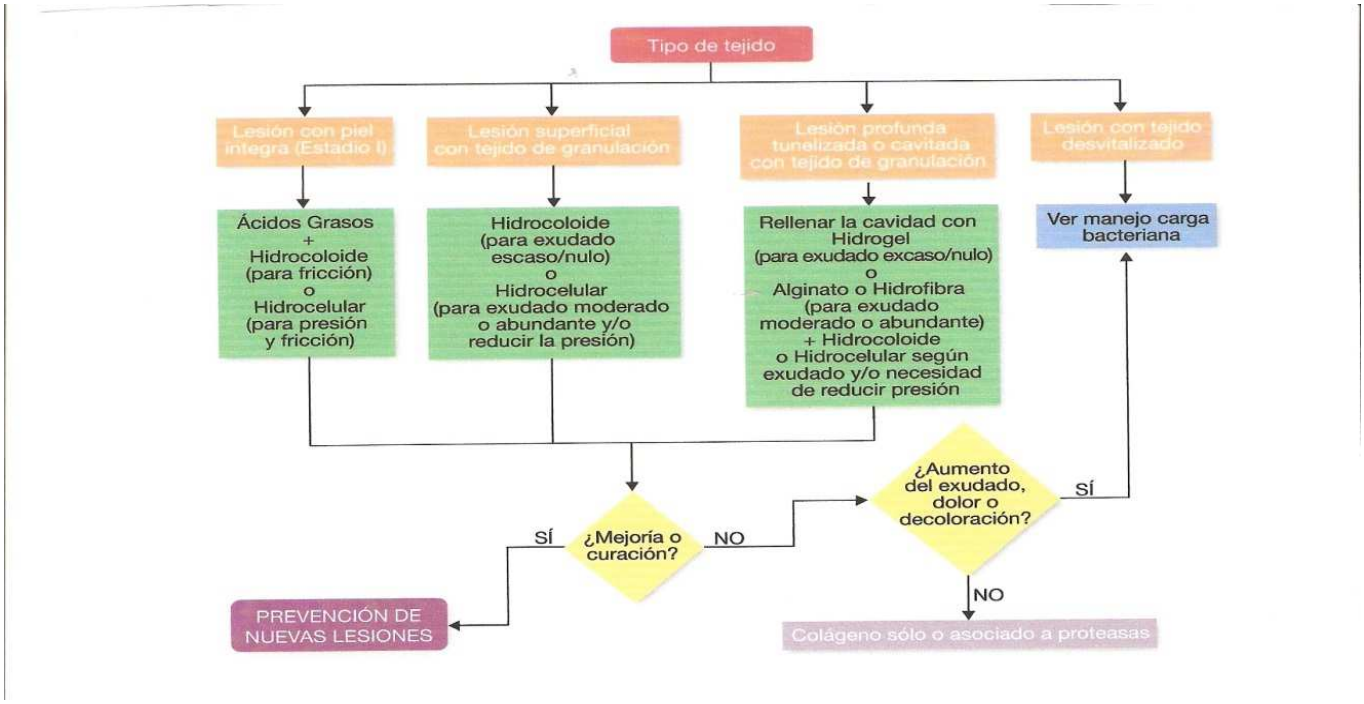
El seguimiento de las lesiones y la frecuencia de cura de las mismas estará condicionada por la situación de la persona y sus objetivos terapéuticos, de la lesión y del producto seleccionado para el tratamiento.

Se realizarán las curas de las úlceras:

Cada 12 horas con sulfadiazina argéntica.
Cada 24 horas ante sospecha de infección.
Cada 48-72 horas en apósitos de Ag.

Los cambios ante úlceras sin problemas se recomiendan cada 48-72 horas utilizando siempre para ello tratamientos adecuados para esta duración.

Algoritmo de cura en ambiente húmedo:



4. MOVILIZACIÓN O CAMBIOS POSTURALES

El objetivo es evitar o aligerar la zona de presión en pacientes inmovilizados. Además de aumentar las capacidades físicas y mejora su circulación sanguínea. También evitamos atrofias musculares, rigidez articular y la aparición de úlceras por presión.

4.1. Descripción

Cuando hablamos de movilizaciones nos referimos a los movimientos que se realizan sobre una misma superficie implicando cambios de posición o de situación, por ejemplo, girarse en la cama.

4.2. Prevención

Con dichas movilizaciones vamos a prevenir atrofias musculares, rigidez articular y la aparición de úlceras por presión.

4.3. Actuación

Se elaborará un plan de rehabilitación que mejore la movilidad y actividad del paciente, esto lo realizará el/la fisioterapeuta de la residencia.

Se realizarán cambios posturales:

Cada 2-4 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada.

En períodos de sedestación se efectuarán movilizaciones horarias si puede realizarlo autónomamente, enséñele a movilizarse cada quince minutos.

La persona usuaria deberá mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.

Los cuidadores evitarán :

-El contacto directo de las prominencias óseas entre sí.

-El arrastre. Realizarán movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.

-El decúbito lateral, no sobrepase los 30 grados.

-Si fuera necesario, se elevará la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo.

-No se utilizará flotadores.

En los casos que se precise se utilizará dispositivos que mitiguen al máximo la presión: colchones, cojines, almohadas, protecciones locales, etc. Pero es importante recordar que sólo es un material complementario No sustituye a la movilización.

Cualquier tipo de movilización será ejecutada bajo las siguientes premisas:

- Explicar a la persona en situación de dependencia lo que vamos a hacer en todo momento.
- Describirle el movimiento y animar a la persona para que lo realice por sí misma.
- Establecer los pasos a seguir para que las personas usuarias del centro sean atendidas correctamente con actividades de prevención, detección y mejora de las incontinencias.
- Mantener a la persona usuaria residente seca y limpia para evitar lesiones cutáneas, reconocer posibles incontinencias reversibles y tratar a cada la persona residente con el método más idóneo.

5. INCONTINENCIAS

5.1. Descripción

La incontinencia urinaria y fecal es una pérdida involuntaria de orina y heces que origina un problema higiénico y/o social.

5.2. Actuación

En la actuación ante las incontinencias urinarias y hay que tener en cuenta:

1. **Respetar siempre la intimidad de la persona usuaria**: en el cambio del pañal, en su higiene,...
2. Valorar los hábitos de eliminación de cada la persona residente.
3. Mantener una higiene correcta de la zona.
4. Utilizar adecuadamente el sistema adoptado: educación vesical, pañales, sondas vesicales,...
5. Hacer constar de manera explícita que profesional es el responsable en cada etapa del proceso, según el organigrama del centro.
6. Cambiar y asear a la persona usuaria las veces que sean necesaria, no dejarla nunca húmeda.

Se utilizará la reeducación de esfínteres para aquellas personas usuarias que sean aptos.

Dirección Técnica / General

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DURANTE EL PROCESO DE DEFUNCIÓN Y EL DUELO

CEPER

Índice

1. Introducción.

2. Alcance.

3. Descripción.

1. INTRODUCCIÓN.

El objetivo de este protocolo es especificar los pasos a seguir durante el proceso de agonía y defunción de una persona usuaria en las Residencias de CEPER.

2. ALCANCE.

Este protocolo describe las actuaciones que se deben acometer durante el proceso de agonía y defunción de una persona usuaria en las Residencias de CEPER.

3. DESCRIPCION.

Cuando una persona usuaria se encuentra en un proceso de agonía o por desgracia ha fallecido, se deberán tener en cuenta por parte de los profesionales de atención directa los siguientes aspectos:

a) Si esta agonía es derivada de una larga enfermedad, Se le acondicionará la habitación con arreglos a las necesidades de la persona usuaria, (habitación individual., ambiente tranquilo…), se le proporcionará cuidados, acompañamiento y apoyo psicológico.

b) Actuaciones a seguir si la agonía se produce de forma no previsible:

En caso de que no se encuentre la Dirección Técnica en el momento del fallecimiento, el cuidador o cuidadora avisará al 061 o 112 (servicios de emergencia sanitaria) y se seguirán las indicaciones que establezcan los facultativos del SAS, acto seguido se avisará a la Dirección Técnica que informará a la Dirección General y contactará personalmente con la familia para comunicarle el estado crítico o el fallecimiento de su familiar.

La Dirección Técnica se personará lo antes posible en la residencia en la que ocurra esta circunstancia.

En caso de Defunción, se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

Si se produce la muerte o defunción se avisará al 061 o 112 y a la Dirección Técnica; los facultativos de salud que certifiquen la muerte de la persona usuaria, establecerán las actuaciones a seguir (que dependerán de las causas del fallecimiento).

La Dirección Técnica le comunicará a la Dirección General y a la familia el fallecimiento, y se comunicará con la compañía de seguros de deceso, (es imprescindible que exista copia de póliza del seguro de deceso en los expedientes de las personas usuarias).

La Dirección Técnica facilitará a los trabajadores un listado con el nombre de los personas usuarias, nombre de la compañía del seguro, el número de la póliza de deceso y el número de teléfono de la compañía.

Los profesionales de Atención Directa de la residencia concreta, realizarán un inventario de todos los objetos personales de la persona usuaria fallecida. Esto se realizará al día siguiente de lo sucedido. Se realizará utilizando el registro estándar (PT.UF.23.01).

Todos los objetos personales se guardarán en cajas de forma ordenada. Finalmente el destino de las pertenencias de la persona usuaria será reflejado en el documento Contractual de Ingreso en Residencia que se firmó el día de ocupación de la plaza.

Por último, corresponde al Trabajador/a Social con la autorización de la Dirección General, comunicar el hecho a la Delegación Provincial de la Junta de Andalucía correspondiente, para tramitar la baja de la persona usuaria fallecida.

Dirección Técnica / General

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE CONTENCIÓN MECÁNICA

CEPER

Índice

1. Definición
2. Población a quien va dirigida
3. Profesionales implicados
4. Descripción

1. Definición

Este protocolo va dirigido a todas las personas usuarias residentes que necesiten el uso de dispositivos de seguridad para inmovilizar o limitar la capacidad de movimientos siempre como medida terapéutica y sin intencionalidad de restringir derechos. La sujeción puede ser voluntaria o involuntaria y se puede aplicar en cama, silla o sillón (barandillas, cinturón abdominal….)

2. Población a la que va dirigida

El uso de medidas restrictivas de las personas con discapacidad intelectual atendidas en la RGA de CEPER, sólo se llevará a cabo en aquellas situaciones que pueden provocarle un daño o perjuicio a la PDI si no se utilizan.

3. Profesionales implicados

Personal de atención directa de los diferentes turnos, auxiliares, cuidadores… que colocarán el dispositivo de sujeción a la persona usuaria y cuidarán y custodiarán el material.

Otros profesionales (director/a, psicólogo/a, trabajadora social…) intervienen en medidas alternativas previas a la sujeción mecánica y en seguimiento posterior.

4. Descripción

Se informará a la persona usuaria y los familiares de la necesidad de su uso; si la persona usuaria no tiene capacidad de tomar decisiones, el consentimiento deberá obtenerse del familiar o tutor.

El médico firmará una autorización. En caso de que el usuario o tutor no acepten la medida se procederá a realizar la sujeción y a informar al fiscal correspondiente en el menor tiempo posible (24/48 horas)

Dirección Técnica / General

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE ATRAGANTAMIENTO

CEPER

PC. 17 Protocolo de actuación ante atragantamiento

Índice

1. Introducción
2. Obstrucción leve
3. Obstrucción grave
4. Persona inconsciente
5. Casos especiales

1. Introducción

El atragantamiento se produce cuando un objeto, trozo de comida o cuerpo extraño en vez de ir por el esófago camino al estómago, se va por el camino de la vía aérea impidiendo o entorpeciendo en gran medida la entrada de aire en los pulmones.

Ante una situación de atragantamiento lo primero que haremos será evaluar la gravedad de la obstrucción y según ésta, actuaremos de una u otra manera.

OBSTRUCCIÓN LEVE O PARCIAL: la persona puede respirar, hablar y toser. Por eso, cuando le preguntes si se ha atragantado, emitirá sonidos para responderte.

OBSTRUCCIÓN GRAVE O COMPLETA: la persona no puede respirar, hablar ni toser. Está inquieta y tiene cara de ahogo. Suele tener la mano en la garganta y los labios azulados, y a veces, se oye un pitido con cada respiración. En pocos minutos quedará inconsciente.

2. Obstrucción leve

SI LA OBSTRUCCIÓN ES LEVE....

Si al preguntar a la víctima cómo se encuentra responde con sonidos, anímala a toser, varias veces y con fuerza, para que con el aire expelido expulse el objeto. Puede ser necesario varios accesos de tos, siempre que pueda repetirlos.

Mientras tanto, obsérvala, para apreciar si se resuelve el problema o si su estado se deteriora porque la tos deja de ser efectiva y la obstrucción pasa a calificarse como grave.

Se aconseja que mientras la persona pueda toser con fuerza no se le deben de dar golpes en la espalda ni comprimirle el abdomen, porque es menos eficaz e incluso puede empeorar la obstrucción.

3. Obstrucción grave

SI LA OBSTRUCCIÓN ES GRAVE Y LA PERSONA ESTÁ CONSCIENTE…

Si la persona no puede toser o la tos es inefectiva, deberás ayudarle a expulsar el cuerpo extraño dándole primero 5 golpes entre las escápulas, y si no es suficiente, realizando la maniobra de Heimlich.

Golpes entre las escápulas.

Inclina a la víctima hacia adelante, sosteniéndole el tórax con una mano.

Con la otra, golpéala fuerte con el talón de la mano en la parte alta del centro de la espalda, entre las escápulas. Este golpe puede soltar y mover el cuerpo que obstruía la vía y ayudar a que salga. Después comprueba si la obstrucción se ha aliviado. Si es así, anima a la persona a que tosa, si no, puedes repetir el golpe hasta 5 veces.

Comprueba después de la tos si ha expulsado el objeto.

Si con los cinco golpes la persona no expulsa el objeto, practícale inmediatamente la maniobra de Heimlich, de compresiones abdominales.

Realización de la maniobra de Heimlich.

Colócate detrás de la persona, en contacto con su espalda, de pie si ella lo está, o de rodillas si está sentada en una silla.

Inclínala 15-20º hacia delante.

Cierra tu puño poniéndole el pulgar flexionado por encima del índice. Apoya el puño, por el lado del pulgar, en la boca del estómago de la persona, justo debajo del extremo inferior del esternón Con la otra mano, sujeta el puño por el otro lado.

Con las dos manos así colocadas, presiona bruscamente y con fuerza la boca del estómago hacia atrás y hacia arriba. Repite la compresión 5 veces.

Si la maniobra no es eficaz, repite la tanda de 5 golpes intraescapulares y 5 compresiones abdominales (maniobra de Heimlich).

Si después de dos series de golpes intraescapulares y maniobras de Heimlich no se ha conseguido remediar la obstrucción se avisará al 061 y sería el momento de usar el dispositivo de emergencia en atragantamiento DECHOKER.

4. Persona inconsciente

SI LA PERSONA CAE INSCONCIENTE...

Extensión del cuello, elevación del mentón y apertura de boca Intentar extracción de cuerpo extraño si está visible y accesible.

Si aún no se han intentado las maniobras para eliminar la obstrucción se realizará la Maniobra de Heimlich en la modalidad de paciente inconsciente y si no es efectiva también podremos usar el dispositivo Dechoker.

Si ninguna de las maniobras es efectiva y la persona no comienza a respirar, Se comenzará con Una RCP de 30 compresiones torácicas/ 2 inhalaciones.

Antes de administrar cada ventilación, usted mirará dentro de la boca de la víctima, en busca del cuerpo extraño. SOLO sáquelo si lo alcanza fácilmente con los dedos. Si puede ver el objeto, pero está muy adentro, NO intente retirarlo, y continúe con las ventilaciones.

Continuaremos con la RCP hasta que llegue la asistencia sanitaria o la persona responda.

Maniobra de Heimlich en el paciente que cae inmediatamente inconsciente por un cuerpo extraño:

El rescatador se colocará a horcajadas sobre la víctima, colocará el talón de una mano en el espacio entre el ombligo y la punta del esternón y realizará compresiones rápidas y secas en dirección a arriba y atrás.

5. Casos especiales

Embarazadas:

En este caso todo será igual, con la salvedad de que al posicionar nuestras manos, lo haremos en la mitad del pecho de la víctima (en el mismo punto en donde ubicamos nuestras manos para realizar las compresiones torácicas), en lugar de posicionarlas alrededor de su abdomen.

Obesos extremos (en los cuales nuestros brazos no logran rodear el tórax de la víctima):

En este caso, en vez de la maniobra de Heimlich, pondremos a la víctima de espaldas en el suelo y realizaremos el equivalente a las compresiones torácicas, hasta que ésta expulse el cuerpo extraño si no Usaremos Dechoker. Lo seguiremos intentando hasta que caiga inconsciente, en cuyo caso continuaremos con la RCP.

En embarazadas inconscientes se procederá de la misma manera.

Secuencia de desobstrucción en lactantes y niños de contextura pequeña:

Posición 1

Acción 1 (5 golpes)

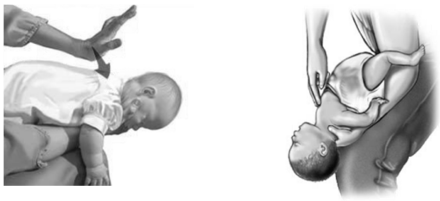
Cambio posición 1 a 2

Acción 2 (5 compresiones)

Cambio posición 2 a 1

Acción 1... y así sucesivamente

Posición 1 *Posición 2*



¿Cuándo detenerse?

Una vez que la víctima expulse el cuerpo extraño (un pedazo de carne, un juguete, una moneda, etc.) y vuelva a respirar normalmente, o cuando caiga inconsciente.

Si el lactante o niño pequeño cae inconsciente:

Posiciónela cuidadosamente sobre una superficie plana y firme (boca arriba)

Grite pidiendo ayuda (si hay alguien más, o llega alguien, mándelo a llamar al SEM)

Comience las maniobras de RCP

Luego 2 minutos de RCP, llame al SEM (si otra persona no llamó antes)

Continué con las maniobras de RCP hasta que llegue la asistencia médica, o la víctima responda.

Antes de administrar cada ventilación, usted mirará dentro de la boca de la víctima, en busca del cuerpo extraño. SOLO sáquelo si lo alcanza fácilmente con los dedos. Si puede ver el objeto, pero está muy adentro, NO intente retirarlo, y continúe con las ventilaciones.

OVACE en Niño

Paciente consciente

Sentados colocar al niño boca abajo sobre nuestras piernas y dar golpes secos en la espalda con el talón de la mano.

Pararse detrás. Puño (parte plana) entre ombligo y la punta del esternón. La otra mano encima.

Realizar compresiones rápidas hacia atrás y arriba

Cada compresión debe ser un movimiento seco.

Continuar hasta expulsión cuerpo extraño o inconsciencia, en cuyo caso se inicia RCP.

Paciente inconsciente:

Extensión del cuello, elevación del mentón y apertura de boca

Intentar extracción de cuerpo extraño si está visible y accesible. Nunca realizar barridos a ciegas de boca.

Maniobra Heimlich con paciente acostado (a horcajadas)

Se repite secuencia hasta expulsar cuerpo extraño o por 1 minuto. Si sigue inconsciente: activar Servicio de Emergencias y comenzar RCP.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE ATRAGANTAMIENTO

PRIMERO

VALORAR NIVEL DE OBSTRUCCION

LEVE

Puede toser y hablar aunque con dificultad.

Intentar tranquilizarla y animarla a toser con fuerza.

Estar vigilante por si la obstrucción cambia a Grave.

GRAVE

No tose o tos muy débil, no habla, no respira

Con la persona inclinada hacia delante dar hasta cinco golpes en la espalda entre las escápulas (observar en cada golpe si la obstrucción ha sido resuelta.).

*Realizar **Maniobra de Heimlich.***

Si no es efectiva a la primera repetir hasta cinco veces.

NO ES EFECTIVO

PERSONA CONSCIENTE

Repetimos desde el principio.

"sigue la obstrucción"

SI HAY OBSERVADOR LLAMAR O61

*USO DE **DECHOKER***

PERSONA INCONSCIENTE

***Maniobra de Heim**lich y Uso de **dechoker** si aún no se han hecho.*

Si no funcionan o ya se han realizado

REALICE RCP

LLAMAR 061 TU MISMO SI NO HAY NADIE QUE YA LO HAYA HECHO O PUEDA HACERLO.

CONTINUAR LA RCP

30 COMPRE/2 VENTI

2.- PROTOCOLOS DE APOYO A FAMILIAS

PAF 1. Protocolo de Acogida a familias……..Página 136

PAF 2. Protocolo de Baja de la Persona Usuaria……..Página 140

PAF 3. Protocolo de Respiro Familiar……..Página 144

PAF 4. Protocolo de Comunicación a Familias……..Página 150

(Accidentes, Incidentes y Enfermedad Grave)

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE ACOGIDA A FAMILIAS

CEPER

PAF. 1 Protocolo de acogida a familias

Índice

3. Acogida de familias en la 1ª reunión.
4. Acogida de familias en la 2ª reunión.
5. Acogida de familias en la 3ª reunión.
6. Ingreso efectivo de la persona usuaria en el servicio.

1. Acogida de familias en la 1ªreunión. (Debe acudir la P.D.I)

Las personas responsables que deben acudir ante aquellas familias que solicitan información respecto a un futurible ingreso de un familiar son las siguientes:

Director General

Director/a Técnico/a

Trabajadora Social

Psicóloga/o

Funciones de los responsables:

El Director/a General enseñará a la familia las instalaciones de la Entidad.

El Director/a Técnico explicará a la familia el funcionamiento del centro, servicios, horario, coste plaza, socios…

El/la trabajador/a social explicará el Servicio de Apoyo a Familias (Grupo de padres, respiro familiar,…)

El psicólogo/a valorará el servicio al que se va a orientar a P.D.I. a través de un cuestionario de valoración.

Si la familia sigue interesada en el centro, la trabajadora social le indicará el procedimiento a seguir para solicitar plaza.

2. Acogida de familias en la 2ª reunión. (Debe acudir la P.D

Las personas responsables que deben acudir ante las familias en la 2ª cita son las siguientes:

Director/a Técnico/a

Trabajadora Social

Psicóloga

Una vez se le haya concedido a la familia la plaza, se tendrá esta 2ª reunión donde se le requiere a la familia la documentación necesaria para ingreso de la persona usuaria (autorización medicación, salidas, documento contractual…)

Se le resolverá a la familia todas las dudas que le hayan surgido, se le preguntará zona de residencia para que el responsable de transporte organice la ruta.

Se informará sobre la posibilidad de ser socio de la entidad (se le entregará el documento en donde se explicita la cuota de socio).

Se informará de forma más detallada sobre el Servicio de Respiro Familiar.

Se presentará a la familia al Director General si por alguna circunstancia de fuerza mayor no lo hubieran podido conocer en la anterior cita) y a monitores/as y personas usuarias del servicio correspondiente.

3. Acogida de familias en la 3ª reunión.

Las personas responsables que deben acudir ante las familias en la 3ª cita son las siguientes:

Trabajador/a Social.
Director/a Técnico/a.
En esta última reunión, la familia entregará toda la documentación para el ingreso.

Se concretará la parada que le corresponda para que el transporte del centro lo recoja, informando a familia sobre tiempo máximo de espera.

4. Ingreso efectivo de la persona usuaria en el servicio.

La Trabajadora Social comunicará por fax a la Delegación Provincial de la Consejería de Igualdad, políticas Sociales y Conciliación, la fecha de alta de la nueva persona usuaria, y se apuntará en el libro de ingreso correspondiente.

El administrativo/a comunicará a la Agencia Andaluza de Servicios Sociales la fecha de alta, la pensión que cobra el nuevo cliente y el nº que ocupa en la liquidación.

Este protocolo se revisará cada tres años siempre que no sea necesario revisarlo con anterioridad, porque se haya visto conveniente.

Equipo Técnico – Directivo CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE BAJA DE LA PERSONA USUARIA

CEPER

PAF. 2 Protocolo de Baja de la Persona Usuaria

Índice

1. Reunión con la familia.
2. Baja de la Persona Usuaria del servicio.

1. Reunión con la familia.

Las personas responsables de reunirse con las familias son:

Director/a Técnico/a
Trabajador/a Social
Psicólogo/a

En el momento que la familia comunique al Centro que desea renunciar a la plaza (si ha sido telefónicamente) se le citará en el Centro y se le explicará que debe firmar una renuncia a la plaza donde especificará el motivo por el que decide dejar de utilizar el servicio; la trabajadora social enviará una copia a la Delegación Territorial de Educación, Deporte, Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación en Málaga.

Si la familia ha decidido darle de baja para que no asista a ningún Centro, los profesionales explicarán a la familia la importancia que tiene que una persona con diversidad funcional acuda a un centro.

Si la familia ha decidido llevarse a la persona usuaria a otro centro, se le hará saber que nuestro centro está disponible para lo que necesiten.

2. Baja de la persona usuaria del servicio.

La familia normalmente comunica la baja al Director/a Técnico/a y/o a la Trabajadora Social, ambos deben estar al corriente de la baja para que el Director/a Técnico/a pueda comunicárselo al resto del equipo técnico y reorganice el servicio (si fuera necesario) y la Trabajadora Social para gestionar la documentación con la administración.

El Director/a Técnico/a se lo debe comunicar a las siguientes personas:

Director General/ Directores Técnicos.

Administración.

Psicólogo/a.

Trabajador/a Social. (si la familia no se lo ha comunicado antes a ella)

Monitores/as/as del servicio.

Monitores/as/as del transporte.

Una vez que la familia lo haya notificado por escrito,

El/La Trabajador/a Social debe:

- Comunicar mediante fax a la Delegación Territorial de Educación, Deporte, Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación en Málaga, dicha baja, especificando día de baja y adjuntando copia de la renuncia.
- Apuntar en el libro de registro dicha baja.
- Anotar en su expediente el motivo de la baja.
- Borrar de la base de datos su registro.

Por su parte, el/la Responsable de Administración debe:

- Comunicar a la Agencia Andaluza dicha baja notificando el puesto que ocupaba en la liquidación.
- Dar de baja en el listado de la liquidación mensual y de las remesas.

Equipo Técnico – Directivo CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE RESPIRO FAMILIAR

CEPER

Índice

1. Introducción.
2. ¿Quién puede solicitarlo?
3. Modalidades de Respiro Familiar.
4. Pasos a seguir en la solicitud de respiro.
5. Pautas para el vestuario.
6. Salidas de Ocio.
7. Actuación en caso de emergencias.
8. Precisiones acerca de la aceptación de la plaza.
9. Tarifas.
10. Anexos:

Autorización de medicación.

Permisos de salidas.

Tríptico

1. Introducción.

El Protocolo de Respiro Familiar pretende facilitar la comprensión de un servicio que consiste en la atención temporal de la persona con diversidad funcional y de su familia; con objeto de favorecer y mejorar las relaciones familiares y sociales y prevenir y/o normalizar situaciones de crisis personal y/o familiar.

El objetivo fundamental que se pretende es el entender el recurso residencial como un óptimo apoyo temporal para la persona con diversidad funcional y para su familia, facilitándose así el derecho de disfrutar temporalmente de vida propia.

2. ¿Quién puede solicitarlo?

El Servicio de Respiro Familiar puede ser solicitado por aquellas familias con una persona con diversidad funcional que requieran el apoyo referido. Las necesidades que pueden tener las familias para solicitar este servicio son muy variadas, a saber:

- Problemas de salud.
- Libre decisión de la persona con diversidad funcional, libre decisión de la familia y/o libre decisión conjunta por familia y persona con diversidad funcional.
- Necesidad de descanso o de tiempo para disfrutar de alguna actividad de ocio.
- Conflictos familiares y/o personales.
- Situaciones familiares especiales (mudanzas, obras, fallecimientos, ocio…).

3. Modalidades de Respiro Familiar.

Servicio de respiro por horas: Se trata de la modalidad de respiro más flexible y ha sido pensada para dar respuesta a demandas concretas de las familias. Es un servicio puntual que se presta a familias de personas con diversidad funcional a través de monitores/as que, por lo general, acuden a los hogares para cuidar de la persona con diversidad funcional por espacios de tiempo, definidos y no muy largos y, en situaciones como las descritas anteriormente.

Servicio de acompañamiento hospitalario: muy parecido al anterior pero específicamente es un servicio para las familias que, en un periodo determinado de tiempo, necesiten el apoyo nuestro para que conjuntamente podamos prestar los cuidados necesarios durante el tiempo que se encuentre la persona hospitalizada. Unas de las ventajas inherentes es que la persona con diversidad funcional se encuentra con personas conocidas de su ámbito cercano.

Esta es la única modalidad que se abre incluso a nuestros residentes y que sería independiente de la atención del día a día en la residencia, ya que la Asociación no tiene la obligación contractual de prestar este servicio, pero sí el deber asociativo y moral de buscar las mejores soluciones a las distintas situaciones que se vayan presentando a lo largo de todo el ciclo vital de la persona y de nuestras familias.

Servicio de Respiro Familiar en la Residencia CEPER: En esta modalidad aprovechamos las plazas dedicadas al respiro familiar dentro de nuestras residencias, diferenciando, por un lado las personas que están en Centro Ocupacional (modalidad de Residencia de Adultos y por otro lado, para las personas en Unidades de día (modalidad de Residencia de Grandes dependientes).

Elección de un centro u otro; hacer la elección de un centro o de otro dependerá de una serie de factores, siempre teniendo en cuenta que si es una persona atendida en una Unidad de Estancia Diurna tendría que ser en el centro de Víctor Hugo ya que es el único que dispone de una residencia adaptada a las necesidades de estos clientes.

Más allá de esta consideración los criterios serían:

- Disponibilidad de la plaza
- Elección del interesado o su familia.
- Ubicación del servicio de día al que pertenece

4. Pasos a seguir en la solicitud de respiro.

Solicitud por escrito con al menos una semana de antelación; el envío podrá ser por correo, fax o en ruta, deberán constar los siguientes datos:

- Nombre del representante legal y de la persona atendida.
- Periodo de tiempo para el que solicita respiro.
- Firma del representante legal.

En la primera ocasión el/la psicólogo/a del Centro donde se llevará a cabo el respiro, realizará una entrevista específica a la familia con el fin de crear un informe de las conductas que no se conocen en el centro (o porque sea externo) con especial énfasis en sus comportamientos, patrones de sueño, intolerancias alimentarias, gustos y aficiones…

Se les pedirá documentación específica al momento de la entrada como:

- Fotocopia del DNI de la persona y del progenitor.
- Original de la cartilla de la Seguridad Social de la persona atendida (naturalmente le será devuelta al abandonar el centro)

- Permiso expreso de Respiro cumplimentado con la medicación que debe administrarse en el centro.
- Listado de la ropa y objetos que trae la persona firmado por el representante legal.

Asimismo en el momento de la entrada deberá traer ropa adecuada para el periodo de estancia y la medicación que sea pertinente.

5. Pautas para el vestuario.

Las pautas para el vestuario son las siguientes:

- Toda la ropa deberá estar marcada.
- Para poder usar el servicio de lavandería la estancia deberá ser de una semana o más (7 días), este servicio será en este caso gratuito.
- Registro de la ropa.

6. Salidas de Ocio.

Las personas atendidas en el servicio de Respiro Familiar participarán en las salidas de ocio que se consideren pertinentes desde el equipo técnico del centro teniendo en cuenta el necesario ajuste de la persona con diversidad funcional a un entorno completamente nuevo.

7. Actuación en caso de emergencias.

Todo lo comentado anteriormente, queda en suspenso ante una emergencia, entendiendo que ante una situación de fuerza mayor, habrá que tener una especial sensibilidad ante la petición de este servicio, de este modo, se le irá pidiendo la documentación, cuando haya oportunidad en los días siguientes a la petición del respiro.

8. Precisiones acerca de la aceptación de la plaza de respiro.

La Dirección de la Residencia de acuerdo con la Dirección General, considerará en cada caso acerca de la conveniencia o no de la aceptación de una plaza de respiro teniendo las siguientes consideraciones:

Se buscarán soluciones alternativas si no hubiera plazas en CEPER.

En el caso de un alto nivel de apoyos que necesite la persona para la que se solicita el respiro, se podrá consensuar con la familia la satisfacción del servicio con el coste adicional necesario.

El estado de las personas atendidas en la residencia, como por ejemplo un periodo de crisis de una persona atendida que haga desaconsejable disminuir la ratio trabajadores /clientes.

9. Tarifas.

Modalidad respiro por horas y acompañamiento hospitalario:

En el caso de ser cuidadores: 13 € / hora.

En el caso de educadores: 15 € / hora

Los trabajadores recibirán el pago como horas de actividad en la nómina del mes.

Modalidad respiro familiar en la residencia CEPER:

La Junta Directiva aprueba y actualiza todos los años las tarifas vigentes referidas a la utilización de las Residencias para Respiro Familiar.

La forma de pago se acordará con las familias, normalmente se pasará el recibo donde tengan domiciliados los cobros de los servicios en los que estén durante el día o en la cuenta que se le pase los cobros de socio de CEPER.

10. Anexos

- Autorización de medicación, tolerancias o intolerancias alimentarias y consentimiento del respiro.
- Permiso de salida de ocio y tiempo libre.
- Tríptico

Equipo Técnico / Directivo CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE COMUNICACIÓN A FAMILIAS

(ACCIDENTES, INCIDENTES, ENFERMEDAD GRAVE)

CEPER

PAF. 4 Protocolo de Comunicación a familias

Índice

Introducción.

Misión, visión y valores.

Definición de accidentes, incidentes o enfermedad grave.

¿Qué hacer en caso de accidente, incidente o enfermedad grave?

Comunicación por escrito a la familia.

Registro de incidencias.

Informe de incidencias.

Anexo I. Documento de Informe de Incidencias.

1. Introducción

La elaboración del *Protocolo de Comunicación a las Familias de accidentes, incidentes y/o enfermedad grave* se enmarca en el actual Mapa de Procesos y en concreto en los Procesos denominados CLAVE para la Entidad, pudiéndolos definir como aquellos procesos que tienen contacto directo con las Personas con Discapacidad Intelectual o sus familias, se realizan en tiempo real y son la razón de ser de la Entidad.
La elaboración y contenido del protocolo se enmarca dentro de los procesos enmarcados dentro de la categoría de APOYO A FAMILIAS y en concreto en INTERVENCIÓN CON FAMILIAS.
El motivo de la elaboración del protocolo responde a la necesidad de transmitir de forma inmediata y detallada cualquier accidente, incidente o enfermedad grave detectada, a la familia con independencia de la mayor o menor gravedad del hecho en cuestión y con el objetivo primordial de transmitir una total confianza y transparencia, entregándole a la familia copia por escrito de lo sucedido en ese momento.

2. Misión, visión y valores.

2.1 Misión

Desde nuestro compromiso ético, contribuir con apoyos y oportunidades a que cada persona con Discapacidad Intelectual y su Familia puedan desarrollar su Proyecto de Calidad de Vida y promover su inclusión como ciudadano de pleno derecho en una sociedad más justa y solidaria.

2.2 Visión

La Visión de la Entidad es ser una Organización donde las personas puedan desarrollar sus planes de vida individuales desde la participación comunitaria, que respeta y defiende la dignidad de las personas promoviendo una imagen positiva de la discapacidad intelectual, está comprometida con la normalización y con la inclusión social, añade valor y enriquece el entorno, es capaz de generar confianza porque procura cualificarse, regirse por el valor de la eficacia y de la eficiencia, siendo reconocida como un importante Agente de Cambio Social.

2.3 Valores

Los valores que defiende CEPER son:

La Igualdad, la Dignidad, el Respeto, la Corresponsabilidad, la Autodeterminación, la Inclusión Social, la Empatía, la Participación Responsable, la Defensa de Derechos, la Identidad Propia, la honradez en la Dirección y Gestión y la Coherencia.

3. Accidente, incidente o enfermedad grave.

Este protocolo está destinado a proceder en caso en que el profesional que estuviera a cargo de la Persona Usuaria presenciara un accidente, incidente o detectara una enfermedad grave, pudiendo ser definido el ACCIDENTE, como el hecho que se produce de forma totalmente fortuita dentro o fuera de las instalaciones y que provoca a la persona usuaria cualquier tipo de lesión; nos referimos a INCIDENTE cuando intervenga una persona usuaria y ésta provoque cualquier tipo de daño o lesión y ENFERMEDAD GRAVE, entendiéndose como la dolencia o lesión física que limita su actividad habitual con independencia de su hospitalización.

4. ¿Qué hacer?

4.1. En el caso de que un cuidador, educador o cualquier profesional de la Entidad, perciba que se haya producido cualquier accidente o incidente entre personas atendidas, tendrá la obligación de comunicárselo inmediatamente a su Director/a Técnico/a con el fin de valorar las medidas a tomar.

4.2. Se define responsable en primer grado a los directores/as de los servicios o en su defecto la Dirección General; en el caso que no estuvieran disponibles o no se pudiera contactar con ellos será el propio profesional el que deberá tomar las decisiones siempre siguiendo los pasos formulados en el presente protocolo.

4.3. En el caso de un accidente es preferible tomar la decisión de acudir a un servicio médico, ya que la responsabilidad de no hacerlo recae sobre los que toman una decisión cuyas consecuencias pueden ser muy graves.

5. Comunicación por escrito a la familia.

Una vez comunicada la incidencia por parte del trabajador/a la Dirección Técnica de forma inmediata o en su defecto a la Dirección General, se procederá por parte de estos, a comunicar a la familia el hecho en cuestión, en un PARTE DE INCIDENCIA, el cual referenciará los siguientes apartados:

a) La descripción del accidente, incidente y/o enfermedad grave, hora, lugar y profesionales que estuvieren a su cargo.
b) En el caso de que necesitará asistencia médica, persona responsable que la procura y persona responsable que lo comunica a su familia.
c) Registro del momento en que se hace la comunicación familiar y registro de la respuesta dada por la familia y/o representante legal.
d) Persona responsable que hace seguimiento de los daños y/o de la enfermedad.

6. Registro de incidencias.

Cada incidencia comunicada por escrito a la familia será recepcionada por la Dirección General y archivada en un registro creado al efecto y posteriormente será comunicada a la Junta Directiva en las reuniones que se producen con periodicidad mensual, a no ser que la gravedad del hecho en cuestión requiera una reunión para tal efecto.

7. Informe de incidencias.

(Hoja de Registro)

REGISTRO DE ACCIDENTES Y LESIONES DEL USUARIO

NOMBRE DEL USUARIO:

FECHA DE LA LESIÓN:

LUGAR DONDE SE PRODUCE:

¿QUIÉN REGISTRA LA LESIÓN?

A) **Naturaleza de la lesión. ¿Cuál es la lesión que presenta el usuario?**
B) **Parte del cuerpo afectada. ¿Qué parte del cuerpo fue afectada por esa lesión?**
C) **Fuente de la lesión. ¿Qué objeto o sustancia infligió la lesión mencionada en a)?**
D) **Tipo de accidente. ¿Cómo entró en contacto la persona lesionada con el objeto o sustancia mencionada en c)?**
E) **Condición insegura. ¿Qué condición peligrosa o circunstancia causó o permitió la ocurrencia del evento mencionado en d)?**
F) **Acto inseguro. ¿Qué acto inseguro causó o permitió la ocurrencia del evento nombrado en d)?**
G) **Responsabilidad del acto. ¿Quién es el responsable del hecho ocurrido?**

Una vez evaluado el suceso:
Se determina si ha sido un accidente, maltrato o una negligencia y se ponen en marcha las actuaciones pertinentes y las medidas preventivas necesarias

ACCIDENTE ☐ **NEGLIGENCIA** ☐ **MALTRATO** ☐

Actuaciones:

……

……

Medidas preventivas para que no vuelva a suceder:

……

……

RECEPCIÓN DE LA INCIDENCIA DIRECCIÓN TÉCNICA / GENERAL

3.PROTOCOLOS OPERATIVOS o DE SOPORTE

PO 1. Protocolo de mantenimiento en presencia de Personas Usuarias……..Página 157

PO 2. Protocolo de Voluntariado……..Página 161

PO3. Protocolo de Gestión de Sugerencias y reclamaciones……Página 177

PO4. Protocolo de Video vigilancia……Página 181

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE MANTENIMIENTO EN PRESENCIA DE PERSONAS USUARIAS

CEPER

PO. 1 Protocolo de Mantenimiento en presencia de personas usuarias

Índice

1. Objeto

2. Ámbito de aplicación

3. Procedimiento de trabajo

1. Objeto

Describir los pasos e instrucciones necesarias para la realización de trabajos de mantenimiento que se realicen en presencia de personas usuarias, o aún en su ausencia, puedan afectar a los personas usuarias y demás personal de los centros.

Los trabajos referidos son cualesquiera de mantenimiento que puedan presentar riesgos de exposición a agentes químicos, corte, quemaduras, golpes, caídas de personal, atrapamientos, aplastamiento, contactos eléctricos, incendios, así como cualquier otro, que pueda afectar a los personas usuarias, personal propio y personal ajeno a los centros.

2. Ámbito de aplicación

Este procedimiento es de aplicación a los centros de trabajo de la empresa, sitos en:

C/ CERRAJA, Nº 51. MALAGA
C/ VICTOR HUGO, 5. MALAGA

Debiéndose respetar las normas establecidas en el presente procedimiento por todo el personal del centro con responsabilidad sobre los trabajos a realizar, así como con responsabilidad sobre los personas usuarias que puedan verse afectados por dichos trabajos.

3. Procedimiento de trabajo

3.1.- En trabajos con productos químicos, previamente a la realización de trabajos con cualquier producto químico, el trabajador deberá disponer de la correspondiente ficha de seguridad del producto a utilizar, respetando las indicaciones establecidas en la citada ficha seguridad.

3.2.- Realizar tareas de mantenimiento (aplicación de productos químicos u otras propias de mantenimiento) en zonas accesibles u ocupadas por las personas usuarias, preferiblemente en horario en los que no exista presencia de personas usuarias en dichas zonas, o en su defecto, el número de personas usuarias presentes sea el mínimo posible.

3.3.- En caso de presencia de personas usuarias u otro personal ajeno a las tareas a realizar, o que se deban realizar en horario con presencia de personas usuarias, se establece, que previamente al comienzo de cualquier trabajo:

3.3.1.- Notificar por parte del personal de mantenimiento a la Dirección Técnica del Centro para que ésta avise a todo el personal (monitores/as, etc.) a cargo de los personas usuarias que puedan tener acceso a la zona de trabajo, o que puedan verse afectados por la realización de los trabajos y de la prohibición de acceso y/o tránsito a la zona de trabajo indicada.

Debiendo el personal a cargo de los personas usuarias hacerse responsable de cumplir con dichas indicaciones y vigilar del cumplimiento de las mismas por los personas usuarias a su cargo.

3.3.2.- El personal encargado de realizar los trabajos deberá acotar, clausurando en caso posible, mediante medios físicos (vallado, cierre de puertas, etc.) y señalizar la zona de trabajo mediante cualquier medio fácil de reconocer por los personas usuarias (cinta de balizamiento, cartelería con pictogramas, etc.).

Se deberá mantener la zona afectada acotada y señalizada durante todo el tiempo que duren los trabajos, así como todo el tiempo que aún finalizados los trabajos se pueda presentar riesgo alguno al acceder o transitar por la zona afectada, tanto para personas usuarias como cualquier otro personal.

3.3.3.- Una vez finalizados los trabajos, o finalizado el período durante el que pueda presentarse riesgo alguno en la zona afectada, el personal de mantenimiento será el responsable de avisar a la Dirección Técnica del Centro para que ésta comunique al personal a cargo de los personas usuarias con posibilidad de acceso a dichas zonas de la finalización de las restricciones de acceso.

Una vez avisada la Dirección Técnica del Centro, el personal de mantenimiento será el encargado de eliminar la señalización y/o elementos de acotamiento/clausura establecidos en la zona restringida.

Equipo Técnico / Directivo CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE VOLUNTARIADO

CEPER

Índice

1. Introducción

2. Los voluntarios

3. Pautas a seguir

4. Anexos

1.- Introducción

A día de hoy, entidades como CEPER, deben dar respuesta a las necesidades que la sociedad plantea; en primer lugar, atendiendo directamente a sus personas usuarias y, en segundo lugar, ubicando a estas personas en el lugar que, por derecho, les corresponde. "Recluirlos", a veces con muy buena voluntad, entre las paredes de una institución, evidentemente, no les favorece, ni a ellos, ni siquiera a la sociedad.

Es nuestra obligación, concienciar a los estamentos que nos rodean, que las demandas de la población con discapacidad intelectual; así, y solo así, podremos incluirlos como miembros plenos dentro de nuestros ámbitos más cotidianos.

Pero resulta muy complicado llegar al resto de la población si no trazamos unas estrategias de integración social. De entre todas esas estrategias destaca, sobremanera, el VOLUNTARIADO.

El VOLUNTARIADO, bien entendido, es una fuente limpia de percepciones, motivaciones, proyectos, realidades, etc. Por razones obvias, al trabajador en plantilla de una asociación como la nuestra, se le presuponen todas esas capacidades, pero también es cierto que, el tiempo convierte en rutina muchas actuaciones y las motivaciones varían respecto a las del primer día.

El Voluntario no está "infectado" por un "ambiente de trabajo", ni por unos corsés horarios. Sus responsabilidades son menores y su aliciente para colaborar no es, precisamente, el sueldo; tan solo quieren trabajar con y para los demás. Ellos serán la mejor proyección hacia el exterior de las necesidades de la población y, también, el mejor escaparate de lo que se puede llegar a lograr cuando se trabaja con cariño y con ilusión.

Por todo esto, CEPER, debe apostar por los voluntarios y es nuestro propósito trabajar duro para lograr que nuestra entidad consiga tener un voluntariado fuerte, dinámico, ilusionado y consolidado en la institución.

La tarea es difícil, pues no contamos, aún, con las estructuras definidas para embarcarnos en proyectos tan grandes que no seamos capaces de afrontar. No tengamos miedo al fracaso; fracasar sería no intentarlo siquiera. Aspiremos a contar con un equipo de voluntarios y que su trabajo, y el nuestro, consiga metas mayores.

2.- Los voluntarios

Siguiendo las directrices de Plena Inclusión, planteamos la teoría del Voluntariado como un proceso de formación, intervención y valoración. Todo este proceso contará con la presencia y/o acompañamiento del Responsable del Voluntariado, el cual, tendrá la obligación de velar para que todos estos pasos se desarrollen en la medida de lo posible y en las condiciones más favorables.

También velará por el progreso en las buenas prácticas de los voluntarios, potenciando sus mejores capacidades y corrigiendo los ocasionales errores en que pudieran incurrir. Asimismo, informará a la Dirección y a la Junta Directiva de todos los proyectos y movimientos de los Voluntarios.

Es nuestra voluntad aprovechar esa "limpieza" en las mentalidades de las personas que formen el equipo de voluntarios: estamos dispuestos a escuchar sus propuestas, a atender sus demandas, a resolver sus dudas, etc.

3.- Pautas a seguir.

ACOGIDA

Es muy importante que la primera impresión que perciba el voluntario a su llegada al Centro, sea la de una acogida amigable. Somos conscientes de la importancia que desempeñarán en nuestra Asociación, de ahí que el "mimo" en el trato hacia ellos sea enorme, desde el primer minuto que pasen junto a nosotros.

En este primer encuentro, el Responsable tendrá una pequeña charla con ellos y les mostrará las instalaciones.

De esa charla deben desprenderse ciertas informaciones, tales como:

por qué llegan allí
qué conocen de la Asociación
qué experiencia tienen en la relación con personas con discapacidad intelectual
qué quieren conseguir con su ayuda
qué ofrecen a cambio a la Entidad

Asimismo se les informará de sus funciones y quedarán claro, además, los siguientes asuntos:

NO SON MANO DE OBRA GRATUITA

El Voluntario no busca (ni debe aceptar) recompensa material alguna por su labor. El secreto y la guarda de información son pilares básicos en el respeto a las personas atendidas, así como un baremo del nivel de confianza que inspiran en la Entidad.

Ser Voluntario implica el cumplimiento de:

Horarios preestablecidos
Constancia en los compromisos adquiridos
El Voluntario tratará con respeto y cariño a todos los atendidos.
Su labor quedará protegida con un Seguro de Responsabilidad Civil y de Accidentes
Estarán permanentemente acreditados mediante un carné, editado y distribuido por PIA.

Los gastos que originen su gestión (transportes, entradas a recintos, comidas,…) estarán cubiertos por CEPER.
Se plantea que los Voluntarios deben tener una Formación promovida por la propia Entidad. Dicha Formación se realizará en grupos (si es posible) o de manera individualizada, en la mayoría de las ocasiones. El material empleado en esta Formación será proporcionado por PLENA INCLUSIÓN ANDALUCÍA.

También se les informará de la existencia de un registro que recogerá sus actuaciones, su asistencia, así como unas observaciones sobre su labor general. También se propone la elaboración de una Valoración/Evaluación periódica.

INTERVENCIÓN:

Actualmente, en CEPER, contamos con dos Centros, situados en c/ Cerraja (Puertosol) y c/ Víctor Hugo (Los Limoneros). En ambos existen unidades de Estancia Diurna, Centros Ocupacionales y Residencias. En todos estos campos será posible la intervención de los Voluntarios; que, tras conocer todas estas opciones, podrá solicitar la tarea más compatible con sus capacidades, tiempo disponible, etc. El Responsable intentará responder positivamente a la elección del Voluntario, o, en su defecto, lo más parecido.

La intervención en RESIDENCIA contará con la ayuda de un "monitor de referencia", al que acudirá para expresar sus necesidades y que será el encargado de mantener informado al Responsable de su seguimiento.

Allí realizará las tareas propias de la Residencia, colaborando en salidas, comedores, fiestas, etc.

En los TALLERES de mañana, los Voluntarios estarán a disposición de las necesidades de las unidades, en las tareas propias del trabajo del taller en el horario establecido.

Cada Taller llevará su control y, a su vez, mantendrá informado al Responsable.

NUNCA SE PODRÁ EXIGIR A UN VOLUNTARIO LAS MISMAS OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES QUE A UN TRABAJADOR

NUNCA SE PODRÁ EXIGIR A UN VOLUNTARIO LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ALGUNA, AUNQUE TENGA LA CUALIFICACIÓN SANITARIA CORRESPONDIENTE.

VALORACIÓN / EVALUACIÓN

Finalizado el tiempo estipulado (un curso, unos meses, un trabajo concreto, unos meses pre acordados, etc.) se llevará a cabo una valoración del trabajo realizado por el Voluntario. Esta evaluación persigue la mejora del servicio del Voluntariado y será elaborada con la información recibida por el Responsable, como por la propia observación de éste. El Voluntario también tendrá su parte de opinión en dicha valoración.

Los resultados serán archivados y puestos a disposición de la Dirección y de la Junta Directiva.

También podrán ser entregados al Voluntario para su uso (solicitud de créditos en estudios, inclusión en su currículum, etc.).

En definitiva se trata de dar respuesta a la demanda de colaboración de ciertos colectivos hacia la población con discapacidad intelectual, ya que esta actuación repercute en los dos sentidos: Hacia los atendidos y hacia la Sociedad.

No olvidemos que el Voluntario NOS REGALA SU TIEMPO LIBRE. Esto es un esfuerzo que no todo el mundo está dispuesto a realizar; por esto, ya merecen nuestro respeto y nuestra atención.
Al final de este Proyecto se incluyen unos Anexos, tomados del Manual de "Orientaciones para la gestión de servicios de voluntariado".

4.- Anexos

ANEXO I

Ficha de definición de tareas

ANEXO II

Ficha de Evaluación de captación

ANEXO III

Ficha de registros del Voluntariado

ANEXO IV

Modelo de Documento de Incorporación o Compromiso del Voluntario

ANEXO V

Hoja de Registros

ANEXO VI

Ejemplo de carta de despedida

Anexo I

FICHA DE DEFINICIÓN DE TAREAS

VOLUNTARIADO EN EL PROGRAMA, SERVICIO,..... DE.....

■ Descripción de la actividad: .....
.....
.....

■ Funciones y cometido de la persona voluntaria: .....
.....
.....
.....

■ Tiempo de dedicación y horario: .....
.....

■ Ubicación del servicio: .....
.....

■ Perfil de la persona voluntaria (edad, formación académica, cursos, experiencia profesional, carnet de conducir, idiomas...)
.....
.....
.....

■ Nº de voluntarios/as necesarios: .....
.....

- Nombre del profesional responsable del servicio: .....
.....

- Fecha:.....

Anexo II

FICHA DE EVALUACIÓN DE LA CAPTACIÓN

Lugar de contacto .....

Personas de contacto .....

.....

.....

Dirección .....

Teléfono .....

Nº de contactos realizados .....

Ultimo contacto .....

Nº de recursos empleados. Carteles, folletos.....

.....

Charlas y cursos realizados.....

.....

.....

.....

Nº de personas que acuden por ese contacto ..... Fecha .....

Otros recursos .....

Anexo III

FICHA DE REGISTRO DEL VOLUNTARIO

Fecha: .....

DATOS PERSONALES Nº Voluntario .....

Nombre: .....Apellidos: .....
Dirección: .....Población..... .....
Provincia: ..... Código postal: .....
Fecha de nacimiento: .... D.N.I: .....
Teléfono 1: ..... Teléfono 2: .....
Teléfono móvil: .... e-mail: .....

Familiar con discapacidad intelectual: SI ☐ Padre o madre ☐ Hermano ☐ Otros .....
NO ☐

FORMACIÓN

☐ ESO
☐ Bachillerato
☐ F.P. en .....
☐ Otras.....
☐ Diplomatura en .....
☐ Licenciatura en .....
☐ Doctorado en .....

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

.....
.....
.....

IDIOMAS

☐ Inglés ☐ Francés ☐ Italiano ☐ Alemán ☐ Otros (indícalos).....

Anexo III

INFORMÁTICA

☐ Word ☐ Access ☐ Excel

Otros .....

EXPERIENCIA PROFESIONAL

EMPRESA	PUESTO	PERIODO

SITUACIÓN LABORAL ACTUAL

☐ En activo ☐ Desempleado/a ☐ Jubilado/a ☐ Amo/a de casa ☐ Estudiante

Otras .....

CARNET DE CONDUCIR ☐ SI ☐ NO **VEHÍCULO PROPIO** ☐ SI ☐ NO

EXPERIENCIA COMO VOLUNTARIO/A

ORGANISMO	PUESTO	PERIODO

DISPONIBILIDAD

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana	De....a.....						
Tarde							

Anexo III

☐ Verano	Julio		Agosto	
	1ª quincena	2ª quincena	1ª quincena	2ª quincena

ACTIVIDADES DE LA ASOCIACIÓN EN LAS QUE TE INTERESA PARTICIPAR

- ☐ Atención temprana
- ☐ Centro ocupacional
- ☐ Centro de atención día
- ☐ Servicio de apoyo a familias
- ☐ Eventos puntuales
- ☐ Centro educativo
- ☐ Fundación tutelar
- ☐ Servicio de ocio
- ☐ Tareas administrativas
- ☐ Investigaciones y estudios
- ☐ Otros.....

Fecha de la entrevista:
Persona que realiza la entrevista:
Observaciones:

MODELO DE DOCUMENTO DE INCORPORACIÓN O COMPROMISO DE VOLUNTARIO

Según la LEY 6/1996, de 15 de enero, del Voluntariado Social

En....., a..... de ..... de 200..

REUNIDOS:

De una parte la Asociación....., con domicilio social en....., constituida el día..... de ..... de 19....., inscrita en el Registro de Asociaciones de ..... en virtud de Resolución de ..... de ..... de 19....., representada en este acto por D./Dña. ..... en su condición de....., representación que tiene acreditada en virtud de Escritura de Poder otorgada ante el Notario de ....., D. ....., el día ..... de ..... de 19.....

De otra parte, D./Dña. ....., mayor de edad, con domicilio en ....., calle .....,nº ..... y DNI nº....., que actúa en su propio nombre y derecho.

Ambas partes se reconocen capacidad para suscribir el presente Acuerdo o compromiso de colaboración en régimen de Voluntariado Social sometido al régimen de lo previsto en la Ley 6/1996, de 15 de Enero, del Voluntariado, y a tal efecto,

EXPONEN:

I.- Que la Asociación..... *(en adelante la Asociación),* está legalmente constituida desde la fecha de su inscripción, en el Registro de Asociaciones, dotada desde entonces de personalidad jurídica, siendo su objeto social..... *(identificar sucintamente el señalado en los Estatutos Sociales)* y regida por los Estatutos de..... *(fecha).* Como tal asociación de interés general de asistencia, atención y promoción de las personas con discapacidad intelectual *(o en su lugar la que corresponda en función del objeto y actividades sociales),* incluida, por lo tanto, entre las relaciones en el art. 4 de la Ley 6/1996, de 15

II.- Que la precitada Asociación reúne todos los requisitos prevenidos en el art. 8.1 de la Ley 6/1996, y cumple, a los efectos del presente documento, lo prevenido en el art. 8.2. de la citada Ley de Voluntariado.

III.- Que D./Dña..... ..... *(en adelante el voluntario),* está interesado en la realización y participación en actividades de interés general incluidos en el ámbito de organización de la Asociación, de forma altruista y solidaria y sin percibir contraprestación económica alguna, y en el programa o proyecto de ..... *(identificar sucintamente).*

IV.- Ambas partes, expresamente, manifiestan que la relación surgida del presente Acuerdo de Colaboración no tiene naturaleza laboral ni de prestación de servicios civiles ni mercantiles, quedando sometida exclusivamente al régimen prevenido en la Ley 6/1996, del Voluntariado.

Habiendo llegado los comparecientes, en sus respectivas representaciones, al presente Acuerdo, formalizan la incorporación como Voluntario de D./Dña....., dentro de la organización de la Asociación, conforme a las siguientes

ESTIPULACIONES

Primera.- Con efectos a partir del día ..... de ..... de 200....., D./Dña..... se incorporará como Voluntario en la Asociación, con carácter altruista y sin percibir contraprestación económica alguna, para la realización de las funciones y actividades de interés general que se especifican en las Estipulaciones siguientes.

Segunda.- Las funciones y actividades del Voluntario en la Asociación, serán mediante su participación en el programa o proyecto ....., las siguientes: *(Enunciar los grupos o tipos de actividad de forma sucinta, pero indicando las más características de las que vaya a realizar)*

Tercera.- En el desarrollo y realización de las actividades de Voluntariado reguladas en el presente documento, el Voluntario se compromete al cumplimiento de los deberes establecidos en el art. 7 de la Ley 6/1996, y específicamente a los siguientes:

a) Cumplir y respetar los fines y objetivos de la Asociación, desarrollando sus cometidos conforme a los programas, proyectos y criterios que al respecto sean fijados por la..... *(Dirección, gerencia, Junta Directiva, etc.)* de la Asociación.

b) Guardar la debida confidencialidad de la información que reciba o pudiera recibir en el ejercicio de sus funciones y servicios.

c) Rechazar cualquier contraprestación o compensación económica ya proceda del beneficiario atendido o de cualquiera otra persona relacionada con su acción de Voluntariado.

d) Seguir y participar diligentemente en las acciones formativas que para el mejor desarrollo de los servicios puedan ser previstas y organizadas por la Asociación.

e) Utilizar la acreditación y distintivos de la Asociación, única y exclusivamente, en el desarrollo de los cometidos y servicios de Voluntariado referidos en el presente documento.

Cuarta.- El Voluntario se compromete a la prestación de las actividades y funciones especificadas en las cláusulas anteriores durante *(especificar el tiempo de prestación, por días, meses o años y horas)* distribuidas de la siguiente forma *(ésto sólo si se puede distribuir homogéneamente por períodos de tiempo la actividad a realizar).*

Quinta.- El presente compromiso tendrá una duración de.....*(días, meses o años)*, iniciando su vigencia el día..... de ..... de 20.... Por lo tanto, llegado el día ..... de ..... de 20...., el presente documento dejará de surtir efectos y, por ello, se producirá la desvinculación de las partes sin necesidad de preaviso entre ellas, extinguiéndose, a todos los efectos la relación de Voluntariado.

No obstante lo anterior, llegado el día del vencimiento del presente contrato, las partes podrán prorrogarlo por igual período que el establecido en el apartado anterior.

Sexta.- El Voluntario, en el ejercicio de las funciones y cometidos pactados en el presente documento y durante la vigencia del mismo, tendrá derecho a que la Asociación le abone los gastos que se vea obligado a efectuar, debiendo presentar, a tal efecto la correspondiente nota de gastos y justificante, en su caso, de los mismos.

Anexo V

FICHA DE COLABORACIÓN

Nº Voluntario.....

Nombre y apellidos: .....

D.N.I.: ..... Teléfono: .....

PROGRAMA EN EL QUE COLABORA

☐ Invierno

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mañana	De....a.....						
Tarde							

Fecha de alta: Fecha de baja:

Seguimiento

☐ Verano

Julio		Agosto	
1ª quincena	2ª quincena	1ª quincena	2ª quincena

Fecha de alta: Fecha de baja:

Seguimiento

FORMACIÓN DENTRO DE LA ENTIDAD:

Curso	Fecha	Horas

Colaboración en invierno: SI☐ NO☐

Colaboración en verano: SI☐ NO☐

EJEMPLO DE CARTA DE DESPEDIDA

Estimado/a (nombre y apellido):

Desde nuestra Entidad queremos hacerte llegar nuestro más sincero agradecimiento por la colaboración desinteresada que has prestado en tu tiempo de voluntariado.

Esperamos haber satisfecho tus inquietudes de formación e información.

Como sabrás, la ayuda que nos has prestado ha sido muy valiosa para conseguir nuestra misión, que no es otra que la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y de sus familias.

Tanto la Junta Directiva como las personas que han trabajado junto a ti, queremos desearte mucha suerte en tu vida y reiterarte nuestro agradecimiento por tu inestimable ayuda.

No queremos despedirnos sin hacerte saber que siempre nos tendrás para cuanto necesites y que tienes las puertas abiertas de nuestra/tu Entidad.

Sin más, te mandamos un caluroso abrazo.

En ..... a ..... de..... 200...

Equipo Técnico / Directivo CEPER

CEPER

Plena inclusión Andalucía

Compromiso Calidad Feaps

CERTIFICADA EN CALIDAD POR LA JUNTA DE ANDALUCÍA

PROTOCOLO DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

CEPER

PO. 3 Protocolo de Quejas y Sugerencias

Índice

1. Introducción
2. Alcance
3. Descripción
4. Responsabilidades

1. Introducción

El objetivo de este protocolo es dar a conocer los pasos necesarios para que las familias de las Personas con Discapacidad Intelectual de CEPER, puedan aportar y realizar sugerencias o quejas respecto a aspectos relacionados con los servicios y en todo lo relativo a su funcionamiento.

2. Alcance

Este protocolo engloba los pasos necesarios para la realización de quejas/sugerencias por parte de las familias de las personas con discapacidad intelectual de la Asociación CEPER

3. Descripción

Las reclamaciones y las quejas/ sugerencias por los familiares de las personas usuarias de la Asociación CEPER se registran en el siguiente documento:

-Hoja de Quejas y sugerencias de las familias

-Libro de Reclamación

-Por correo electrónico de la empresa

Indicando en dicho documento si se trata de una queja/reclamación o una sugerencia. El documento podrá ser completado con la ayuda de un profesional del centro si es preciso.

Una vez registrada la Queja/Reclamación o Sugerencia será entregada Al Director/a Técnico/a del Servicio, el cual realizará los siguientes pasos:

- Informar a la Dirección General de la queja o sugerencia.
- Analizar las causas de esa queja o sugerencia.
- Establecer las acciones necesarias (disposición inmediata o acción correctiva) para resolver la reclamación, una vez informada y autorizada por la Dirección General, que a su vez informará a la Junta Directiva, en función de la gravedad de la queja o sugerencia.

En el caso de cumplimentarse el Libro de Reclamaciones se realizarán las acciones oportunas.

El Director/a Técnico/a deberá contestar en un plazo máximo de 5 días si es urgente y de 15 días si no lo es, al familiar que expresó la sugerencia o queja indicando el tratamiento que se le ha dado.

-También podrán mostrar sus quejas o sugerencias a través de la página web de CEPER (SOPORTE INFORMÁTICO)

4. Responsabilidades

Es responsabilidad de los familiares de la detección de incidencias en el servicio prestado por la Asociación CEPER, y la aportación de sugerencias para mejorar dicho servicio.

Es responsabilidad de los Responsables de la revisión y tratamiento de las reclamaciones y sugerencias detectadas, y contestar a la persona que detectó la incidencia.

Equipo Técnico / Directivo CEPER