

Teleasistencia avanzada en Castilla y León

Servicios de

**Apoyo al mantenimiento de la salud y seguimiento
de la atención a las personas dependientes**

Seguimiento proactivo y apoyo al cuidador.

GUÍA DE INTERVENCIÓN TÉCNICA

Versión 26



MADISON

Con la colaboración de

INDICE

Contenido

1.- FINALIDAD Y CONTENIDO.....	3
1.1.- Breve descripción del servicio	3
1.2.- Beneficiarios/as: breve descripción.....	3
1.3.- Modelo de atención centrado en lo importante. Un cambio de paradigma.....	4
1.4.- Componentes.....	7
2.- EL PROCESO DE ATENCIÓN.....	9
2.1.- Esquema del proceso	9
2.2.- Descripción de los roles implicados.....	10
2.2.1.- Teleoperador/a de referencia	10
2.2.2.- Técnico – coordinador/a de teleasistencia	11
3.- INFORMACIÓN A LA PERSONA USUARIA.....	14
4.- VALORACIÓN, PROYECTO INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO	16
4.1.- Valoración y Proyecto Individualizado de atención	16
4.2.- La entrevista domiciliaria.....	17
4.3. Identidad significativa.....	18
4.4.- Los objetivos de la persona	19
4.5.- Proyecto Individualizado de atención para la persona dependiente. Valoración inicial.	20
4.6.- Proyecto individualizado de atención para la persona cuidadora. Valoración inicial.	24
4.7.- Contenidos de atención: Recomendaciones	28
4.8.- Criterios para la segmentación de la intensidad de la atención.....	31
4.8.1.- Administración de intensidades: ajustando necesidades y capacidades del servicio	33
4.9.- Contacto proactivo.....	33
4.9.1.-Esquema de llamada proactiva.....	34

4.9.2.-Elaboración del proyecto de llamada	35
4.9.3.-Registro del proyecto de llamada.....	36
4.10.- Valoración de seguimiento.....	36
4.11.- Derivación: coordinación de servicios	37

1.- FINALIDAD Y CONTENIDO

1.1.- Breve descripción del servicio

La teleasistencia persigue la **permanencia e integración en el entorno familiar y social habitual** de la persona y atiende situaciones de necesidad como fragilidad, dependencia, soledad o aislamiento, así como situaciones de crisis o emergencia dentro y fuera del domicilio.

Servicios	Contenido del servicio
Apoyo al mantenimiento de la salud y seguimiento de la atención a las personas dependientes	Aplicación de un protocolo de coordinación socio sanitaria para la detección, intervención, y derivación de posibles situaciones de vulnerabilidad, cambios, riesgo o situaciones de enfermedad y/o dependencia.
Seguimiento proactivo y apoyo al cuidador	Apoyo al cuidador tanto para la prevención de situaciones de agotamiento y claudicación, como para mantener la calidad de los cuidados que presta a la persona en situación de dependencia mediante la aplicación de un protocolo de atención integrada.

La normativa marco de este servicio está recogida en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las Personas en situación de Dependencia, la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, modificada por la Ley 3/2020, de 14 de diciembre (publicada en el BOCyL de 21 de diciembre de 2020), y en las normas que se dicten en su desarrollo.

Así mismo se desarrolla en la siguiente normativa:

- ORDEN FAM/423/2019, de 16 de abril, por la que se determina el contenido de la prestación pública de teleasistencia en Castilla y León, modificada por la ORDEN FAM/987/2020, de 22 de septiembre.
- Resolución de 6 de marzo de 2020, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se determinan las intensidades y contenidos técnicos mínimos de la prestación pública de teleasistencia avanzada en Castilla y León.

1.2.- Beneficiarios/as: breve descripción

Serán usuarias aquellas personas que, por su situación de convivencia y dificultades en su autonomía personal, precisen un sistema de comunicación continuo que les permita permanecer en su domicilio habitual.

A las personas que reúnan los requisitos de acceso y tengan reconocido un grado de dependencia, se les garantizará el acceso a la teleasistencia avanzada, mediante la prestación de, al menos dos servicios, siempre uno de ellos será el **“apoyo al mantenimiento de la salud y seguimiento de la atención a personas dependientes”**.

A quienes, además de tener reconocido un grado de dependencia, tengan concedida la prestación económica de cuidados en el entorno familiar, se les garantizará el servicio de **“apoyo al mantenimiento**

de la salud y seguimiento de la atención a personas dependientes” y el de “Seguimiento proactivo y apoyo al cuidador”. En este último caso, se podrá reconocer también al cuidador la prestación de teleasistencia como medida de apoyo en la realización de los cuidados.

1.3.- Modelo de atención centrado en lo importante. Un cambio de paradigma.

La atención psicosocial a las personas ha transitado desde un modelo médico/asistencial basado en la identificación y reducción de síntomas, a la provisión de apoyos para facilitar la autodeterminación, la promoción de una vida significativa y la búsqueda de bienestar no únicamente entendido como la maximización de emociones positivas y la reducción de las negativas (dimensión hedónica) sino más relacionado con la emisión de conductas alineadas con lo importante para la persona y la satisfacción personal (dimensión eudaimónica).

Una atención centrada en lo importante para la persona se basa en unos principios básicos:

Implica reconocer la singularidad y unicidad de la persona. La creencia y el sentimiento de que la persona es valiosa tal y como es, con todas sus fortalezas y también con sus vulnerabilidades. Tal y como señala Wilson (2015) “La vulnerabilidad no es lo que nos diferencia a los seres humanos, es lo que nos une”.

- El respeto por los valores, preferencias y necesidades expresadas por las personas.
- El acceso a la asistencia y la integración de la atención.
- El confort físico.
- El apoyo emocional en los momentos de ansiedad y miedo.
- La información, comunicación y educación.
- La implicación de familiares, amigos y personas significativas.
- La transición y continuidad.

Desde la teleasistencia queremos poner el foco de atención en lo importante para la persona para que las actuaciones que se desarrollen en estos servicios tengan sentido y aporten valor a la persona que recibe la atención.

Esta perspectiva lleva asociada importantes implicaciones en cuanto al rol profesional y a las cualidades de las interacciones que se establecen entre la persona que apoya y la persona que es apoyada. Algunas de esas cualidades son:

- Horizontalidad: el profesional da la visión de lo que percibe desde su perspectiva. Ésta no es mejor ni peor, es una perspectiva diferente.
- Escucha activa: está atento a la información que emite la persona en todas sus modalidades.
- Validación: ratifica tanto verbal como no verbalmente aquello que expresa la persona. Respeta las decisiones, preferencias y opciones personales. Adapta el servicio a la persona y no la persona al servicio.
- Conexión y cercanía: interacciones lo más natural y cercanas posibles.
- Empatía: se pone en la piel de la persona para experimentar y entender aquello que la persona puede estar experimentando.

- Presencia permitida de vulnerabilidad. El profesional hace auto-revelaciones y genera un ambiente donde la vulnerabilidad está permitida, es lo que nos une y no lo que nos diferencia.

Este cambio de dirección, se puede concretar en un cambio en el foco de atención. Se pasa de prestar atención a la presencia del malestar y los problemas, para su reducción, a centrarse en la vida que es significativa y que le merece la pena a la persona

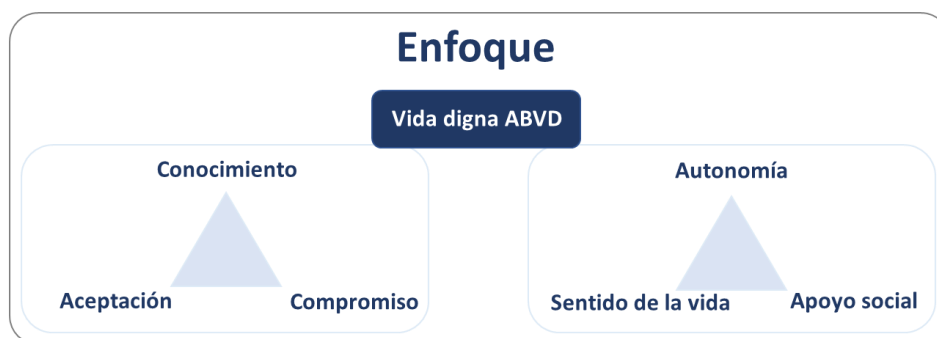
Una atención centrada en el significado y en lo que hace que la vida merezca la pena, permite que la persona se desarrolle y progrese, hace más aceptable el sufrimiento y posibilita ser más flexibles y resistentes (Hayes, Stroshal y Wilson, 1999).

Se trata de un proceso constructivo. No pretende destruir nada, sino que parte del nivel actual de la persona a la que se motiva y apoya, para cultivar una vida significativa a través del desarrollo de acciones valoradas, concretadas en unos objetivos. Una de las implicaciones más importante que se deriva de ello es que desde el primer contacto, las interacciones, se focalizan en los valores, en aquello que a la persona le importa se motivan acciones coherentes con ellos, a través de los objetivos.

Estos servicios de la teleasistencia avanzada persiguen una atención personalizada y proactiva, tanto de la persona usuaria como de la persona cuidadora.

La finalidad última es la de contribuir a que la persona usuaria pueda tener una vida digna y significativa, donde tenga cubiertas sus necesidades inmediatas para la realización de las ABVD.

ENFOQUE DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA AVANZADA



Para ello, hay que trabajar **tanto con la persona usuaria como con su cuidador/a un enfoque triangular respecto a:**

Conocimiento: para controlar mejor su vida y la situación.

Aceptación: reconociendo las circunstancias inevitables.

Compromiso: con sus propios valores.

Además, se atenderá al **bienestar emocional de la persona, tratando de mantener y/o potenciar en la medida de lo posible** las siguientes áreas:

Autonomía: manteniendo actividades con su práctica y buscando nuevas formas de desempeño autónomo.

Sentido de la vida: con rutinas significativas.

Apoyo social: manteniendo o aumentando el apoyo social disponible y el recibido.

Los contenidos principales de la atención en los servicios proactivos de teleasistencia avanzada, están encaminados a procurar una vida digna y significativa al/a la usuario/a.

Es necesario tener en cuenta que alcanzar una vida digna y significativa, tendrá un significado diferente para cada persona, cada individuo posee sus propios valores, y serán éstos los que orientaren la elección actividades significativas y funcionarán como fuente inagotable de motivación.

Por lo tanto para determinar cuál es la vida digna y significativa para ~~esa~~ cada persona, es necesario conocer en profundidad la esencia de la persona, sus valores e intereses, es decir, lo que es importante y se plasmarán en una serie de objetivos establecidos por la persona que considera adecuados para trabajar a través de contactos proactivos.

Desde esta perspectiva entendemos que el que una persona perciba su vida como digna y significativa va a estar modulada por los siguientes aspectos:

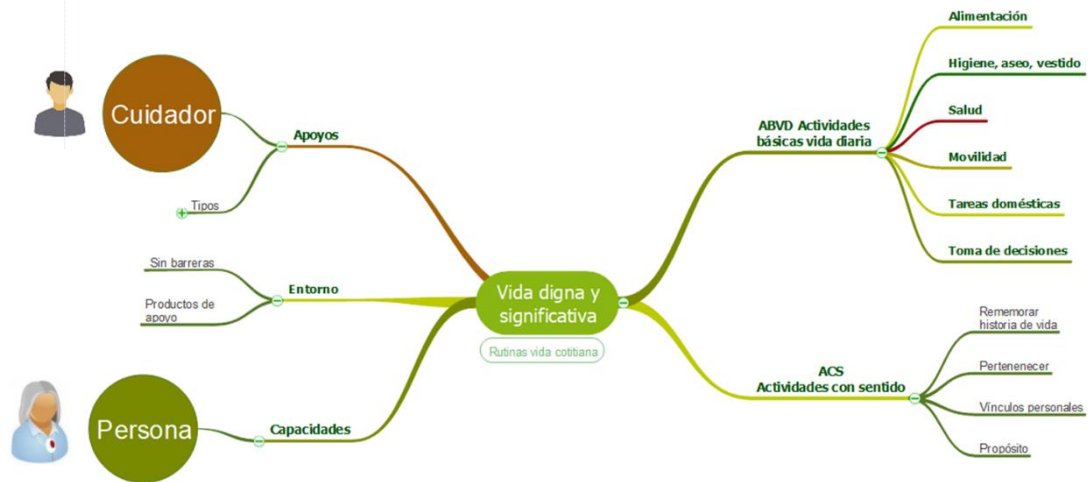
- Sus propias capacidades.
- El entorno en que se desenvuelva.
- Los apoyos que reciba.

Para contribuir a que las personas disfruten de una vida digna y significativa, servirá de ayuda incluir las actividades de la vida diaria en rutinas significativas dotándolas de ~~con~~ sentido, para ello la persona tendrá que entrar en contacto con sus valores y lo que realmente le importa. Se ha comprobado que hay una serie de aspectos que suelen ser fuente de importancia por diversos motivos para la mayoría de las personas entre las que se pueden incluir:

- recordar la historia vivida
- promover pertenencia a un grupo
- establecimiento de vínculos personales
- clarificación de propósitos.

Los objetivos de la persona usuaria versarán generalmente sobre estas cuestiones.

Por lo tanto, los contenidos utilizados a través del servicio para apoyar a la persona dependiente en la consecución de sus objetivos se relacionan con la realización de las actividades de la vida diaria con la mayor autonomía y bienestar posible, recibir los apoyos adecuados, empleo de productos de apoyo y eliminación de barreras en su entorno habitual.



1.4.- Componentes

El modelo de atención se basa en los siguientes componentes principales:

Teleasistencia proactiva: Componentes



1. **Técnico coordinador/a de teleasistencia:** Personaliza la atención, valora, orienta, prescribe contenidos de autonomía y orienta al/a la teleoperador/a de referencia.
2. **Teleoperador/a de referencia:** elaborará el Proyecto de siguiente llamada y realizará los contactos proactivos siguiendo el esquema general.

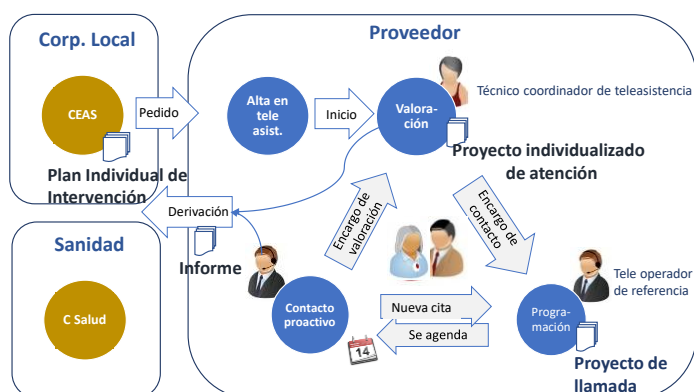
3. **Recomendaciones (contenidos de atención de los servicios proactivos):** Son un conjunto de documentos en formato de texto, audio o vídeo con recomendaciones específicas para la persona en función del servicio que recibe y de sus circunstancias y necesidades. Prescritos por el/la técnico coordinador/a de teleasistencia, el servicio debe hacerle llegar a la persona los documentos correspondientes y facilitarle con sus propios medios su lectura, audición o visionado según el formato.
4. **Proyecto individualizado de atención:** Contendrá un resumen de las valoraciones y previsiones de atención comprometidas con la persona. Estará siempre accesible al coordinador/a de caso de la persona en el CEAS.
5. **Proyecto de llamada:** Registro de notas sobre el resultado del contacto proactivo y del contenido y fecha previstos para la actuación del/de la teleoperador/a en el siguiente contacto proactivo con la persona, realizado al finalizar la última llamada.
6. **Esquema de llamada:** Estructura de interacción del/de la teleoperador/a de referencia en los contactos proactivos con la persona.

2.- EL PROCESO DE ATENCIÓN

2.1.- Esquema del proceso

Teleasistencia proactiva: Proceso

- Apoyo a la autonomía de personas en situación de dependencia
- Seguimiento y apoyo al cuidador



Una vez recibido por parte de la entidad proveedora del servicio el alta o modificación del servicio, la empresa proveedora llevará a cabo las siguientes acciones:

- **Alta** en el servicio, asignar técnico coordinador/a de teleasistencia y asignar teleoperador/a de referencia, si procede: El proveedor de teleasistencia dará como alta a la persona usuaria y activará de inmediato la visita al domicilio del/de la técnico coordinador/a de teleasistencia, que catalogará a las personas según su grado de vulnerabilidad y centrará su intervención y seguimiento según dicho grado, y que en el caso de que se trate de un servicio proactivo, elaborará el Proyecto individualizado de atención. Si la persona debe recibir un servicio proactivo se le asigna un/a teleoperador/a de referencia, que será conocido por aquella.
- **Valoración especializada de teleasistencia y cumplimentación del Proyecto individualizado de atención, en servicios proactivos:** El/la técnico coordinador/a de teleasistencia realizará la valoración necesaria para elaborar “Proyecto individualizado de atención” (Anexos 3 y 4) del servicio de teleasistencia. Será necesario este documento para poder grabar la fecha de alta efectiva en el servicio.
- **Elaborar y agendar el proyecto de llamada:** En el caso de servicios proactivos el/la teleoperador/a de referencia, asistido por el/la técnico coordinador/a de teleasistencia cuando sea preciso, redactará el proyecto de la próxima llamada.
- **Contacto proactivo:** El/la teleoperador/a de referencia efectúa la llamada. Decide si continúa otro ciclo de contacto proactivo, si le encarga nueva valoración al/a la técnico coordinador/a de teleasistencia o si deriva al CEAS o al equipo de atención primaria.
- **Seguimiento** (Valoración de seguimiento): El/La técnico coordinador/a de teleasistencia realizará, cuando sea oportuno, una valoración de seguimiento que podrá dar lugar o no a una actualización del Proyecto individualizado de atención en los casos que tengan servicios proactivos- Este

seguimiento vendrá determinado en función de la intensidad de atención o por las incidencias detectadas.

- **Derivación al CEAS:** cuando se detecte una posible situación de necesidad de revisión del grado de dependencia y/o de las prestaciones reconocidas se recomendará a la persona que solicite cita con su coordinador/a de caso en el CEAS.
 - Cuando, además de lo anterior, se detecte un especial riesgo o deterioro en la calidad de vida de la persona en situación de dependencia, se comunicará al/a la coordinador/a de caso del CEAS de referencia de su domicilio, por el cauce que establezca la Corporación Local, informando previamente a la persona.
- **Derivación a Sanidad:** cuando se detecten posibles necesidades de atención a la salud de la persona se aconsejará que realice una consulta a su profesional de referencia en sanidad.
 - Cuando, además de lo anterior, se detecte un especial riesgo o deterioro para la salud de la persona, se pondrá en contacto directamente con el equipo de atención primaria, informando previamente a la persona.

2.2.- Descripción de los roles implicados

El personal implicado directamente en el proceso de atención se resume en los siguientes roles:

2.2.1.- Teleoperador/a de referencia

El/la teleoperador/a de referencia es la **persona que preferentemente lleve a cabo los contactos proactivos y tendrá el conocimiento de las circunstancias personales y su evolución.**

Una parte muy importante de la proactividad se concreta en las llamadas de atención personalizada que realiza el/la teleoperador/a de referencia de la persona. El conocimiento de las circunstancias personales y de su evolución, y **su continuidad en el tiempo permiten una relación que facilita la confianza de la persona y da valor del servicio público.**



La relación establecida teleoperador/a de referencia-persona usuaria es una relación de cercanía y confianza, en la que la persona pueda expresarse libremente sin ser juzgada. El teleoperador se pone al servicio de los objetivos de la persona para que ésta pueda disfrutar de una vida digna y significativa en coherencia con sus valores.

Para establecer este tipo de relación, cada persona conocerá el nombre del/de la teleoperador/a por el/la que puede preguntar, y este/a será el/la encargado/a preferentemente de realizar los contactos proactivos, aunque la recepción de llamadas las pueda atender el/la teleoperador/a que esté atendiendo en cada momento el centro de llamadas.

Las funciones del/de la teleoperador/a son las siguientes:

- Emite las llamadas programadas.
- Traslada las recomendaciones de atención.
- Refuerza los logros.
- Identifica las necesidades de la persona dependiente, y los cambios significativos en la situación de dependencia.

El/la teleoperador/a de referencia es quien tiene un contacto permanente con la persona.



- Encarga al/a la técnico valoraciones en caso necesario.
- Deriva a CEAS y/o al equipo de atención primaria de salud las situaciones relevantes.
- Registra lo actuado.

Formación

La entidad del servicio de teleasistencia debe garantizar que el personal esté formado en los siguientes aspectos:

- Finalidad y proceso de prestación del servicio.
- Modelo de atención centrado en la persona.
- Actividades básicas de la vida diaria.
- Autonomía y apoyos para las actividades básicas de la vida diaria
- Autocuidado del cuidador: gestión emocional, autoestima, gestión de pensamientos, creencias, habilidades de comunicación, habilidades sociales, organización y planificación del tiempo.
- Prestaciones para personas en situación de dependencia.
- Coordinación con el/la técnico – coordinador/a de teleasistencia y con Centro de Acción Social.

2.2.2.- Técnico – coordinador/a de teleasistencia

Es quien **dirige la actuación de la teleasistencia con cada persona**, valora, orienta y planifica la atención telefónica ayudando al/a la teleoperador/a. También efectúa las actuaciones oportunas, movilizando los recursos necesarios para asegurar los apoyos a la persona en situación de dependencia. Todo ello colaborando con el/la coordinador/a de caso del CEAS, del que recibirá indicaciones y al que apoyará cuando sea preciso.

El/la técnico coordinador/a de teleasistencia es la persona responsable de la personalización del servicio, realizando la primera visita domiciliaria y cumplimentando el **Proyecto individualizado de atención** de la persona titular del servicio. Es necesario que identifique aquellos aspectos que son importantes para la persona y que hacen que su vida sea digna y significativa, con el fin de ayudarla a establecer sus propios objetivos en coherencia con sus valores.

También debe comunicarse con el/la coordinador/a de caso de la persona en el CEAS para conocer sus pautas y la información integral sobre el beneficiario/a y su entorno, y para informarle sobre sus actuaciones, que el/la coordinador/a de caso tendrá en cuenta para que exista coherencia del servicio de teleasistencia con otras prestaciones que pueda recibir. El/la técnico – coordinador/a de teleasistencia atenderá a demanda las necesidades de los/las coordinadores/as de caso, según la prioridad establecida para el caso.

El/la técnico coordinador/a de teleasistencia personaliza la actuación, valora, orienta y planifica la atención telefónica

Ayuda al/a la teleoperador/a a preparar el Proyecto de llamada, explicando cómo debe realizar el seguimiento de los objetivos comprometidos en el Proyecto individualizado de atención, cómo reforzar

dichos compromisos y cómo, en qué orden, transmitir y recordar los contenidos prescritos y a qué debe prestar atención el/la teleoperador/a para detectar posibles variaciones en la asignación a una intensidad determinada.

Por lo tanto, los objetivos del/de la técnico son:

- Detectar, valorar y orientar a la persona: oportunidades de atención.
- Acompañar al usuario/a para hacer emerger sus objetivos principales.
- Proponer contenidos de recomendaciones, acordes con lo importante para la persona, que reforzará el/la teleoperador/a.
- Registrar las oportunidades de forma adecuada en el Proyecto individualizado de atención.
- Establecer una planificación de la intervención para el/la teleoperador/a. Donde se recojan la secuenciación de los objetivos, las recomendaciones a activar y evocar y elementos que debe tener en cuenta para detectar variaciones en la intensidad.
- Ayudar al/a la teleoperador/a a establecer el Proyecto de la primera llamada y en las sucesivas cuando el/la teleoperador/a necesite apoyo.
- Derivar a otros recursos cuando proceda.
- Coordina las actuaciones con el/la coordinador/a de caso del CEAS.
- Registra lo actuado.

En su mayoría, el contenido de las conversaciones de/de la teleoperador/a se centrará y reforzará lo reflejado en el Proyecto individualizado de atención y será acordado entre ambos/as profesionales sobre el caso concreto.

Formación

El/la técnico – coordinador/a de teleasistencia poseerá conocimientos sobre:

- La interrelación entre los conceptos de bienestar, salud, ocupación significativa, dignidad y participación.
- Conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las ABVD con y sin adaptaciones y/o productos de apoyo.
- Conocimientos para evaluar las necesidades de apoyo de personas en situación de dependencia y para determinar la intervención utilizando el potencial terapéutico de la actividad significativa para mejorar la autonomía personal y la calidad de vida.
- Conocimientos para evaluar y adaptar el entorno con el fin de promover la participación en actividades significativas en las diferentes facetas de la vida, la autonomía personal y la calidad de vida.
- Capacidades para escuchar de manera activa para obtener y sintetizar información acerca de las necesidades de apoyos, las preocupaciones y los deseos de las personas, comprendiendo el contenido de la información, detectando y respetando las diferencias individuales, creencias culturales, costumbres y su influencia en el desempeño y la participación.
- Conocimientos para promover el cuidado de la salud y prevenir la dependencia, adquirir o recuperar el desempeño en las ABVD necesario en cada etapa del ciclo vital para lograr la independencia y la autonomía en las diferentes áreas vitales (autocuidado, trabajo y esparcimiento) de aquellas personas que sufren situaciones de riesgo, déficits orgánicos,

limitaciones en la actividad y la participación social, fomentando en todo momento la participación activa del/de la usuario/a y la familia.

- Debe conocer, comprender y aplicar los fundamentos de la autonomía personal en las ABVD con y sin adaptaciones y/o productos de apoyo.
- Conocimiento sobre el proceso fisiopatológico y psicopatológico en todos los momentos del ciclo vital, identificando los problemas y aspectos preventivos y clínicos de la persona, tanto en la salud como en la enfermedad.
- Conocimientos sobre la sobrecarga del cuidador, en qué consiste, factores de riesgo, estrategias de afrontamiento, percepción de la sobrecarga y valoración de la sobrecarga.
- Conocimientos acerca de gestión emocional, gestión de pensamientos, atención plena, autoestima, auto concepto, técnicas de relajación, sistemas de creencias, habilidades sociales, habilidades de comunicación, planificación y organización del tiempo.
- Conocimientos básicos sobre Proyecto de vida y rutinas significativas. Modelo de atención centrado en la persona.
- Finalidad y proceso de prestación del servicio
- Prestaciones para personas en situación de dependencia.
- Proyecto individualizado de atención.
- Coordinación con el Centro de Acción Social.

3.- INFORMACIÓN A LA PERSONA USUARIA

Los protocolos de atención de cada servicio contemplarán lo necesario para mantener a la **persona informada** así como a las personas que conviven con ella en su entorno habitual, y a su cuidador si tiene **sobre los contenidos y el funcionamiento esencial**,

Debe garantizar suficientemente que la **persona comprende la finalidad y el funcionamiento del servicio** al inicio de la atención, y siempre que se produzcan cambios significativos.

La **persona debe ser informada sobre los contenidos y el funcionamiento esencial**

Contenidos y funcionamiento: información a facilitar

Respecto a los contenidos, los/as usuarios/as del servicio de teleasistencia domiciliaria deben ser informados, en un lenguaje claro y comprensible, del funcionamiento básico del servicio, para que tengan un conocimiento exacto del tipo de atenciones que se les puede ofrecer; de las características, funcionamiento y mantenimiento del terminal, a fin de que puedan hacer un correcto uso de este, y de sus derechos y obligaciones.

La información se debe facilitar en el momento de la entrega del terminal y, posteriormente, a petición del/de la usuario/a o por iniciativa del Centro de Atención, siempre que se considere oportuno.

La información mínima que se debe proporcionar a la persona usuaria de cualquiera de estos dos servicios debe incluir:

El servicio de apoyo al mantenimiento de la salud y seguimiento de la atención a la persona en situación de dependencia con dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria,

- Busca promover una vida digna y significativa mediante valoración de sus necesidades, recomendaciones de actuación. Esto incluye la detección, intervención, y derivación de posibles situaciones de vulnerabilidad, riesgo o situaciones de enfermedad y/o dependencia.
- El servicio se prestará mediante:
 - Una **valoración técnica en el domicilio** de la persona en situación de dependencia, la orientación sobre las pautas recomendables, el compromiso con los objetivos concretos que desee la persona, y en su caso, el cuidador.
 - **Llamadas efectuadas por un/a teleoperador/a conocido por la persona** para seguimiento y detección de necesidades, recordar pautas de atención recomendadas, y reforzar los logros.
- Se informará a la persona del contenido de su Proyecto individualizado de atención, centrado en las necesidades de apoyo y adaptación del entorno para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

El servicio de seguimiento proactivo y apoyo al cuidador

- Busca la prevención de situaciones de agotamiento y mantener la calidad de los cuidados que presta a la persona en situación de dependencia.
- Esto incluye la valoración de fortalezas y riesgos de la persona cuidadora para facilitar su propio autocuidado y mantenimiento de sus capacidades para afrontar el esfuerzo que conlleva.
- El servicio se prestará mediante:
 - Una **valoración técnica en el domicilio** de la persona cuidadora, la orientación sobre las pautas recomendables, el compromiso con los objetivos concretos que desee la persona.
 - **Llamadas efectuadas por un/a teleoperador/a conocido/a por la persona** para seguimiento y detección de necesidades, recordar pautas de atención recomendadas, y reforzar los logros.
- Se informará a la persona del contenido de su Proyecto individualizado de atención, centrado en recomendaciones para su autocuidado.

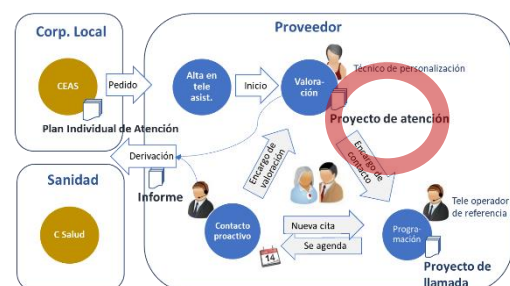
4.- VALORACIÓN, PROYECTO INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO

4.1.- Valoración y Proyecto Individualizado de atención

El/la Coordinador/a de caso elaborara desde el CEAS el Plan individualizado de intervención de acuerdo con el/la interesado/a y/o el/la cuidador/a.

El **Plan individualizado de intervención (PII)** contiene:

- Identificación de la persona interesada.
- Identificación de coordinador/a de caso.
- Teleasistencia básica.
- Accesibilidad de los dispositivos domiciliarios.
- Servicios de teleasistencia avanzada acordados.
- Datos de asistencia sanitaria.
- Persona de contacto.
- Sugerencias sobre actuaciones a realizar por el servicio de teleasistencia: para la persona en situación de dependencia y para la persona cuidadora.



Junto a estos dos documentos, el CEAS adjuntará otra documentación complementaria:

- Informe de salud
- BVD
- Informe social de dependencia unificado
- Informe social del servicio de teleasistencia (si no procede realizar el I.S. unificado).
- Consentimiento informado del cuidador (si es el caso).
- Aceptación de la/s persona/s de contacto.

Una vez recibido el Plan individualizado de intervención, se dará de alta al/a la usuario/a en el servicio y se le pedirá al/a la técnico coordinador/a de teleasistencia la necesidad de llevar a cabo la entrevista para cumplimentar el Proyecto individualizado de atención.

El/La técnico – coordinador/a de teleasistencia tiene que contactar con la persona titular y con su cuidador/a o cuidadores/as, para concertar la entrevista. Cuando contactemos con la persona, y el/la cuidador/a en su caso, es **muy importante** realizar una presentación completa y clara sobre quién somos, de dónde venimos y cuál es el objetivo de la entrevista, así como las características de los servicios proactivos, haciendo especial hincapié en las diferencias con el servicio de teleasistencia básica.

El/La técnico – coordinador/a de teleasistencia debe comunicarse previamente con el/la coordinador/a de caso de la persona en el CEAS para conocer sus pautas y la información integral sobre el/la beneficiario/a y su entorno, y para informarle sobre sus actuaciones, teniendo en cuenta la coherencia del servicio de teleasistencia con otras prestaciones que pueda recibir. El/la técnico coordinador/a de teleasistencia atenderá a demanda las necesidades de los/las coordinadores/as de caso, teniendo en cuenta la prioridad establecida para el caso. En todo caso en la primera valoración y siempre que lo considere necesario.

También será importante que el/la coordinador/a de caso le detalle cuestiones importantes a considerar, tanto de la persona beneficiaria como de su entorno, para la coordinación de caso.

Por ejemplo, conocer si hay dudas razonables sobre la sinceridad del cuidador cuando se le pregunta, sobre si el beneficiario/a tiene carencias que no quiera reconocer, etc.

4.2.- La entrevista domiciliaria.

Durante la entrevista domiciliaria trataremos de conocer la esencia de la persona, sus valores, intereses, anhelos, gustos, aficiones..., en definitiva, de aquello que es importante para ella, le da sentido a su vida y funciona como una fuente inagotable de motivación.

Para obtener información de calidad, es esencial establecer una interacción significativa.

Cuando realizamos la entrevista, abrimos un espacio a:

- La personalización del servicio.
- La generación de sentido en su vida, a través de la reflexión sobre distintos elementos de la misma.
- A la expresión de su identidad.
- A la sensación de control, sobre lo que realmente controla, su propia vida.
- Autodeterminación: fijando sus metas y aspiraciones.

Desde una perspectiva práctica proponemos una serie de recomendaciones para **establecer una interacción significativa**:

Para facilitar la expresión y recogida de la información, es prioritario propiciar un espacio de intimidad, donde se generen lazos de conexión entre el/la técnico y el/la usuario/a. Podemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Cuidar el espacio físico y posición: nos puede ayudar sentarnos (si hasta ahora estamos de pie),
- Realizar una introducción verbal: Aclarar que este momento es especial porque ahora queremos centrarnos en aspectos propios de su persona (“ahora vamos a hablar de algo que me interesa mucho, que en realidad es lo más importante, en cómo se ve a sí mismo...”), en el caso del cuidador hacer especial énfasis en que a partir de un determinado momento nos vamos a centrar en él como un todo que incluye distintos roles, además del de cuidador, trabajador, padre, hermano, amigo, etc...
- Hacer saber a la persona que está siendo escuchada: Hablando, mirándola, tocándola, es decir a través del lenguaje verbal y no verbal, a través de lo que decimos, de los silencios, de cómo lo decimos (tono, entonación,...), de los gestos, de los contactos, de la posición...
- Intenta que la **interacción sea lo más natural posible, que sea fluida** la interacción, de modo que no parezca un interrogatorio.
- Intenta que la conversación **no esté basada únicamente en problemas** y soluciones.
- **El/la técnico-coordinador/a puede mostrarse genuino/a, dar su perspectiva**, puede compartir historias dolorosas, pérdidas, vergüenzas, etc (autorrevelaciones). La vulnerabilidad no es lo que nos diferencia, es lo que nos une.

La conversación se caracterizará por:

- Horizontalidad: profesional y usuario/a se encuentran al mismo nivel.
- Conexión con el otro desde lo que nos hace iguales mostrando que ambos podemos ser vulnerables ante determinadas situaciones.
- Validación de la experiencia subjetiva de la persona, a través de la empatía.
- No juicio, evitaremos realizar comentarios de valoración hacia la experiencia subjetiva de la persona.

A pesar de disponer de un formulario para elaborar el Proyecto individualizado de atención, a la hora de llevar a cabo la entrevista, debemos tener en cuenta que el formulario no es un cuestionario en el que vamos haciendo preguntas y anotando las respuestas, sino que, se trata de un documento técnico que nos permite registrar lo necesario para poder personalizar el servicio de la persona reflejando lo importante para ella, por lo tanto debemos cumplimentarlo junto a ella.

En el desarrollo de la entrevista nuestra actitud debe ser de escucha activa, la persona debe sentirse escuchada y ser la protagonista de la conversación. Mientras conversamos con la persona, únicamente anotaremos cuestiones imprescindibles. Si es necesario reconduciremos su conversación para lograr una información de calidad para, a posteriori, cumplimentar el Proyecto individualizado de atención.

Siempre comenzaremos la entrevista presentándonos y explicando la información que necesitamos, indicando que el objetivo es poder prestarle un servicio de calidad y lo más personalizado posible para dar respuesta a sus necesidades y poder ser un apoyo para él/ella y para su cuidador/a.

4.3. Identidad significativa.

El concepto de identidad significativa junto con los objetivos, se recogen como elementos centrales de la expresión del modelo centrado en lo importante para la persona y la personalización de estos servicios.

En ellos la persona refleja su particularidad, su identidad, su esencia,... Esta identidad significativa va a depender del momento y las circunstancias en las que se encuentre, entre otras cosas.

La identidad significativa se recoge en el Proyecto individualizado de atención a través de cuatro cuestiones.

1. ¿Cómo se ve ahora la persona?

Dentro de este epígrafe lo que se pretende es recoger la información de la persona sobre su estado actual y grado de satisfacción en los distintos roles que desempeña en este momento de su vida: Cuidador; Familia; Relaciones sociales; Trabajo; Formación; Ocio; Etc.

2. Lo que más le importa

Aquí queremos ver el reflejo de sus valores en relación a otros y a su propio desarrollo personal. Cuál es la herencia que quiere dejar en el mundo, que son las cualidades que le gusta cultivar y ver crecer a su alrededor,...

Lo que más le importa, son elementos que suelen variar poco a lo largo de la vida, suelen ser los protagonistas de los miedos, las alegrías, y satisfacciones a lo largo de nuestra historia vital.

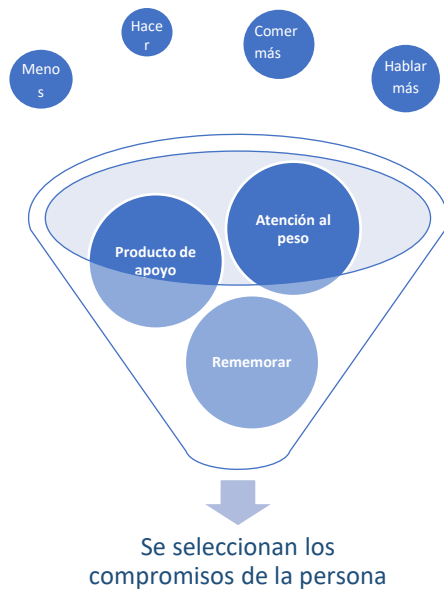
3. Lo que más le gusta hacer

En este apartado recogemos sus talentos naturales, las actividades que disfruta, con las que pierde la noción del tiempo, sus pasiones (si las tiene), sus rutinas preferidas...

4. Lo que más le preocupa

En este apartado exploramos cuales son los elementos vitales que le hacen sufrir, que contenidos tienen sus preocupaciones, sus tristezas y temores.

4.4.- Los objetivos de la persona



En el Proyecto individualizado de atención tanto de la persona dependiente como de la persona cuidadora, se establecen los objetivos a trabajar a través del servicio.

Los objetivos principales de la persona reflejan los compromisos de la persona en coherencia con sus valores y que durante la entrevista con el/la técnico/a han sido explicitados.

El/la profesional apoya al/a la usuario/a en la reflexión, para facilitar que emerjan dichos objetivos personales.

El/la técnico acuerda con el/la usuario/a las recomendaciones en coherencia con lo importante y los objetivos expresados por la persona, al tiempo que refuerza los compromisos asumidos por la persona.

- Son objetivos determinados por la propia persona en función de sus valores, necesidades, intereses y creencias, habitualmente precisarán la ayuda del/de la técnico – coordinador/a de teleasistencia para hacerles emerger y concretarles.
- En virtud a ellos, establecemos las recomendaciones o actuaciones que vamos a llevar a cabo y personalizaremos su evolución.
- Durante la entrevista es necesario conocer los compromisos de la persona con unos objetivos concretos, factibles y lo más coherentes posible con su situación. El/la técnico – coordinador/a de teleasistencia procurará promover el compromiso de la persona con su autonomía y bienestar.

¿Cómo tienen que ser los objetivos principales de la persona?

- Deben formularse centrados en lo importante para la persona: expresan lo que quiere conseguir y no lo que el/la técnico piensa, opina, desea... ni lo que el servicio debe hacer para conseguirlo. Únicamente en el caso de observar un objetivo que pueda poner en riesgo su integridad física o psíquica, trataremos de modificar dicho objetivo o de buscar ayuda para evitar esta situación.
- Específicos: serán lo más concretos posibles. Deben expresar un logro que la persona desea conseguir a través del servicio. Así mismo, deben ser claros y comprensibles evitando objetivos generales.
- Medibles u observables: que permita a la persona conocer sus logros.
- Alcanzables: estarán orientados hacia aquellos aspectos que el servicio pueda cubrir, sino quizá tengamos que derivar a CEAS/equipo de atención primaria de salud o ayudarle a ver que sus objetivos son “poco realistas” y a encontrar objetivos más operativos.
- Resultados: tienen que estar centrados en resultados observables.
- Temporalidad: establecer una expectativa de tiempo para el cumplimiento del objetivo. Es necesario observar si los objetivos se logran en un tiempo razonable, o la persona se está frustrando y es conveniente modificarlos o su situación ha variado y es necesario buscar nuevos objetivos o cambiar su prioridad.
- Redactados en positivo: reflejarán lo que la persona quiere lograr en lugar de lo que quiere evitar.

4.5.- Proyecto Individualizado de atención para la persona dependiente. Valoración inicial.

Para cumplimentar el Proyecto individualizado de atención de manera inicial, es necesario llevar a cabo una entrevista en el domicilio donde, como se ha señalado en el apartado 4.2., tenemos que establecer una interacción significativa para reconocer la identidad significativa de la persona y sus objetivos personales y detallar sus rutinas diarias, el desempeño de sus actividades de la vida diaria y sus necesidades de apoyo.

Esta entrevista es de vital importancia. En la mayoría de los casos, será la única ocasión en la que tendremos un contacto presencial con el/la usuario/a, por lo que hay que aprovechar para generar confianza, poniéndonos cara e impregnando al servicio empatía y cercanía.

Se debe tener en cuenta que este es el primer paso para conseguir la **PERSONALIZACIÓN** del servicio, hay que conseguir detectar qué compromisos tiene la persona respecto a su propia autonomía y el fomento de su bienestar; por lo tanto es esencial aprovechar la ocasión para recopilar información de calidad.

1. Preparación de la entrevista de valoración

Antes de realizar la entrevista es fundamental revisar toda la documentación aportada por el CEAS y anotar en el formulario del Proyecto individualizado de atención los aspectos más relevantes para evitar preguntas obvias o incidir en temas muy personales y/o dolorosos sobre el proceso de dependencia. Para esto también nos ayudará el contacto con el/la coordinador/a de caso, contactaremos telefónicamente con él para que nos aporte información que no esté recogida en la documentación (impresiones,

cuestiones relevantes no reflejadas en los informes, consejos sobre cómo relacionarnos con la persona...). Es importante tener clara toda la información sobre el caso ya que nos permitirá generar un clima de confianza, la persona sentirá que conocemos su situación y nos verá como un apoyo válido.

Igualmente, si acuden a algún centro o recurso, sería conveniente coordinarse con dicho dispositivo y obtener toda la información que nos pueda ser útil para lograr una atención personalizada.

Con antelación suficiente, debemos concretar telefónicamente la fecha y la hora de nuestra entrevista; así como las personas que, además de la persona titular del servicio, sería conveniente que estuvieran presentes (cuidadores, hijos, otros familiares, etc.). En casos de personas con discapacidad intelectual, deterioro cognitivo o enfermedad mental será imprescindible la presencia de, al menos, una persona que conozca con detalle la situación, el funcionamiento diario de la persona, así como su historia de vida, nos ayudará a identificar los valores e intereses de la persona y a establecer objetivos centrados en lo importante para la persona.

2. Durante la entrevista

Una vez que hemos logrado establecer una interacción significativa y obtenido información acerca de lo importante para la persona, de su identidad significativa y sus valores e intereses (apartado 4.3), podemos pedirle a la persona que nos relate como es un día en su vida diaria, desde que se levanta hasta que se acuesta. Si la persona realiza un buen relato nos dará muchas pistas e información sobre el desempeño y lo que es importante para ella en todas las actividades de la vida diaria a valorar. Podemos reconducir el relato siempre que sea necesario llevándole de nuevo al momento del día que nos interese, con el fin de obtener la información de calidad que necesitamos. Posteriormente realizaremos preguntas más concretas sobre aspectos en los que tengamos dudas.

Posteriormente, puede sernos útil, solicitar a la persona que nos enseñe la vivienda, nos permitirá realizar una valoración sobre su estado general (movilidad, orientación y existencia de problemas sensoriales), y de las posibles adaptaciones y/o productos de apoyo que pueda precisar así como el riesgo de caídas ocasionado por cuestiones ambientales. Es **muy importante** tener en cuenta sus capacidades físicas y mentales para no ponerla en riesgo.

También resulta interesante, preguntarle sobre qué ayudas o apoyos considera que podrían mejorar su situación o qué echa de menos en este sentido, para conocer su percepción sobre su autonomía y los apoyos que recibe en su día a día.

A continuación debemos ayudar a la persona para que emerjan sus propios objetivos (apartado 4.4.), compromisos con su bienestar y desempeño que serán importantes para que tenga una vida digna y significativa. Estos objetivos se centrarán en lo importante para ella y, ante todo, serán suyos y no del/de la técnico coordinador/a de teleasistencia, respetándolos en todo momento, sin juzgar ni valorar.

Por último, haremos una devolución de la primera valoración sobre:

- Productos de apoyo recomendados.
- Eliminación de barreras arquitectónicas que se consideran necesarias.
- Material de recomendaciones que se les va a entregar o a hacer llegar.

Es conveniente acompañar esta devolución con una pequeña orientación para la adquisición de los productos de apoyo y eliminación de barreras arquitectónicas.

En esta visita domiciliaria, no debemos olvidar identificar y presentar al/a la teleoperador/a de referencia de la persona, indicar al/a la usuario/a su nombre, explicándole que será el/la encargada/o de llamarla para recordar y ayudar con las recomendaciones entregadas. Esta es una cuestión esencial para personalizar la atención. También es importante informar que cuando sea la persona quién llame, es posible que la atienda un/a teleoperador/a diferente, y aclarar que esta persona podrá atender sus necesidades, revisando los datos de su compañero/a.

3. Posteriormente a la entrevista

Una vez finalizada la entrevista, cumplimentaremos lo antes posible el formulario del Proyecto individualizado de atención donde plasmaremos la información que sea relevante.

Conceptos a tener en cuenta para cumplimentar el formulario

Se trata de un Proyecto individualizado de atención en el que el foco central está en la persona, para ello tenemos que tener en cuenta su proyecto de vida. Éste se define como el conjunto de propósitos, objetivos, metas, actividades y expectativas que dan sentido a la vida de cada persona, están conectados con sus valores que, desde la base de la ética, la justicia y los derechos humanos universales, sirven de guía para mantener la dirección que desea y vivir una vida con significado. Esto puede suponer que para una persona la realización de una actividad sea imprescindible en su día a día, mientras que para otra, esta misma actividad, no lo sea y que el ser sustituida en ésta, carezca de importancia para sí misma.

Por ejemplo, un hombre de 80 años acudía diariamente a jugar la partida a un bar ubicado a 200 metros de su casa. Sufre un ictus y, tras la recuperación inicial, le queda como secuela una hemiplejía que le obliga a caminar con una muleta y con ayuda de otra persona para los desplazamientos fuera de casa más allá que del entorno de su edificio. Para este hombre jugar la partida es fundamental para satisfacer su necesidad de interacción social. Sin embargo, otro hombre en las mismas circunstancias le gustaba salir a pasear, pero como ahora no puede suele bajar todas las tardes a la plaza de debajo de su casa y lo hace solo, allí se encuentra con sus vecinos y amigos (con los que daba el paseo) y pasa la tarde con ellos, esto cubre sus necesidades personales. No puede hacer desplazamientos más allá del entorno de su casa, pero esto no es imprescindible en su día a día.

Este formulario está constituido por cinco puntos principales:

- Datos personales, de la unidad de convivencia familiar y red de apoyos, y sanitarios.
- Identidad significativa.
- Rutinas diarias.
- Descripción/valoración de las necesidades de apoyo en diferentes actividades de la vida diaria y de los apoyos recibidos.
- Objetivos principales.
- Intensidad de atención a la persona.

El **primer apartado** se puede cumplimentar en la mayoría de los casos con la documentación aportada por el CEAS.

Para cumplimentar el apartado de **“Identidad significativa”** debemos tener en cuenta las indicaciones señaladas en el apartado 4.3.

El siguiente apartado, **“Rutinas diarias”**, consiste en reflejar las actividades que la persona desarrolla en su día a día, señalando las observaciones que personalizan su forma de llevarlas a cabo.

A continuación se valoran las necesidades de apoyo que presenta la persona en diferentes tareas de actividades de la vida diaria con el fin de poder ofrecerle recomendaciones que mejoren su autocuidado y autonomía en lo que la persona considere importante para su vida diaria.

Para **valorar si la persona necesita apoyo** en una o varias de las tareas que engloban las actividades de la vida diaria, hay que tener en cuenta tres conceptos clave, necesarios todos ellos para considerar que el/la usuario/a no necesita apoyo en una actividad:

- **INICIATIVA:** Para que una persona desempeñe una actividad con autonomía, es necesario que decida por sí misma llevarla a cabo. La persona ha de sentir la necesidad o elegir realizar la actividad, por ejemplo sentir la necesidad de asearse cuando se ha ensuciado o elegir salir a dar un paseo en lugar de ver la televisión.
- **COHERENCIA:** la persona ha de comprender la actividad, su finalidad, las distintas sub tareas que la componen y el orden en el que tiene que realizarlas para conseguir una ejecución eficaz. No se considera que una persona se viste sola, por ejemplo, si se coloca todas las prendas sin ayuda, pero lo hace sin seguir un orden.
- **SEGURIDAD:** Para considerar que una persona no precisa apoyo en la realización de una tarea, es necesario que el desarrollo de esta no suponga un riesgo para su integridad o para la de terceros. Por ejemplo, no puede considerarse que una persona realiza el aseo sin ayuda cuando observamos que camina con dificultad y su estabilidad en una superficie húmeda supone un riesgo evidente de caída, o bien no percibe el riesgo que puede suponer desempeñar la tarea de una determinada forma, por ejemplo, dejar la sartén puesta y bajarse a comprar.

En muchas ocasiones, las personas se ven obligadas a realizar solas ciertas actividades de la vida diaria, bien porque no tienen otra alternativa (viven solas o con otras personas dependientes), por no molestar o bien porque desean llevarlas a cabo por sí mismas porque para ellas es importante, pero no disponer de apoyo o no “querer” recibirlo no significa que no se necesite.

Es interesante señalar como observaciones, circunstancias relevantes que influyen en el servicio: el interés que la persona pone en el contenido del servicio, las preferencias de llamadas: si acepta de buen grado el ser llamado frecuentemente o no, si le apetece hablar con el operador para obtener compañía,.. o cualquier otro dato relevante para su atención.

Los **objetivos principales** los cumplimentaremos teniendo en cuenta las indicaciones reflejadas en el apartado 4.4 de esta guía.

Así mismo, tiene especial importancia cumplimentar el apartado de “**Intensidad de la atención**”: este apartado determinará en qué plazo realizará las llamadas el/la teleoperador/a de referencia y la frecuencia de las valoraciones de seguimiento por el/la técnico coordinador/a de teleasistencia. Es necesario tener en cuenta las indicaciones del apartado 4.8 de ésta guía, para seleccionar la opción que corresponda.

Finalmente, es necesario cumplimentar el apartado de “Observaciones” donde el/la técnico coordinador/a de teleasistencia justificará el motivo por el que ha establecido ese nivel de intensidad y el orden de prioridad para trabajar los objetivos de la persona y los documentos de recomendaciones por el/la teleoperador/a de referencia.

El/la técnico – coordinador/a de teleasistencia, será el/la responsable de hacer llegar al/a la coordinador/a de caso los Proyectos individualizados de atención por los cauces que establezca la corporación local.

4.6.- Proyecto individualizado de atención para la persona cuidadora. Valoración inicial.

Si corresponde, además del Proyecto individualizado de atención a la persona en situación de dependencia, se realizará el Proyecto individualizado de atención al cuidador.

El contenido del servicio es el **apoyo al cuidador tanto para la prevención de situaciones de agotamiento y claudicación, como para mantener la calidad de los cuidados que presta a la persona en situación de dependencia.**

Estos dos Proyectos serán paralelos y complementarios, es muy importante tener una visión integral de ambos y entender que el cuidador y la persona dependiente son partes de un sistema y que cualquier cambio en cualquiera de los elementos puede afectar al funcionamiento de esta relación.

Aprovecharemos el espacio de conversación abierto durante la elaboración del Proyecto individualizado de atención a la persona dependiente, para comenzar a realizar el Proyecto individualizado de atención del cuidador.

Buscaremos el bienestar del cuidador para que desempeñe los cuidados de la mejor manera posible, tratando de resolver sus posibles dudas, ampliando su conocimiento, apoyando su autocuidado y sirviéndole de apoyo ante determinadas situaciones, de forma que evitaremos su sobrecarga y, por lo tanto, su claudicación.

Asumimos que un cuidador que tiene satisfechas sus necesidades se encontrará en mejor disposición a prestar apoyos de una manera eficaz, es decir el autocuidado como estrategia de afrontamiento, funcionaría como un amortiguador ante los posibles factores de vulnerabilidad causantes de la sobrecarga.

CONTENIDO DEL PROYECTO INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN

El Proyecto individualizado de atención consta de las siguientes partes diferenciadas:

1. Identidad y circunstancias personales:
 - Datos de identificación.
 - Situación laboral y otras cargas.
 - Unidad de convivencia y red de apoyos.
 - Salud.
 - Identidad significativa

La gran mayoría de los datos que se recogen aquí los vamos a poder obtener de la información que nos ha trasladado el CEAS.

Durante la entrevista se ahondará en obtener información sobre la identidad significativa (Se profundiza en el concepto en el apartado 3.1.3): Cómo se ve ahora, qué es lo que más le importa, lo que más le gusta hacer, lo que más le preocupa, este apartado nos dará una idea de las necesidades y orientará los objetivos de la persona en este servicio.

2. Descripción de la situación.

En este apartado se recogerá la información relacionada con la actividad diaria de la persona cuidadora y un resumen de cómo es su funcionamiento en relación a las distintas dimensiones de valoración. Qué hace, a qué se dedica, qué tipo de relación tiene con el titular del servicio, cuando y durante cuánto tiempo acude a visitarle, etc.

Le pedimos a la persona que nos narre libremente como es su día a día, que actividades lleva a cabo y facilitamos que exprese sus emociones y pensamientos sobre su situación.

Por ejemplo: Mercedes es la hija de María. Vive en el mismo municipio que la persona titular del servicio, y acude todos los días a visitarla para hacer un control de lo que come. Los fines de semana descansan, excepto aquellos en los que sus hermanos no pueden relevarla. Se siente satisfecha en su rol de cuidadora, aunque tiene algunas dificultades para organizarse. En algunos casos le cuesta mostrarse paciente con su madre y esto le hace sentirse triste.

3. Dimensiones de valoración. Formulario.

Aquí vamos a reflejar, a condensar y organizar en forma de formulario la información recogida durante la entrevista, durante la cumplimentación del Zarit y la extraída de la información aportada por el CEAS.

Llegados a este punto no debería ser necesario hacer muchas preguntas explícitas sobre cada dimensión, no obstante, si es necesario se indagará para completar la información sobre el funcionamiento en cada área.

Las dimensiones que vamos a encontrar son las siguientes:

- Bienestar físico:

Se recogerá todo lo relacionado con el bienestar físico: Estado de salud, pautas de alimentación y sueño, ejercicio que realiza, etc.

Si es necesario podemos indagar sobre esta dimensión preguntándole sobre si realiza algún tipo de ejercicio físico, si no lo vienen haciendo y le gustaría comenzar, preguntaríamos por las razones que le están impidiendo hacerlo...

Se siente cansada y con dolores de espalda, debido a las tareas que tiene que realizar con su madre. Descansa muy poco, especialmente las semanas en las que sus hermanos no pueden ayudarle.

Debido a la falta de descanso, le cuesta conciliar el sueño, y padece de insomnio.

- Bienestar emocional.

Se recogerá la información relacionada con la gestión emocional, de pensamientos y autoestima.

Si necesitamos más información sobre esta dimensión para valorar su autoestima podemos pedir a la persona que nos describa cómo se imagina que sería en su versión mejorada, qué cosas sentiría, que cosas pensaría, qué cosas haría y ¿Cuánta diferencia hay entre las dos versiones? Para valorar los pensamientos podemos pedir que nos diga aproximadamente cuanto tiempo del día tiene ocupada la cabeza con preocupaciones, y cuáles son esas preocupaciones, cual es el contenido, qué hace cuando aparecen: ¿se bloquea, las ignora, las afronta?? Para valorar como gestiona sus emociones podemos pedirle cuanto siente de alegría de (0-10), cuanto siente de enfado de (0-10), etc...

También le cuesta concentrarse en las tareas de su vida cotidiana.

En ocasiones, siente cambios bruscos de humor, debido a la inestabilidad emocional que le implica los cuidados de su madre.

- Libertad de decisión, derechos y creencias

Se recogerá todo lo relacionado con su experiencia como cuidador/a, así como en qué medida se siente obligado a cuidar a la persona titular del servicio: creencias sobre los cuidados, conocimientos sobre sus derechos y deberes...

Para valorar las creencias hay que estar muy atentos porque probablemente las vaya expresando a largo de la conversación. Son creencias verbalizaciones del tipo “tengo que cuidarle yo, es mi obligación” “como mi padre está sufriendo yo no puedo disfrutar” “vivir así no es vida” ...

Muchas veces piensa en por qué tiene que llevar toda la carga del cuidado de su madre, cuando tiene más hermanos. Se siente obligada, pero no sabe por qué.

- Relaciones personales e inclusión social

Se recogerá información sobre habilidades de comunicación, relaciones sociales, espacios de ocio, etc... también sobre la relación de cuidado.

Las habilidades de comunicación y de relación también son un aspecto que se puede extraer a través de la conversación y observando las capacidades que muestra: cómo se expresa con nosotros y también con la persona a la que cuida. Una fuente importante de información para cumplimentar este apartado lo podemos obtener si tenemos la oportunidad de ver interactuar al cuidador con el dependiente.

Últimamente queda poco con sus amigas. En casa, descarga su cansancio y su inestabilidad emocional con su pareja.

- Competencia personal y organización

Incluye la información sobre las habilidades de organización y planificación en las tareas diarias y también aspectos e inquietudes relacionadas con la esfera profesional y el desarrollo personal.

En esta dimensión podemos explorar cómo se siente la persona respecto a su faceta laboral: expectativas, deseos, etc... Si no trabaja y le gustaría hacerlo, si lo hace podemos indagar sobre las formas de conciliación que posee y su satisfacción con las mismas...

Por otro lado tenemos que observar qué habilidades de planificación y organización posee, para ello podemos preguntarle sobre las dificultades que encuentra al organizarse, si utiliza alguna herramienta tipo calendario, agenda,...

Cree que no se organiza bien, que no distribuye correctamente el tiempo dedicado a su vida persona y a su madre.

4. Recomendaciones.

Para cada dimensión se han seleccionado una serie de contenidos “material del apoyo recomendado” que tratan de aportar estrategias que sirvan como protectores ante la vulnerabilidad del cuidador-

Vamos a encontrarnos con contenidos que principalmente están dirigidos a modificar creencias, a entrenar capacidades de gestionar emociones y pensamientos, cambio de hábitos, organización personal... que necesitan predisposición al cambio y práctica y compromiso por parte de la persona cuidadora.

La recomendación de estos contenidos es conveniente que se establezca de manera paralela y complementaria a las recomendaciones que se hacen desde el Proyecto individualizado de atención a la persona en situación de dependencia, entendiendo los dos Proyectos de una manera integral y a las personas como parte de un sistema, en el que cualquier cambio en un elemento puede propiciar cambios en otro elemento de éste.

En este apartado, se recogerán datos para que el/la teleoperador/a pueda personalizar la atención y adaptar cada llamada a la casuística concreta de cada persona.

Se puede recoger la argumentación técnica sobre las recomendaciones de contenido que realiza el/la técnico, así como el grado de aceptación que muestra la persona a estas recomendaciones. Es interesante señalar en este apartado circunstancias relevantes que influyen en el servicio: el interés que la persona pone en el contenido del servicio, las preferencias de llamadas: si acepta de buen grado el ser llamado frecuentemente o no, si le apetece hablar con el operador para obtener compañía,.. O cualquier otro dato relevante para su atención.

5. Objetivos. (más desarrollado en el apartado 4.4 de esta guía)

Para cumplimentar este apartado, de nuevo, debemos poner especial énfasis en no perder esta visión integral de ambos Proyectos como un todo y las interacciones que pueden darse entre ellos al formar parte de un sistema.

6. Intensidad. (desarrollado en el apartado 4.8 de esta guía)

A cada usuario/a se le asignará un nivel de intensidad (básica, moderada, alta) que determinará la frecuencia de las llamadas proactivas y del seguimiento por parte del/de la técnico-coordinador/a.

Es necesario que el/la técnico coordinador/a de teleasistencia cumplimente el apartado de “Observaciones” donde justificará el motivo por el que ha establecido ese nivel de intensidad y

el orden de prioridad para trabajar los objetivos de la persona y los documentos de recomendaciones por el/la teleoperador/a de referencia.



4.7.- Contenidos de atención: Recomendaciones

RECOMENDACIONES PARA LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA			
FORMATO	Texto	Vídeo	Total
1 Alimentación			
Apoyo	1		1
Productos de apoyo	2		2
2 Higiene, aseo y vestido			
Apoyo	2	3	5
Barreras	3		3
Productos de apoyo	10		10
3 Mantenimiento de la salud			
Apoyo	7		7
Autocuidado	1		1
Productos de apoyo	6		6
4 Movilidad			
Apoyo	1	15	16
Autocuidado	1		1
Autonomía	1	1	2
Barreras	10		10
Productos de apoyo	7		7
5 Prevención de caídas			
Apoyo		1	1
Autonomía	1	1	2
6 Toma de decisiones			
Apoyo	16		16
Autonomía	1		1
7 General			
Productos de apoyo	2		2
Total general	72	21	93

RECOMENDACIONES PARA LA PERSONA CUIDADORA			
FORMATO	Texto	Audio	Total
1 Bienestar emocional	7	10	17
2 Bienestar físico	11		11
3 Competencia personal y organización	4		4
4 Libertad de decisión, derechos y creencias	5		5
5 Relaciones personales e inclusión social	13		13
Total	40	10	50

Selección de las recomendaciones en el Proyecto individualizado de atención:

Una vez detectadas las necesidades de apoyo que precisa la persona en situación de dependencia, valorados los apoyos que recibe, y las necesidades de la persona que ejerce como cuidadora, se determinarán las recomendaciones que se harán llegar a la persona dependiente y/o a sus cuidadores/as, el/la teleoperador/a activará, evocará o recordará partes específicas de las mismas.

Los documentos de recomendaciones son guías para garantizar y /o mejorar la autonomía, la calidad de los apoyos prestados y el autocuidado del cuidador, minimizando el riesgo de claudicación. Estas pueden estar relacionadas con autonomía y apoyos en el desempeño de actividades de la vida diaria, productos de apoyo y eliminación de barreras arquitectónicas y autocuidado del cuidador.

Las recomendaciones deben estar vinculadas con el importante para la persona y ser coherentes con sus objetivos para que éstas resulten motivadoras.

Existen diferentes tipos de materiales de apoyo recomendados:

- Formato texto.
- Formato audio.
- Formato vídeo.
- Recomendaciones personalizadas no recogidas en documentación. Son recomendaciones aportadas por el/la técnico – coordinador/a de teleasistencia acordes con las circunstancias específicas de la persona.

El orden de activación, evocación o recuerdo de partes específicas por parte del/de la teleoperador/a de referencia a través de las llamadas proactivas, será establecido por el/la técnico coordinador/a de teleasistencia en función de la priorización de los objetivos a trabajar.

¿Cómo hacer llegar a la persona el material de apoyo recomendado?

El/la técnico – coordinador/a de teleasistencia, en la entrevista de valoración, entregará aquellas fichas y vídeos que, durante la preparación de la entrevista, haya previsto que la persona pueda precisar.

Los documentos de recomendaciones se harán llegar a través de medios telemáticos cuando sea posible, en caso contrario los documentos en formato de texto se enviarán por correo postal, y los vídeos y audios a través de la unidad móvil.

4.8.- Criterios para la segmentación de la intensidad de la atención

Se pretende que las personas reciban una llamada con una frecuencia ajustada a sus necesidades y permitiendo administrar el consumo de recursos en proporción a las circunstancias de las personas.

Es necesario tener en cuenta que el servicio debe ser personalizado, de forma que la intensidad variará a lo largo del tiempo, siendo necesario ajustarla a las circunstancias de la persona. Una mayor intensidad persigue una mejora o mantenimiento de la autonomía, de los apoyos prestados, del bienestar del cuidador... de forma que cuando esto se consiga, la intensidad del servicio se reducirá.

Las intensidades de atención se estructuran en tres segmentos o categorías:

- **Intensidad baja**
- **Intensidad moderada**
- **Intensidad alta**

1.- Intensidad de atención a la persona en situación de dependencia.

La asignación a un segmento o categoría vendrá orientado por las siguientes indicaciones:

- **Intensidad baja:** Situaciones de adecuado desempeño de las actividades de la vida diaria y de los apoyos. Puede incluir alguna recomendación con carácter preventivo. Esta intensidad irá asociada a valoraciones de apoyo “suficientes”.
- **Intensidad moderada:** Situaciones en que el desempeño de las actividades de la vida diaria o algún apoyo es mejorable. Incluyen recomendaciones relevantes.
- **Intensidad alta:** Situaciones en que el desempeño de las actividades de la vida diaria está comprometida. Incluyen recomendaciones necesarias. Se procurará intensamente corregir la situación de la persona que determina esta necesidad.

2.- Intensidad de atención a la persona cuidadora

La asignación a un segmento de intensidad en el servicio de “Seguimiento proactivo y apoyo al cuidador” se realizará a criterio del/de la técnico coordinador/a, usando preferentemente como referencia el resultado de aplicar la escala de Zarit, herramienta creada por Steven H. Zarit, que se utiliza para evaluar el grado de sobrecarga que puede tener el/la cuidador/a de una persona dependiente, siguiendo los siguientes criterios:

- **Intensidad baja:** <69 puntos Zarit. Puede incluir alguna recomendación con carácter preventivo.
- **Intensidad moderada:** > ó = 70 puntos Zarit. Incluyen recomendaciones relevantes.
- **Intensidad alta:** > ó =70 puntos Zarit y responder “casi siempre” a la pregunta 16 de la escala (*). Se procurará intensamente corregir la situación de la persona que determina esta necesidad.

**Pregunta 16 Escala Zarit ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?*

No obstante, es necesario incidir en que a pesar de la puntuación obtenida en el test, el/la técnico coordinador/a de teleasistencia podrá asignar una intensidad determinada fundamentándolo sobre su criterio técnico.

3.- Criterios para establecer la intensidad de la atención.

- La decisión es un juicio profesional, que debe equilibrar la eficiencia en el consumo de recursos con las necesidades de la persona que pueden ser cubiertas por la teleasistencia. Será determinada por el/la técnico coordinador/a de teleasistencia del servicio.
- En todo caso las intensidades moderada y alta deberán contar con el beneplácito de la persona.
- La frecuencia de llamadas tiene un carácter **dinámico**, y debe ajustarse continuamente en función de las circunstancias de la persona, sus cuidadores y su entorno, con el fin de que el servicio sea lo más personalizado posible.

4.-Frecuencia de contactos proactivos y de valoraciones de seguimiento en función de la intensidad

Intensidad baja:

- Contactos proactivos cada 15 días. Será la misma que para la teleasistencia básica.
- Valoraciones de seguimiento una vez al año mediante visita domiciliaria.

Intensidad moderada:

- Contactos proactivos cada 10 días.
- Valoraciones de seguimiento 2 veces al año, una de ellas mediante visita domiciliaria.

Intensidad alta:

- Contactos proactivos cada cinco días.
- Valoraciones de seguimiento dos veces al año, ambas mediante visita domiciliaria.

Únicamente el/la técnico coordinador/a de teleasistencia podrá modificar la intensidad del servicio. El/la teleoperador/a de referencia propondrá su modificación al/a la técnico basándose en las causas que han justificado el nivel de intensidad actual.

Cada vez que se establezca una intensidad alta se comunicará al CEAS correspondiente.

5.- Contenido mínimo a trabajar en los contactos proactivos del/de la teleoperador/a en función de la intensidad.

- El contenido mínimo en las llamadas proactivas será:
 - Intensidad baja:
 - Nota de motivación significativa
 - Seguimiento de las circunstancias personales y del entorno de la persona.
 - Al menos un objetivo comprometido por la persona
 - Intensidad moderada y alta:
 - Nota de motivación significativa
 - Seguimiento de las circunstancias personales y del entorno de la persona.
 - Objetivos comprometidos por la persona
 - Seguimiento de al menos una recomendación

4.8.1.- Administración de intensidades: ajustando necesidades y capacidades del servicio

Cuando el/la teleoperador/a de referencia finalice una llamada proactiva con un/a usuario/a cuya intensidad del servicio sea moderada o alta, deberá cuestionarse si han variado las circunstancias y es necesario ajustar la intensidad del servicio.

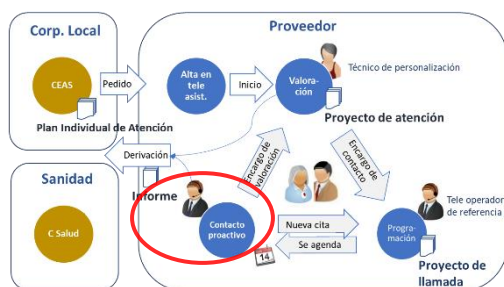
Para ello tendrá en cuenta la justificación que le dio el/la técnico coordinador/a de teleasistencia al preparar el primer proyecto de llamada, y que está reflejada en el apartado de “Observaciones” del Proyecto individualizado de atención.

En el caso en que las circunstancias que motivaron dicha intensidad del servicios hayan variado, deberá comunicar la nueva situación al/a técnico coordinador/a de teleasistencia para éste/a decida si procede o no hacer valoración de seguimiento y/o modificar la intensidad del servicio.

4.9.- Contacto proactivo

Los contactos proactivos podrán consistir en llamadas emitidas por el/la teleoperador/a de referencia o por el/la técnico coordinador/a de teleasistencia, o en visitas al domicilio que realice este/a último/a.

La frecuencia de los contactos proactivos, o la intensidad de la proactividad se determinarán en función de la situación detectada a través de la entrevista de valoración y plasmada en el Proyecto individualizado de atención.



4.9.1.-Esquema de llamada proactiva

- **Saludo**, identificación y recuerdo del **motivo** de la llamada
- **Evoca** un contenido significativo para la persona que afianza la interacción
- **Comprueba** si hay cambios relevantes
- **Indaga** el resultado de recomendaciones indicadas en contactos anteriores:
 - Comprueba si hay cambios relevantes
 - Refuerza los logros
 - Resultan positivos los cambios? Si no, porqué
 - Se han seguido las recomendaciones? Si no, porqué
 - Han aparecido indicios preocupantes? Cuáles
- **Informa** motivando sobre sus compromisos y sobre las recomendaciones oportunas
- **Decide** si:
 - Recomienda a la persona contactar con CEAS o con Sanidad
 - Deriva al CEAS o a Sanidad
 - Continúa otro ciclo de llamada
 - Cambia o mantiene el contenido del próximo contacto
 - Solicita valoración de seguimiento al técnico
- **Redacta** el proyecto de la próxima llamada.

A la hora de efectuar un contacto proactivo, el/la teleoperador/a de referencia debe llevar a cabo los siguientes pasos:

1. **Saludo**, identificación y recuerdo del motivo de la llamada establecido en el contacto previo o por el/la técnico coordinador/a de teleasistencia en la primera llamada.
2. **Evoca un contenido significativo** para la persona que afiance la interacción: el/la teleoperador/a preguntará o comentará con la persona un contenido que sea significativo para ella, de esta forma se genera un clima de confianza y de personalización.
3. **Comprueba** si hay cambios relevantes en la persona o en su entorno que puedan interferir en las necesidades de apoyo, en la forma de prestarle los mismos y si se pueden haber generado nuevas necesidades en el cuidador.
4. **Indaga** el resultado de recomendaciones indicadas en contactos anteriores comprobando si hay cambios relevantes al respecto, reforzando los logros, **evocando y/o recordando** recomendaciones si es necesario y **activando** nuevas recomendaciones cuando sea oportuno.
5. **Informa** motivando sobre sus contenidos y sobre las recomendaciones oportunas: resume los avances logrados y los que quedan por conseguir a través de las recomendaciones, en función de los compromisos establecidos por la persona a través de sus objetivos.
6. **Decide sí:** recomienda a la persona contactar con CEAS o con Sanidad, derivar al CEAS o a Sanidad, continuar con otro ciclo de llamada, cambiar o mantener el contenido del próximo contacto o solicitar valoración de seguimiento al/a la técnico coordinador/a de teleasistencia.
7. Redacta **el proyecto de próxima llamada:** a la luz de lo actuado registrará el proyecto de llamada del próximo contacto proactivo donde establecerá el objetivo del mismo y determinará las recomendaciones a evocar, informar o activar.

4.9.2.-Elaboración del proyecto de llamada

- Conoce el proyecto de atención y las impresiones del técnico
- Redacta el “**Proyecto de llamada**” y agenda la próxima cita
 - **Revisar** el proyecto de llamada previo.
 - **Identificación** de la persona
 - **Contenido significativo** para la persona que afianza la interacción
 - **Tres compromisos de objetivos** decididos por la persona, teniendo en cuenta el último contacto
 - **Recomendaciones** para la atención pautadas, que resultan oportunas, teniendo en cuenta el último contacto: (Código de las fichas implicadas)
 - **Fecha y hora** a la que debe llamar

El/la teleoperador/a redacta el Proyecto de llamada, existen dos momentos diferenciados de elaboración de Proyecto de llamada:

PRIMER CONTACTO PROACTIVO

El/la técnico coordinador/a de teleasistencia ayuda al/a la teleoperado/a a elaborar el Proyecto de llamada, explicándole cómo debe realizar el seguimiento de los objetivos comprometidos por la persona en el Proyecto individualizado de atención, cómo reforzar dichos compromisos y cómo transmitir y recordar las recomendaciones prescritas.

El/la técnico coordinador/a de teleasistencia, tras elaborar el Proyecto individualizado de atención, pautará la línea de atención a seguir con la persona, determinando el orden de prioridad para la consecución de los compromisos de la persona sobre sus objetivos principales y de la información sobre las recomendaciones, a lo que el/la teleoperador/a, prestará especial atención mientras revisa el proyecto individualizado de atención de la persona.

Así mismo deberá explicar al/a la teleoperador/a cuál es la circunstancia que justifica la determinación de una intensidad alta o moderada para que el/la teleoperador/a pueda determinar cuándo proponer al/a la técnico coordinador/a de teleasistencia la necesidad de reajustar la intensidad del servicio.

CONTACTOS PROACTIVOS SUCESIVOS

De forma habitual no será necesaria la colaboración del/de la técnico ni revisar el proyecto individualizado de atención, sin embargo será necesario revisar los objetivos, las recomendaciones y las notas del contacto anterior para definir el contenido de la llamada.

1. Previamente a cada contacto, el/la teleoperador/a, **revisará** el proyecto de llamada.
2. **Identificación de la persona:** se utilizará un encabezado en el que figuren bien visibles los datos esenciales de la persona (como llamar a la persona, fecha de nacimiento, grado de dependencia, convivencia (vive sola o tiene convivientes), dispone o no de red de apoyos cercana y palabras o frases cortas que sean importantes para la persona, generadoras de confianza y cercanía). Estos datos se completarán en el primer contacto y se actualizarán siempre que sea necesario.
3. **Contenido significativo** para la persona que afiance la interacción. Señalar contenidos que sean importantes para la persona, de esta forma personalizaremos la relación y afianzaremos la confianza.

4. **Compromisos de objetivos** decididos por la persona. El/la técnico coordinador/a de teleasistencia habrá señalado en sus notas el objetivo que, por motivos de motivación de la persona, probabilidades de éxito y/o relación con las recomendaciones disponibles, se va a priorizar. Es necesario tener presentes estos compromisos dado que establecen los objetivos que la persona quiere conseguir y que perseguiremos conjuntamente. Es necesario tener en cuenta cómo va evolucionando la persona respecto a estos compromisos; si se ha alcanzado alguno de ellos y es necesario pasar a otro; si se lleva “demasiado” tiempo persiguiendo un objetivo y la persona está perdiendo el compromiso con él; si han existido cambios en sus necesidades de apoyo y es necesario modificarlos, etc.
5. **Recomendaciones** para la atención pautadas, que sean oportunas, teniendo en cuenta el último contacto: a la hora de elaborar el Proyecto de llamada hay que priorizar el orden de entrega de las recomendaciones siguiendo las instrucciones del/de la técnico coordinador/a de teleasistencia, no siendo necesario entregar todo el material inicialmente en todos los casos, sino que puede ser conveniente activar las recomendaciones de forma progresiva. Siempre que existan dudas el/la teleoperador/a consultará al/a la técnico coordinador/a de teleasistencia.

El/la teleoperador/a revisará el material de recomendaciones que deberá activar, evocar o recordar a través de la llamada proactiva, personalizando dicho material en función de las características personales y las circunstancias del entorno de la persona.
6. **Fecha y hora** a la que se debe llamar: el/la teleoperador/a estipulará la fecha y la hora del nuevo contacto proactivo en función de las circunstancias de la persona y de la intensidad del servicio pautada en el Proyecto individualizado de atención de atención.

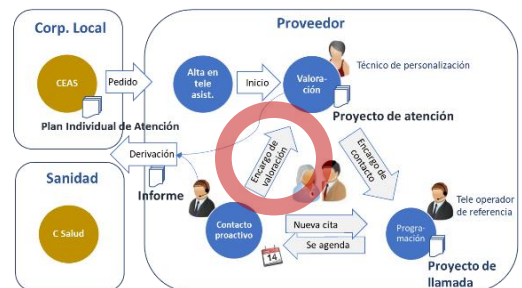
4.9.3.-Registro del proyecto de llamada

El servicio de teleasistencia dispondrá para toda persona con servicio proactivo de un documento de “Proyecto de llamada” accesible a los/las teleoperadores/as que deban realizar dicha llamada.

- Actualizado, con fecha de próxima llamada futura.
- Elaborado por el/la teleoperador/a tras la última llamada proactiva.
- Accesible a todos/as los/las teleoperadores/as y a la administración responsable.
- El contenido mínimo será ir en función de la intensidad tal y como se refleja en el apartado 4.8.

4.10.- Valoración de seguimiento

En función de la intensidad del servicio, se establecen valoraciones de seguimiento que realizará el/la técnico coordinador/a de teleasistencia. A través de estas, es necesario constatar si el Proyecto individualizado de atención, requiere alguna actualización importante.



En todos los casos el seguimiento se iniciará con una llamada telefónica a través de la cual se determinará si es necesaria y en los casos que corresponda en función de la intensidad a la que esté asignada la persona, continuará con una visita en el domicilio, para llevar a cabo una nueva entrevista y actualizar el Proyecto individualizado de atención.

Cuando fruto de una visita domiciliaria, el proyecto individualizado de atención haya cambiado, el/la técnico coordinador/a de teleasistencia junto con el/la teleoperador/a prepararán la siguiente llamada.

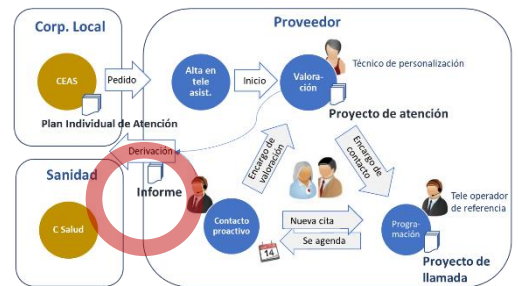
Periodicidad y forma de contacto en función de la intensidad:

- Intensidad baja: Un seguimiento anual mediante visita domiciliaria.
- Intensidad moderada: Dos seguimientos anuales, al menos uno mediante visita domiciliaria.
- Intensidad alta: Dos seguimientos anuales con visitas domiciliares ambos.

4.11.- Derivación: coordinación de servicios

Cuando el/la técnico – coordinador/a de teleasistencia o el/la teleoperador/a, detecta o identifica una situación que puede derivarse al CEAS o al equipo de atención primaria de la persona:

1. Informa a la persona de que se va a comunicar dicha situación
2. Elabora un informe de derivación en el que anota la circunstancia detectada. Deberá recoger la siguiente información: nombre, apellidos, DNI de la persona, motivo de la derivación, día y hora del contacto con la persona, nombre del/de la teleoperador/a de referencia y del/ de la técnico, y servicio y profesional destinatario.



El/La técnico coordinador/a de teleasistencia deberá comunicar y/o derivar al/a la coordinador/a de caso cualquiera de las siguientes situaciones, con el fin de que desde el CEAS se tomen las medidas oportunas para la atención de las necesidades que se planteen:

1. Situaciones en las que la persona en situación de dependencia no tiene cubiertas sus necesidades básicas.
2. Si detecta situación o indicios de maltrato o abandono.
3. Situaciones en las que la persona reflejada como “Cuidador/a de referencia de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar” en el informe social ya no ejerce como tal (puede prestar los cuidados de manera directa o indirecta).
4. Si las circunstancias del entorno o el desempeño de la persona han variado significativamente y puede necesitar un cambio de prestación o una variación en la intensidad de la misma para cubrir sus necesidades básicas.
5. Cuando se detecte un especial riesgo o deterioro en la calidad de vida de la persona en situación de dependencia.
6. Cuando se detecten incoherencias en la atención que recibe la persona por ser usuaria de más de un servicio o prestación, que interfieran de manera relevante en su autonomía y/o bienestar.
7. Cuando se derive el caso al equipo de atención primaria de salud.
8. Cualquier otra circunstancia que se considere debe estar en conocimiento del/de la coordinador/a de caso.

Los motivos que ocasionan derivación al equipo de atención primaria de la persona son:

1. Cuando se detecte un especial riesgo o deterioro para la salud de la persona, se derivará el caso al equipo de atención primaria, informando previamente a la persona.