

SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LOS RESIDENTES EN PLAZAS SOCIO-SANITARIAS

MULTIDISCIPLINARY FOLLOW-UP OF THE RESIDENTS IN SQUARES ASSOCIATE SANITARY

Palabras claves Socio-sanitarios, Extremadura, multidisciplinar, seguimiento, dependencia.

Key words Associate sanitary, Extremadura, multidisciplinary, follow-up, dependence.

Decs Planificación social, Planificación sanitaria, equipos humanos, estudios de seguimiento, área de dependencia-independencia.

Mesh Social Planning, Sanitary Planning, Disaster Team, Follow-Up Studies, Field Dependence-Independence

Autores:

D. Juan Rodríguez Mansilla

Fisioterapeuta del Centro de Atención a la Dependencia Care -Cáceres.

Dña. María Jiménez Palomares

Terapeuta Ocupacional del Centro de Atención a la Dependencia Care-Cáceres.

Dña Marta Gutiérrez Robado

Trabajadora Social del Centro de Atención a la Dependencia Care- Cáceres.

Dña. Diana Sánchez Berrocal

Recepcionista-Administración del Centro de Atención a la Dependencia Care -Cáceres.

Dña. María Jesús Rodríguez Mansilla

Diplomada Universitaria en Enfermería.

Como citar este documento:

Rodríguez Mansilla J, Jiménez Palomares M, Gutiérrez Robado M, Sánchez Berrocal D, Rodríguez Mansilla MJ. Seguimiento multidisciplinar de los residentes en plazas socio-sanitarias. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2010 [-fecha de la consulta-]; 7(11): [14p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num11/pdfs/original4.pdf>

Texto recibido: 18/06/2009

Texto aceptado: 30/12/2009

Introducción

Se define atención socio-sanitaria, según el decreto 7/2006 de 10 de Enero por el que se crean las estructuras de coordinación de la Atención Socio-sanitaria y el Servicio Público de Atención Socio-sanitarias, como "la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presenten simultáneamente situaciones de dependencia y patologías crónicas, y que tienen necesidad de cuidados personales y de cuidados sanitarios al mismo tiempo".

Basado en esto afirman que "el espacio socio-sanitario es entendido como aquel formado por las necesidades de prestaciones sociales y sanitarias de forma simultánea y continuada, de un conjunto determinado de personas con enfermedades crónicas y discapacidades físicas, psiquiátricas, sensoriales o intelectuales, que conllevan

RESUMEN

En este trabajo se expone el protocolo de seguimiento de los residentes en plazas socio-sanitarias (T1, T2 y T3). Estas plazas a tienden al modelo elaborado en el Plan Marco de Extremadura por la acción conjunta de la Junta de Extremadura con las Conserjerías de Sanidad y consumo y de Bienestar Social. Dicho seguimiento engloba el ámbito social y sanitario formado por un equipo multidisciplinar encaminado a disminuir la dependencia de estos pacientes, persiguiendo una mayor autonomía posible para su reinserción tanto en su vida laboral como familiar. Todo este seguimiento está protocolarizado con una serie de registro de las actuaciones de las distintas disciplinas, donde se reflejan la evolución e incidencias de estos pacientes. Con esto se permite revisar los objetivos cumplidos y ver la eficiencia de los resultados de los tratamientos de los distintos profesionales. Se deduce que este seguimiento, es una herramienta de trabajo del equipo multidisciplinar. En el día de hoy sigue en marcha este proyecto iniciado en el año 2006 donde el nivel de altas por mejoría sanitaria y/o social hacen constatar a los profesionales, familiares, pacientes y a la comunidad en general, que gracias a esta labor conjunta se puede ayudar a disminuir la dependencia.

SUMMARY

In this work associate exposes the protocol of follow-up of the residents in squares sanitary (T1, T2 and T3). These squares stretch the model elaborated in the Plan I mark of Extremadura for the joint action of the Meeting of Extremadura with the Wardenships of Health and consumption and of Social Well-being. The above mentioned follow-up includes the social and sanitary area formed by a multidisciplinary equipment directed to diminishing the dependence of these patients, chasing a major possible autonomy for their rehabilitation so much in his labour as family life. All this follow-up is protocolarizado with a series of record of the actions of the different disciplines, where there are reflected the evolution and incidents of these patients. With this it is allowed check the fulfilled aims and see the efficiency of the results of the treatments of the different professionals. There is deduced that this follow-up, it is a tool of work of the multidisciplinary equipment In today follows in march this project initiated in the year 2006 where the level of discharges for sanitary and / or social improvement they make state to the professionals, relatives, patients and to the community in general, that thanks to this joint labor can help to diminish the dependence.

distintos tipos de niveles de dependencia”.

En el capítulo VI se expone la comisión de seguimiento del plan socio-sanitario en el que se afirma que “estará compuesta por el titular de la consejería competente en materia de asistencia y bienestar social o persona en quien delegue; el titular de la conserjería competente en materia de sanidad, o persona en quien delegue; el titular de la dirección general competente en materia de servicios sociales de la consejería competente en materia de asistencia y bienestar social y en materia de atención socio-sanitaria y salud del Servicio Extremeño de Salud y por último un funcionario de la consejería

que ejerza la presidencia que actuara como secretario con voz pero sin voto”.

Los centros colaboradores y/o entidades de estas plazas, tanto T1, T2 y T3 tendrán una serie de obligaciones con los usuarios de dichas plazas, con sus familiares y su servicio al público así como con las consejerías competentes en materia de atención socio-sanitaria ⁽¹⁾.

Se expone a continuación la labor de los distintos profesionales de estas entidades colaboradoras en el seguimiento de estas plazas socio-sanitarias.

METODOLOGÍA

1. PARTICIPANTES, SELECCIÓN Y REQUISITOS DE LOS RESIDENTES

Serán partícipes del seguimiento multidisciplinar todos aquellos usuarios beneficiarios de una plaza socio-sanitaria, ya sea T3, T2 O T1, según una puntuación de 20-29; 30-38 o mayor de 39 puntos respectivamente, según la herramienta socio-sanitaria (Tabla 1). Estos pacientes llegarán al centro de atención socio-sanitaria por la remisión de solicitud de los organismos oficiales o bien por la adquisición de plazas tras las nuevas valoraciones que se hagan en el centro por el coordinador de enfermería y/o médico.

2. MÉTODOS

Una vez ingresado el paciente y pasado su periodo de adaptación en el centro, se pondrá en marcha una serie de actuaciones por todo el equipo multidisciplinar según se detalla a continuación:

ÁREA DE RECEPCIÓN-ADMINISTRACIÓN

El seguimiento de las plazas T en el área administrativa, se centra sobre todo en el manejo de la documentación, informes, pagos..., de los diferentes usuarios. Cabe destacar que el primer paso a realizar es la apertura del expediente de cada uno de los usuarios. Este expediente consta de toda la información sobre los mismos, tanto social como familiar.

Una vez que el usuario esta ingresado en el centro nos encargamos de todos los tramites administrativos que ellos tengan que realizar (solicitudes, certificados...), así como del pago de dicha plaza. No todos los usuarios de estas plazas pagan la misma cantidad, varia en función de la modalidad T-1, T-2 o T-3 y también de sus ingresos.

Desde el centro nos encargamos de rellenar el modelo correspondiente del pago (modelo 50), posteriormente es la familia quien realiza el pago y nos devuelve una copia que nosotros mandamos todos los meses a la Junta de Extremadura.

EDAD		PUNTAJUE	OBSERVACION
Entre 20 a 65	1		
66 a 70	2		
71 a 80	3		
>de80	4		
RED DE APOYO			
Cubierta 100%	1		
Parcial	2		
En quiebra	3		
Sin Red Social	4		
NUTRICIÓN			
Autoalimentado	1		
Necesita ayuda para comer y beber	2		
Alimentación totalmente asistida	3		
Alimentación enteral	4		
M. HIGIÉNICAS			
Se asea solo	1		
Necesita supervisión y ayuda	2		
Aseo completo asistido	3		
Aseo completo asistido de 2 o más personas	4		
MOVILIZACIÓN			
Es autónomo	1		
Ayuda frecuente. Transf. Cama a sillón y viceversa	2		
Ayuda permanente. Transf. Cama a sillón y viceversa	3		
Encamado	4		
ELIMINACIÓN			
Evacúa sin ayuda	1		
Incontinencia urinaria y/o fecal esporádica	2		
Incontinencia urinaria y/o fecal frecuente diurna y nocturna	3		
Incontinencia total. Cuidados postincontinencia piel	4		
RELACIÓN			
Asume su proceso y colabora	1		
Colabora, requiere cuidados y advertencias	2		
Deficiencias de los sentidos, desorientado	3		
No colabora (agresivo, deprimido)	4		
OXIGENACIÓN			
Oxigenación adecuada	1		
Mascarilla, gafas, aerosoles.	3		
Aerosol terapia, fisioterapia y/o aspiración secreciones.	5		
Traqueostomizado y/o intubado, aspiración de secreciones pautada	7		
MEDICACIÓN			
Oral. IM o Sc < 1/24h	1		
Medicación IM o Sc 12 a 24 h.	3		
Suero terapia IV puntual	5		
Alimentación parenteral Suero. IV mede IV 6 - 8 h.	7		
CURAS			
No precisa cura	1		
Cura simple UPP grado I-II	3		
Cura UPP medidas especiales grado II - III	5		
Curas múltiples, desbridamiento UPP grado III-IV	7		
SIGNOS VITALES			
Control puntual o a demanda	1		
T, P, R, y T.A. Diuresis. Revisión sintomática 1 vez/24 h	3		
T, P, R, y T. A. cada 8 h. Diuresis 12	5		
T, P, R, T. A. < 8h. Observaciones frecuentes	7		
TOTAL DE PUNTAJUE			
puntaje/AVD	0		
puntaje necesidades de cuidados enfermería	0		

TABLA I. MODELO DE HERRAMIENTA PLAZAS SOCIO-SANITARIAS.

Otra labor importante de la administración es tener todos los expedientes actualizados, por si fuera necesario utilizarlos por cualquier profesional del

equipo. En el área de recepción nos encargamos de realizar el primer contacto directo con los familiares y usuarios.

Nos encargamos de atender todas sus necesidades y quejas, y de hacer llegar a los usuarios todo lo que los familiares que están fuera nos transmiten:

- Recepción de llamadas.
- Recepción de correspondencia y certificados.
- Recepción de paquetes.
- Recepción de citas medicas.
- De cualquier noticia que el familiar que no puede estar con ellos quieren hacerle llegar.

En conclusión diremos que la labor administrativa se centra en la realización de aquellos trámites que tanto el usuario como la familia realizaba de manera autónoma, y que debido a su situación actual no pueden realizar.

Todas las áreas son importantes a la hora de trabajar con este tipo de pacientes, pero es en esta última donde se recoge toda la información de cada usuario, labor que todos los demás del equipo necesitan para la realización de su trabajo.

ÁREA DE ENFERMERÍA –MÉDICO

Una vez el organismo competente envíe las solicitudes de preingreso, sean vistas por la dirección, médico y coordinador de enfermería, se confirmará el ingreso a dicho organismo asignándole la habitación adaptada a las necesidades del paciente.

Ya ingresado el paciente se realizará una evaluación del paciente pautándosele el tratamiento médico o de enfermería según su patología de base o bien modificando o confirmando el que ya trae de alta hospitalaria o bien de su domicilio.

Una vez el paciente está adaptado al centro:

Se le realizará una visita médica diaria con el fin de observar las posibles deficiencias, no obstante siempre estarán atendidos y supervisados por el equipo de auxiliares y enfermería durante las 24 horas del día. Los pacientes serán vistos en su habitación.

Se realizaran listados de aquellos que posean alta dependencia, UPP, diabéticos o cualquier otra alteración para un mayor control en prevención o para aplicar el protocolo de tratamiento oportuno. Se realizaran una revisión de los tratamientos médicos semanalmente o bien serán modificados diarios según la visita médica.

Se utilizaran registros en todos los turnos en la historia clínica única e individualizada tanto de enfermería como médica donde se irán anotando la evolución de los anteriores. Se realizará una reunión semanal con el equipo multidisciplinar para ver la evolución de los pacientes, revisión de los objetivos Marcados y Planificación de alta si procede (excepto los usuarios de las plazas T3 que son plazas residenciales-permanentes).

Tanto el médico como el coordinador de enfermería deberán de enviar una serie de informes al organismo competente, bien sea el Servicio Extremeño de Salud o La Conserjería de Bienestar Social, sobre los pacientes de estas plazas. Estos informes serán personalizados de cada paciente y serán con una frecuencia quincenal o trimestral según se refieran a informes médicos y de enfermería respectivamente. No obstante cualquier otra comunicación, como baja voluntaria, defunción... será comunicada a dichos organismos.

ÁREA DE FISIOTERAPIA

Realizada la historia de fisioterapia donde se reflejan tantos los datos personales como aquellos relacionados con su exploración y valoración físico-funcional, se establece el programa individual de fisioterapia en base a estos datos.

En dicho programa se reflejarán los ejercicios que se le pautan en base a su patología/s específica/s o bien se les realizará un programa de mantenimiento funcional si no posee ninguna enfermedad que necesite la fisioterapia para subsanarse.

Este programa constará del número de días, sesiones y tiempo a realizar los ejercicios, evaluándose éstos cada 15-30 días, progresivamente a la evolución del paciente. Se evaluarán las escalas pasadas inicialmente al ingreso del paciente, escala de la cruz roja y el tinetti, en un periodo comprendido entre 6-12 meses para ver la evolución del paciente, registrándose estos datos en su historial de fisioterapia.⁽²⁻⁴⁾

Los residentes acudirán al gimnasio realizando allí el tratamiento de fisioterapia reflejado en su programa individual, que se irá modificando según la evolución. Si por la situación de salud del paciente, éste no pudiese acudir al gimnasio, ejemplo por ser afectado del síndrome del inmovilismo, la fisioterapia se realizará en su habitación aquellos días reflejados en su programa, siguiendo la misma evaluación que los demás.

Si el residente no tuviese ninguna patología para ser tratada desde el punto de vista fisioterápico e individual, se le incluirá en un programa de mantenimiento funcional, realizado tres veces en semana (lunes, miércoles y viernes) con una duración variable entre 30 minutos a una hora. En dicho programa se realizarán ejercicios encaminados a un mantenimiento funcional de miembros superiores e inferiores, mejorar y/o mantener la capacidad respiratoria y aquellos encaminados a la coordinación, diversión y entretenimiento con la globalidad del grupo.

Los participantes incluidos en este programa serán evaluados cada 3 meses, emitiéndose un informe trimestral donde se incluye la evolución de ellos, los

objetivos conseguidos así como las incidencias originadas en este programa con respecto a los residentes durante ese periodo.

Cada semana se pondrá en común las incidencias y evolución de fisioterapia de cada paciente en la reunión multidisciplinar con los distintos técnicos que se realiza para llevar un seguimiento de las plazas socio sanitarias ⁽⁴⁻⁹⁾.

ÁREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

La Terapia Ocupacional es parte fundamental en el tratamiento de personas en situación de dependencia. Es una disciplina que abarca varios campos de actuación; físico-funcional, cognitiva, social y afectiva.

En nuestro centro forma parte de los planes individualizados de tratamiento que se sigue con los usuarios. Hay que tener en cuenta que no todos los pacientes son susceptibles de recibir terapia, en muchas ocasiones, debido a su delicado de salud.

Las personas que reciben este servicio siguen un riguroso seguimiento del tratamiento, así como de las técnicas y terapias utilizadas. Lo primero que se realiza es la valoración global de su situación mediante escalas estandarizadas, entrevistas y observación directa.

Una vez realizada, se procede a la apertura de la historia y el planteamiento de los objetivos a conseguir a corto y largo plazo. Posteriormente se le pautan las terapias a las que va a asistir (terapias de recuperación funcional, estimulación cognitiva o afectivas y sociales).

Como el proceso de tratamiento no es unilateral y ni uniforme, sino que sufre modificaciones y fluctuaciones en la situación del paciente, hay que ir modificándolo progresivamente. Para ello se realiza el seguimiento y evolución. En el caso del departamento de Terapia Ocupacional este seguimiento está protocolarizado con diferentes informes.

La primera revisión del proceso se realiza en el tercer mes. Estudiando los cambios en las capacidades del paciente, los objetivos conseguidos, no conseguidos, así como los objetivos que en un principio se plantearon y que por diferentes factores no son factibles.

Se modifica el tratamiento teniendo en cuenta las nuevas situaciones y si fuera necesario también las terapias. ⁽¹⁰⁻¹³⁾ Al sexto mes se vuelve con la siguiente revisión. En este caso se realiza una nueva valoración del paciente pasándole las diferentes escalas (Mec, Barthel, Lawton y Yessavage) y se vuelve a ver los objetivos planteados así como el tratamiento.

Sucesivamente se van realizando las diferentes revisiones de todo el proceso de tratamiento (trimestralmente). No obstante si durante el tiempo de trabajo con el paciente hubiera que modificar algún objetivo o terapia no habría que esperar a los tres meses, sino que se haría en el momento oportuno. Nuestra experiencia nos indica que tan importante es el tratamiento como la protocolarización y registro del mismo. Ya que es la única manera de tener escrito y patente todo el proceso y evolución del paciente, así como una herramienta de trabajo para el terapeuta y familia.

ÁREA DE TRABAJO SOCIAL

Tras la primera fase de ingreso en el que el acercamiento al residente y su familia, se hace mediante entrevistas a los mismos o a los trabajadores de áreas sociales que derivan, el Trabajador Social hace una selección de los datos más relevantes que influyan en la situación actual del usuario.

Este tipo de plazas socio-sanitarias, y subvencionadas de forma pública, acogemos familias y beneficiarios de cualquier estrato social y cultural, lo que hace que la valoración de cada caso se realice de forma estrictamente individual y acorde a las necesidades de cada residente, optimizando la ejecución de de ayudas y recursos institucionales a lo largo del proceso de estancia.

El trabajo interdisciplinar será fundamental para la correcta gestión de un seguimiento eficaz en cada área profesional, orientando el trabajo hacia la superación de situaciones que obstaculicen un proceso normalizado de adaptación a la nueva forma de vida en un centro de atención a la dependencia de una persona y el cambio, en ocasiones muy brusco, que supone a la vez a los familiares. Por ello la coordinación entre los diferentes trabajadores debe ser fluida y de interés de todos los miembros de la entidad.

De forma sanitaria se estudia de manera constante que las patologías de un enfermo alcancen la puntuación suficiente en base a un baremo estipulado por la Administración o la estabilidad de esa valoración. Paralelamente, el Trabajador Social trabajará con todas las herramientas a su alcance para lograr esa estabilidad sociofamiliar e incorporar a la vida del usuario apoyos económicos o técnicos que faciliten la superación de barreras sociales y personales. La persona que ocupa una plaza T1, T2 ó T3, debe ser informada de forma confidencial en todo momento por el Trabajador Social. Para ello es imprescindible el trabajo conjunto de información y orientación con el personal de áreas sociales de la comunidad, localidad de origen, profesionales especializados en problemáticas concretas, estrechar lazos y relaciones fluidas con asociaciones oncológica, de familiares de enfermos de Alzheimer, entre otros.

Es frecuente que la mayoría del trabajo sea encaminado a las personas mayores, por lo que algunos recursos son más demandados, tales como la tramitación de pensiones no contributivas, de invalidez o de otros países (especialmente de zonas centroeuropeas), subvenciones para cubrir ayudas técnicas y de eliminación de barreras arquitectónicas y adaptación de viviendas enfocadas al retorno a domicilio durante la estancia en el centro, solicitud y seguimiento de valoraciones del grado de autonomía y dependencia, valoración de grado de discapacidad, entre otros.⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

En definitiva, el trabajo social, será además de disciplina enfocada a paliar los efectos negativos y de discriminación social, un recurso para el residente y su familia de apoyo y cercanía ante experiencias indeseadas con la única finalidad de lograr una mayor calidad de vida y alcanzar una forma digna de vivir a través de la lucha y superación de problemas en un estado de bienestar.

Es obligado realizar un seguimiento trimestral a través de un informe social de cada una de las personas que ocupan la plaza socio-sanitaria, así, fluye información esporádicamente entre la Consejería de Sanidad y Dependencia de la Junta de Extremadura y la Entidad con la que se tiene el convenio al que se accedió a través de concurso público y que se renueva de forma anual.

En estos informe se recoge cualquier apreciación a cerca de aspectos tales como la adaptación, la relación con otros residentes, familiares y personal del centro, si se le han tramitado ayudas públicas, si la vivienda como futuro domicilio está adaptada a la patología y necesidades del cuidador principal, o cuenta con barreras y deficiencias susceptibles de subsanarse o no, si existe apoyo de la red social y familiar, entre otros. ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

Al ingreso se realiza automáticamente un informe de alta y se comunica dicho ingreso además de a la Junta de Extremadura, a Entidades y Organismos a los que les sea necesaria la información (Oficinas de pensiones, Servicios sociales, Cruz Roja si aporta soportes de ayuda en domicilio como el sistema de Teleasistencia, SAD...), del mismo modo que a la baja de una persona en nuestro centro, ya sea motivada por traslado de residencia, hospital, domicilio, fallecimiento...

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Ya son varios años dedicados a la atención a la Dependencia y podemos afirmar que es una labor rigurosa la que hacemos con todos los usuarios que han pasado por nuestro centro.

Al ser plazas socio-sanitarias entran en juego otros profesionales que hasta entonces no se dedicaban a esta labor o que no prestaban los servicios en los domicilios y que nos ayudan a paliar los devastadores signos de la dependencia, como pueden ser los Psicólogos, terapeutas ocupacionales, entre otros. Todos los profesionales trabajamos hacia una meta común: la mayor autonomía posible.

Para ello los planes de tratamiento son individualizados a cada usuario con revisiones periódicas en ambos campos y en conjunto con todos los profesionales. La ventaja de estas plazas es que todas las áreas de la persona están cubiertas en el mismo centro, sin tener que desplazarse para buscar uno u otro servicio; a no ser que sean consultas de especialistas.

Esto es una garantía de seguridad tanto para la familia como para los propios usuarios. Son personas con pluripatologías que sufren fluctuaciones, de ahí la importancia del seguimiento de los tratamientos, no solo en la parte médica sino en todas las áreas de intervención.

No obstante hay usuarios que por sus patología o estado basal no son susceptibles de recibir ciertos tratamiento como puede ser terapia, fisioterapia, pero que igualmente se le hace el seguimiento para ver si varia su situación inicial.

No son plazas simplemente asistenciales sino que también trabajamos hacia el alta domiciliaria.

En este caso nuestra labor no solo es preparar todo para su retorno sino que de una manera más informal también hacemos seguimiento de su nueva vida fuera, por si necesitara de nuestra ayuda y recursos.

Cabe destacar la importancia de la coordinación de todos los profesionales que trabajamos con los usuarios para que toda la información llegue a todos los campos y no se pierda ningún detalle de las personas.

Los registros, seguimientos de los tratamientos y coordinación de todos los profesionales es la clave para el correcto funcionamiento de estos centros.

CONCLUSIONES

Tan importante es la acogida al ingreso de los usuarios de las plazas T como el seguimiento de las mismas.

No solo son centros donde se ingresan a las personas en situación de dependencia sino que se trabaja con ellos para la consecución de ciertos objetivos, de ahí la importancia de mantener actualizados todos los cambios, tratamientos y situaciones.

Nuestra experiencia nos demuestra la importancia de tener protocolarizado el proceso de seguimiento no solo en la parte médica sino en todas las áreas de intervención.

Es una forma de tener registrado toda la evolución del tratamiento de cada uno de los usuarios, además de ser una herramienta de trabajo de todos los profesionales que trabajamos con ellos, por último nos sirve para evaluar la eficacia de los resultados.

Se ha expuesto cada uno de los procesos de seguimiento de los diferentes profesionales, pero cabe destacar que no son independientes unos de otros sino que se complementan y están en entera interacción. Esto se ve plasmado en las diferentes reuniones de equipo que se hacen de una manera semanal.

Bibliografía

1. Decreto 4/2006, de 10 de Enero, por el que se establece una línea de... Disponible en:
<http://doe.juntaex.es/pdfs/doe/2006/700/06040004.pdf> (consultado 17/1/2009).
2. Cervera MC, Sáiz J. Actualización en Geriatría y gerontología (II). Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2001.
3. Ferrer R, Fernández R. Mitos y realidad sobre la vejez y salud. Madrid: Sg. Editores; 1991.
4. Gutiérrez I, Sorribas M, Gil M. metodología de la intervención social. Barcelona: Altamar; 2005.
5. Torres M, Chaparro A. Fisiología del envejecimiento. Barcelona: Masson; 1994.
6. Jiménez E, Mesa P. Síndrome de Inmovilidad en el anciano. Madrid: Edimsa; 1997.
7. Barash D. El envejecimiento. Barcelona: Salvat; 1994.
8. Izquierdo G, Minaya J, Palomera M. La inmovilidad en el anciano. Madrid: Interamericana; 1998.
9. Delgado MA. Rehabilitación y Fisioterapia en geriatría. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá; 2000.
10. Jiménez C, Martínez B. Síndrome de Inmovilismo. Barcelona: Masson; 1994.
11. Davies P. Pasos a seguir. Tratamiento integrado de pacientes con hemiplejía. 2ªed. Madrid: Panamericana, 2003
12. Durante P, Pedro P. Terapia Ocupacional en Geriatría: principios y prácticas. 1ª ed. Barcelona: Masson; 1998.
13. Sobera C, Barroso Y, Molina O, Barrio E. Manual para la estimulación de los enfermos de alzheimer en el domicilio. Fundación Pfizer; 2001.
14. López- Cabanas M, Chacón F. Intervención psicosocial y servicios sociales. Madrid: Síntesis; 1999.
15. Valverde J. El proceso de inadaptación social. Madrid: Popular; 1988.
16. Larraz C. desde otro punto de vista. Madrid: centro estatal de autonomía personal y ayudas técnicas; 2003.
17. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Empleo y discapacidad. 1998.
18. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Accesibilidad y supresión de barreras. 1997.