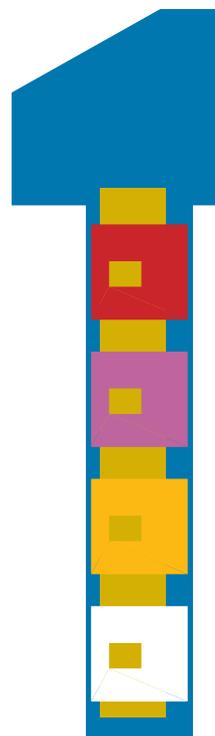


# GUÍAS DE ORIENTACIÓN

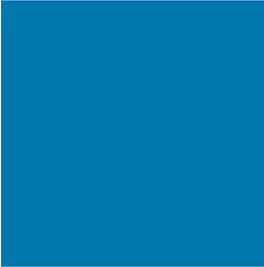


ASPECTOS BÁSICOS A TENER EN CUENTA PREVIOS A LA  
INSTITUCIONALIZACIÓN DE UNA PERSONA CON DEMENCIA



**ASPECTOS BÁSICOS  
A TENER EN CUENTA  
PREVIOS A LA INSTITUCIONALIZACIÓN  
DE UNA PERSONA CON DEMENCIA:  
GUÍA DE ORIENTACIÓN**





---

**PROMOTOR:**

Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Imserso)

**AUTORA:**

Elena Ramos Nieto

**COLABORACIÓN:**

Rosario Villar Nogales  
Raquel Olivares Delgado

**REVISIÓN:**

María Hernández Pérez  
Beatriz Peláez Hernández

**FOTOGRAFÍAS:**

Antonio Molina

**NIPO:** 131200084

**EDICIÓN:** 2020

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso)

---



<b>1. Objeto de la Guía</b> .....	7
<b>2. Introducción</b>	
2.1 La demencia.....	8
2.2 La demencia en los centros residenciales.....	8
<b>3. La decisión del internamiento</b>	
3.1 Momento previo al internamiento.....	10
3.2 Una vez producido el internamiento.....	11
<b>4. Internamiento en un centro residencial. Aspectos legales</b>	
4.1 Internamiento voluntario/no voluntario.....	12
4.2 Proceso de incapacitación.....	16
<b>5. Los centros residenciales</b>	
5.1 Definición.....	21
5.2 Tipología.....	22
5.3 Cómo acceder a una plaza en un centro residencial.....	26
<b>6. Estrategias para la planificación y búsqueda de una residencia para personas con demencia</b>	
6.1 Búsqueda de una residencia.....	35
6.2 Pasos a seguir para elegir una residencia.....	36
<b>7. Referencias</b> .....	42

---





# 1 ■ OBJETO DE LA GUÍA

---

Esta guía está dirigida a familiares y cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer o cualquier otra demencia, que han decidido ingresar a la persona enferma en una residencia.

Tiene como objeto informar sobre los aspectos que hay que tener en cuenta durante el proceso de institucionalización. Así mismo, se ofrecen pautas orientativas para favorecer una correcta búsqueda de un centro residencial, adaptado a las necesidades de la persona con demencia y de la propia familia.



## 2. INTRODUCCIÓN

---

### 2.1. La demencia

Demencia es un término general que se utiliza para describir una serie de síndromes degenerativos del cerebro que afectan a la memoria, a otras capacidades cognitivas y al comportamiento, llegando a reducir la capacidad de la persona para realizar sus actividades diarias (Alzheimer's Association, 2018).

Las formas más frecuentes de demencia son la enfermedad de Alzheimer, que representa un 50-75% de los casos, la demencia vascular, la demencia por cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal. Los límites entre los diferentes tipos son difusos y a menudo coexisten formas mixtas (Alzheimer's Disease International, 2020). La demencia no es una consecuencia normal del envejecimiento, aunque la edad es el principal factor de riesgo para su aparición (OMS, 2017). Se estima que más del 6% de la población mayor de 60 años padece una demencia, cifra que se incrementará notablemente en los próximos años (Ali, Guerchet, Wu, Prince y Prina, 2015).

En la actualidad, la demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores, así mismo, provoca un impacto abrumador en sus cuidadores y familiares (OMS, 2013).

### 2.2. La demencia en los centros residenciales

La demencia es la principal causa de ingreso en un centro residencial entre la población mayor. (Agüero-Torres, Strauss, Viitanen, Winblad y Fratiglioni, 2001; Luppá et al., 2010).



La evolución natural de la demencia va afectando progresivamente a la capacidad de la persona para ser autónoma, llegando a ser totalmente dependientes en fases avanzadas de la enfermedad (Deb, Thornton, Sambamoorthi e Innes, 2017). El deterioro cognitivo junto con la pérdida funcional, aumenta de forma exponencial el riesgo de que el enfermo ingrese en una residencia (Coughlin, McBride y Liu, 1990).

La tasa de institucionalización en personas con demencias es del 20% en el primer año después de recibir el diagnóstico, alrededor del 50% después de los 5 años y hasta el 90% después de los 8 años de evolución (Luppa, Luck, Brähler, König y Riedel-Heller, 2008).

En España, según el estudio RESYDEM, la prevalencia global de la demencia en personas mayores institucionalizadas supera el 60%, situándose en valores similares a los recogidos en distintos estudios, tanto para países europeos como Noruega, Francia o Reino Unido, como para EEUU. Según este estudio, en torno a dos terceras partes de las personas mayores que viven en residencias en nuestro país, presentan demencia (López Mongil, López Trigo, Castrodeza Sanz, Tamames Gómez y León Colombo, 2009).



## 3. LA DECISIÓN DEL INTERNAMIENTO

---

La institucionalización de un familiar con demencia es un proceso complicado.

Tomar la decisión conlleva tiempo, consultas (Colerick y George, 1986) y reflexiones acerca de los beneficios e inconvenientes de la elección (López, Losada, Romero-Moreno, Márquez-González y Martínez-Martín, 2012).

### 3.1. Momento previo al internamiento

Una vez llegado al acuerdo de ingresar a un familiar en una residencia, los momentos previos están mediatizados por sentimientos de impotencia, indecisión, estrés y preocupación por el bienestar del familiar en un entorno que la familia desconoce.

Debido al vínculo tan estrecho que se genera entre cuidador-enfermo (Chaparro, 2011) los sentimientos de abandono y desasosiego pueden aparecer al considerar que la atención que el familiar recibirá será de una calidad menor. La culpa también hace presencia cuando se considera que la decisión que se ha tomado es totalmente irresponsable.

Dentro de estos momentos de confusión y desconcierto, la **profesionalidad**, **orientación** y el **apoyo de los expertos** de la institución ayudarán a dar tranquilidad y a atenuar el cambio tan importante que se produce en la vida de la persona enferma y de la familia. (Arias Rojas, Sánchez Herrera y Carrillo, 2015; Gaugler, Roth, Haley y Mittelman, 2008).



### 3.2. Una vez producido el internamiento

La institucionalización de una persona con demencia puede acarrear múltiples consecuencias tanto positivas como negativas para la familia.

Una vez que el ingreso se ha producido, los niveles de estrés, sobrecarga y depresión que los cuidadores presentaban antes de tomar la decisión disminuyen significativamente (Gaugler, Mittelman, Hepburn y Newcomer, 2010; Gaugler, Pot y Zarit, 2007). El círculo social y su tiempo libre aumentan provocando un descenso en los niveles de ansiedad y preocupación y, si la institución ofrece el cuidado que el familiar considera óptimo, los niveles de culpa disminuyen.

No obstante, hay que destacar que generalmente la sobrecarga que presentan los cuidadores se reduce pero no se elimina por completo después de la institucionalización. Muchos familiares continúan involucrados en la atención de la persona enferma, realizan visitas frecuentes, brindan apoyo social e incluso le ayudan con las actividades básicas de la vida diaria. (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit, y Whitlatch, 1995; Gaugler, 2005).

También se pueden dar otros factores nocivos que contribuyen a que el estrés permanezca en el cuidador después de la institucionalización. Estos factores están relacionados con la presión que puede suponer la financiación del coste del servicio (Andrén y Elmståhl, 2007), enfrentamientos que en ocasiones pueden desencadenarse entre familiares y personal del centro, así como otros factores menos estudiados como los problemas no resueltos entre el cuidador y la persona enferma o conflictos con la familia originados por la decisión del internamiento (Gaugler et al., 2007).



# 4. INTERNAMIENTO EN UN CENTRO RESIDENCIAL. ASPECTOS LEGALES

---

## 4.1 Internamiento voluntario/no voluntario

La palabra internamiento hace referencia al ingreso de una persona en un lugar donde su ámbito de libertad se ve disminuido (Marrero Macías et al., 2010).

Un internamiento voluntario en un centro residencial se produce cuando la persona lo decide de forma libre y voluntaria, no generando esta decisión ningún conflicto.

El problema surge cuando existe la necesidad de ingresar a la persona afectada por una demencia, y por carecer de capacidad suficiente no puede dar un consentimiento válido, o expresa una negativa a aceptar la medida, por lo que estaríamos ante un internamiento involuntario.

El internamiento involuntario en un centro residencial afecta directamente a la libertad de la persona, es por ello que es necesaria la intervención judicial (Germán, 2015).

En la actualidad, las normas que regulan los internamientos involuntarios cuando la persona no puede decidir por sí misma son: el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC) para el supuesto en que no haya tenido lugar el proceso de incapacitación legal, y el art. 271 del Código Civil (CC) e igualmente el art. 763 LEC para el caso en que la persona enferma esté incapacitada, y exista por tanto, la figura de un tutor legal (Elizari Urtasun, 2018).



## Art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil:

*“El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a la tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.*

*La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que por razones de urgencia, hiciera necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de 24 horas, a los efectos de que se proceda a la perceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de 72 horas desde que el internamiento llegue al conocimiento del tribunal”.*

De este artículo se distinguen dos tipos de internamiento:

- **Ordinario o no urgente:** necesita autorización judicial previa al internamiento.
- **Urgente:** la autorización judicial será posterior al internamiento dado que las circunstancias hacen necesaria una adopción inmediata de la medida.



## Art. 271 Código Civil:

*“El tutor necesitará autorización judicial para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial”.*

### **Nota:**

La legislación vigente establece la obligatoriedad de contar con autorización judicial para el ingreso involuntario de aquellas personas que han perdido su capacidad cognitiva.

En la práctica diaria, el aumento de internamientos de personas con demencia, el volumen de trabajo en los juzgados... entre otras causas, conlleva a que se produzcan ingresos de personas con demencia, que no tienen la capacidad de prestar su consentimiento, sin previa autorización judicial.

Estos ingresos son decididos por sus familiares o guardadores de hecho y admitidos por el centro, iniciándose los trámites de incapacitación legal o comunicación al juez, posteriormente.



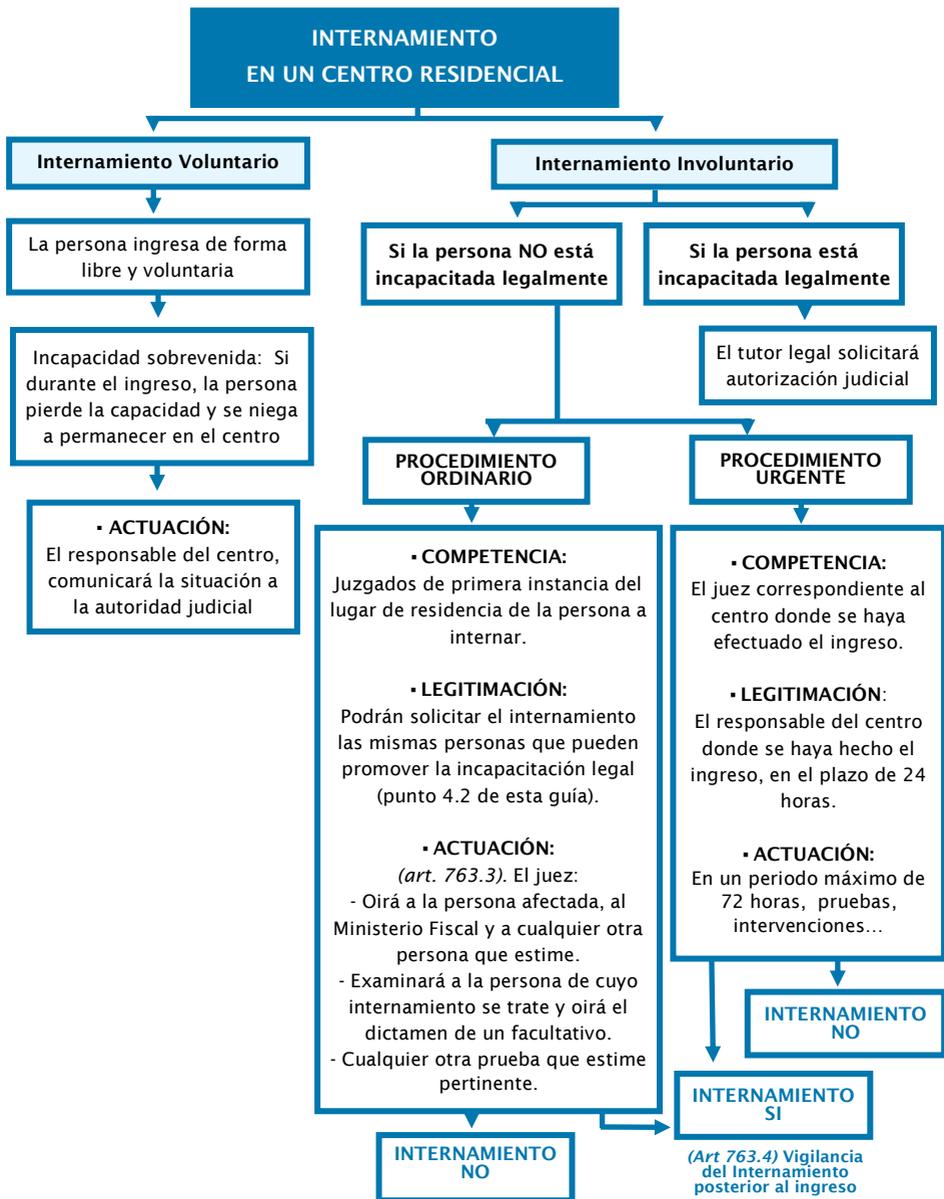


Gráfico: Elaboración propia. Información recogida de (Navarro-Michel, 2019; Zurita Martín, 2008).



## 4.2 Proceso de incapacitación legal

Para abordar y llegar a una aproximación del significado de incapacitación, hay que aclarar previamente dos conceptos, capacidad jurídica y capacidad de obrar.

- **Capacidad jurídica:** la posee toda persona por el hecho de serlo, es sujeto de derechos y obligaciones.
- **Capacidad de obrar:** es la posibilidad real del ejercicio de los derechos y el cumplimiento de las obligaciones, es determinada por la mayoría de edad (Martínez Maroto, 2003).

La incapacitación, es la limitación parcial o total de la capacidad de obrar, que será declarada por un juez mediante sentencia.

### Art. 199 Código Civil:

*“Nadie puede ser declarado incapaz sino por sentencia judicial en virtud de las causas establecidas en la Ley”*

Son causas de incapacitación legal el padecer,

### Art. 200 Código Civil:

*“enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma”*

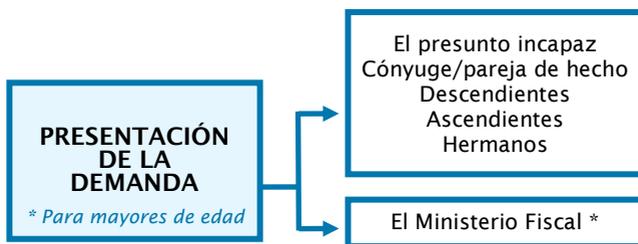


La incapacitación se tiene que entender en sentido positivo, pues tiene como finalidad proteger a la persona que por falta de capacidad, no puede tomar las decisiones correctas que afectan a su esfera personal y/o patrimonial (Camino Garrido, 2003).

♦ Promotor de la demanda:

Según la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero, las personas legitimadas para interponer la demanda son las siguientes:

- El presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentra en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes o los hermanos del presunto incapaz.
- El Ministerio Fiscal si las personas mencionadas con anterioridad no existieran o no la hubieran solicitado.
- Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.
- Cualquier persona que ponga en conocimiento los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación.



*\* Informado por: Autoridades y funcionario o cualquier persona*



## ◆ Procedimiento:

### 1. **Demanda:**

Escrito por el cual se promueve la incapacitación de una persona.

### 2. **Contestación de la demanda:**

Comunicación de la demanda al presunto incapaz y plazo para defender su capacidad.

### 3. **Periodo probatorio:**

Pruebas y audiencias en el procedimiento para confirmar o no la incapacidad de la persona:

- Audiencia a los parientes más próximos
- Examen por el juez a la persona sujeta al procedimiento
- Dictámenes periciales necesarios

### 4. **Sentencia:**

Resolución judicial que incluye la existencia de incapacidad o no, los límites (total o parcial), extensión y régimen de tutela o guarda al que va a ser sometido el incapacitado y se pronunciará en su caso, sobre la necesidad de internamiento (art. 760 LEC).

La sentencia que declare la incapacidad de una persona habrá de inscribirse en el Registro Civil (art 218. CC).



♦ Extensión y efectos de la incapacitación:

**Incapacidad total:**

La persona es incapaz para adoptar cualquier decisión que haga referencia tanto a su esfera personal (atención y cuidado de su persona) como a su esfera patrimonial (gestión y administración de bienes).

**Incapacidad parcial:**

La persona conserva cierto grado de autogobierno o autonomía, que le permite tomar las decisiones más sencilla sobre su persona y / o bienes. Para actos jurídicos de mayor trascendencia necesitará un complemento a su capacidad.

♦ Figuras de protección ante la incapacidad de una persona:

**Tutela:**

Figura de representación legal ante la existencia de una incapacidad total de la persona. El tutor debe velar por el interés y bienestar del incapacitado, se encargará de la administración de sus bienes así como su atención más personal.

**Curatela:**

Es la figura que se designa cuando se declara a una persona en situación de incapacidad parcial. Tiene como objeto complementar la capacidad del incapacitado, en aquellos actos que imponga la sentencia.



## Defensor Judicial:

Es una figura de guarda, cuya actuación es provisional y transitoria en los supuestos indicados en el art. 299 CC.

- Ante la existencia de conflicto de intereses entre el incapacitado y sus representantes legales o curador.
- Mientras se designa a otra persona para desempeñar el cargo, cuando el tutor o curador haya sido destituido del puesto o alegado alguna causa de excusa para no seguir ejerciendo la guarda.

Las funciones tutelares constituyen un deber, se ejercerán en beneficio del tutelado y estarán bajo control de la autoridad judicial (art. 216 CC).



# 5. LOS CENTROS RESIDENCIALES

---

## 5.1 Definición

Tradicionalmente, en España, se parte de un modelo de atención a las personas mayores en situación de dependencia basado en la atención familiar, teniendo la atención pública un carácter subsidiario para aquellos casos en que la familia fallaba o era inexistente.

Es a finales de los años setenta del siglo pasado, cuando empieza a desarrollarse el sistema público de servicios sociales (Rodríguez, 2011) y el concepto residencia comienza a evolucionar, de tal manera que se ha dado un cambio de la idea de “asilo” (institución benéfico-asistencial), a las residencias actuales, que se contemplan como un conjunto estructurado de servicios comunitarios (Martín Serrano, 2000). Rodríguez (2007) las define como:

*“Centros gerontológicos abiertos de desarrollo personal y atención socio-sanitaria multiprofesional en el que viven temporalmente o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia”.*

En la actualidad, se vienen desarrollando nuevos modelos de alojamientos alternativos para personas mayores dependientes, pero en España, su implantación aún es escasa, primando los centros residenciales (Díaz Veiga y Sancho, 2012; Vidal et al. 2017).



## 5.2 Tipología

Las residencias pueden ofrecer diversos servicios que estarán determinados en función, de la titularidad de las plazas, del grado de dependencia al que atiendan o la duración de la estancia entre otros (Imsero, 2006).

Teniendo en cuenta a Lasarte, Moretón, López y Pous (2010), distinguimos:

Según **la titularidad** del centro, residencias:

- **Públicas:** son centros propios de las distintas Administraciones Públicas.
- **Privadas:** centros cuya titularidad y la gestión corresponde al sector privado.

Según las **condiciones del usuario**, residencias para:

- **Personas dependientes:** destinadas a personas que necesitan ayuda de una tercera persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- **Personas no dependientes:** asignadas para personas que realizan de forma autónoma las actividades básicas de la vida diaria pero que por determinadas circunstancias (ejemplo: problemas sociales) no pueden permanecer en su domicilio.
- **Mixtas:** son aquellas residencias que ofrecen su atención tanto para personas dependientes como para personas no dependientes.



Según **la duración**, estancias:

- **Permanentes:** se proporciona una atención integral de forma continuada, convirtiéndose el centro en su vivienda habitual.
- **Temporales:** las personas son atendidas durante periodos de convalecencia, periodos de descanso así como enfermedades de los cuidadores no profesionales.



La existencia de centros especializados destinados exclusivamente a la atención de personas con demencias es muy escasa. En la mayoría de las ocasiones, las personas con demencia son atendidas en centros públicos o privados que atienden a personas dependientes (CEAFA, 2017a).

En un punto intermedio entre la oferta pública y privada, se sitúan las **asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer** (AFAs). Son entidades privadas sin ánimo de lucro.

Las AFAs, aparecen a finales de los años 80 debido a la necesidad de un grupo de familiares de enfermos de Alzheimer de recibir información y apoyo, ante los problemas que conlleva la enfermedad. Desde entonces, estas entidades han ido evolucionando constituyéndose como una estructura federativa (CEAFA) a nivel nacional, compuesta por 1 Confederación, 12 Federaciones Autonómicas y 311 asociaciones locales (CEAFA, 2017b).



CONFEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE  
PERSONAS CON ALZHEIMER

[www.ceafa.es](http://www.ceafa.es)



Los servicios, recursos y actividades que las asociaciones ofrecen a la persona con demencia y a sus familiares, dependen de cada una de ellas, del tiempo que lleven en funcionamiento, de la sensibilización de la población y de la propia administración del lugar donde estén ubicadas (Hueros Iglesias et al., 2008).

## Recursos

Los recursos más frecuentes que se ofrecen desde las AFAs son:

Para **familiares**:

- Acogimiento tras el diagnóstico
- Información sobre la enfermedad y su evolución, temas legales y recursos
- Formación dirigida a los cuidadores y familiares
- Grupos de ayuda mutua y atención psicológica individual
- Programas de respiro familiar

Para las **personas afectadas por Alzheimer**:

- Terapias No Farmacológicas
- Unidades de memoria
- Servicios de atención diurna
- Servicios de ayuda a domicilio
- Servicio residencial



### 5.3 Cómo acceder a una plaza en un centro residencial

Es fundamental conocer qué tipo de centros residenciales existen, qué procedimientos se tienen que llevar a cabo para su acceso y qué se puede esperar de su atención.

Para facilitar la entrada al centro y prevenir situaciones de malestar, estrés y sobrecarga en los familiares, hay que planificar con tiempo el ingreso (Mittelman, Epstein y Pierzchala, 2003) así como reducir los costes (Andrén y Elmståhl, 2007) haciendo uso de los recursos públicos a los que se tiene derecho.

A continuación, se describe cómo acceder a una plaza residencial de titularidad pública y privada, así como las particularidades de cada tipología.

#### Como acceder a una residencia. Plaza Pública.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de dependencia (en adelante Ley de Dependencia-LD) incorpora la atención a la dependencia al sistema público de protección social en todo el territorio español.

Dicha ley, tiene por objeto, como señala en su art. 1.1 regular las condiciones básicas que garantizan la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.



## Definición de dependencia (art.2.2 LD):

*“el estado de carácter permanente, en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra y otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”*

Para hacer efectivo este derecho se crea el **Sistema para la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)**. Conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados y que contribuyen a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

### ♦ Servicios y prestaciones del SAAD:

En el art. 14 la LD establece que las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y/o prestaciones económicas.



## Catálogo de servicios (art. 15 y 16):

- \* Servicio de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal
- \* Servicio de Teleasistencia
- \* Servicio de Ayuda a Domicilio
- \* Centros de Día y de Noche
- \* **Servicio de Atención Residencial:**
  - **Residencia de personas mayores en situación de dependencia**
  - Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad

## Prestaciones económicas:

- \* **Prestación económica vinculada al servicio (art.17)**
- \* Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales
- \* Prestación económica de asistencia personal

Tal y como se describe en el art. 25, el servicio de atención residencial ofrece, servicios continuados de carácter personal y sanitario. Las estancias pueden ser permanentes o temporales.



El servicio tiene carácter prioritario y se presta a través de la oferta pública de la **Red de Servicios Sociales** de las respectivas Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados- concertados debidamente acreditados.

La prioridad en el acceso viene determinada por el grado de dependencia y, a igual grado, por la capacidad económica del solicitante.

Si la red pública no dispone de plazas para en el servicio residencial, el dependiente tendrá derecho a una prestación económica vinculada al servicio para que pueda contratarlo de forma privada.

La prestación económica vinculada al servicio de atención residencial tiene como objetivo contribuir a la financiación del coste del servicio proporcionado por entidades privadas, debidamente acreditadas. Esta prestación económica es de carácter personal y se establecerá de forma periódica para la adquisición del servicio. Siendo las Administraciones Públicas competentes las que supervisarán el destino y la utilización de esta prestación para asegurarse de que se cumpla la finalidad para la que fueron concedidas.

♦ [Requisitos para acceder a los servicios y prestaciones del SAAD \(art. 5\):](#)

Con carácter general hay que cumplir los siguientes requisitos:



- Tener nacionalidad española.
- Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos (grado I, II o III).
- Vivir en España y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de solicitud.

Las personas que, reuniendo los requisitos anteriores, carezcan de la nacionalidad española, se registrarán por lo establecido en la Ley sobre Derechos y Libertades de los extranjeros en España y su integración social.

♦ [Procedimiento para solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia \(art.28.1\):](#)

El procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD se realiza a **instancia** de la persona que pueda estar afectada por algún grado de dependencia o de quien ostente su representación, presentando el modelo oficial de solicitud, acompañado de la documentación requerida por cada Comunidad Autónoma.

La documentación se puede presentar en el Centro de Servicios Sociales más próximo al lugar de residencia o en cualquier Registro Oficial (Art.38 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común).



♦ Fases del reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho al servicio residencial:

**1. Presentación de la solicitud:**

Inicio de la solicitud a instancia de la persona que pueda estar afectada por algún grado de dependencia o quien ostente su representación.

**2. Valoración de la dependencia:**

Se valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión. Se basa en informes de salud y sobre el entorno en el que viva.

**3. Dictamen de la propuesta:**

Se asignará el grado de dependencia. (Grado I: Dependencia moderada. Grado II: Dependencia severa. Grado III: Gran dependencia).

**4. Elaboración del Programa Individual de Atención (PIA):**

Determinará como modalidad de intervención más adecuada el acceso a un servicio residencial.

**5. Resolución del procedimiento:**

Asignación del recurso, plaza en centro residencial o prestación vinculada al servicio.



## 6. Revisión:

El grado de dependencia podrá ser revisado por empeoramiento de la situación de dependencia o error en el diagnóstico o aplicación del baremo (Campos Dompedro et al., 2011).

Obtenida la resolución administrativa que acredita el reconocimiento de la situación de dependencia en el grado correspondiente, **la persona podrá disfrutar del derecho a acceder al servicio residencial o prestación vinculada correspondiente**. Asimismo, con carácter especial se le reconocerá el derecho a decidir libremente sobre el ingreso en un centro residencial (art. 4.2g) recogido por primera vez en una norma estatal. Aunque por el momento, mientras no se apruebe un procedimiento específico de actuación se aplicará establecido en el art. 763 LEC. (Punto 4 de esta guía) (Elizari Urtasun, 2018).

### *Nota:*

Es recomendable ponerse en contacto con los servicios sociales; el trabajador social del ayuntamiento, servicios sociales comunitarios y/o del centro de salud para recibir información y asesoramiento para realizar los procedimientos de forma planificada y no urgente, ya que la concesión de los servicios y las ayudas económicas es un proceso largo.



#### ♦ La participación de los usuarios en el coste de la prestación:

Las personas beneficiarias de una plaza pública del servicio de atención residencial, participarán en su financiación. El coste final del servicio para el usuario irá determinado por su capacidad económica (renta y el patrimonio).

La capacidad económica, también se tendrá en cuenta para la determinación de las cuantías de las prestaciones económicas.

### Como acceder a una residencia. Plaza Privada

La titularidad y la gestión de los centros residenciales privados corresponden a empresas particulares. Si bien, los centros que presten servicios para personas en situación de dependencia deberán contar con la debida acreditación de la Comunidad Autónoma correspondiente.

En la actualidad, la oferta de plazas residenciales en este sector es muy elevada, existiendo gran diferencia entre sus características, calidad y precio.

El acceso a una plaza residencial privada es sencillo, ya que únicamente será necesario cumplir con los requisitos específicos que exija el propio centro. Se contactará directamente con el responsable de la residencia para obtener mayor información del servicio. El usuario deberá asumir íntegramente el coste de la plaza.

Algunos centros de titularidad privada, disponen de plazas públicas, éstas son las denominadas plazas concertadas. Un mismo centro podrá tener por tanto, plazas privadas y plazas concertadas. Para acceder a éstas últimas hay que tener en cuenta lo explicado anteriormente “Cómo acceder a una residencia. Plaza pública”.



- Principales ventajas y desventajas del acceso a una plaza en residencia pública o privada:

	Ventajas	Desventajas
Pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Una atención continuada independientemente de las necesidades de la persona.</li> <li>♦ El precio de la plaza es más económico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Grandes listas de espera para su acceso</li> <li>♦ Limitada posibilidad de elección</li> <li>♦ Alto nivel de dependencia para su acceso</li> </ul>
Privada	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ El ingreso se puede hacer de forma inmediata</li> <li>♦ Hay libertad de elección</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Mayor coste económico</li> </ul>



# 6. ESTRATEGIAS PARA LA PLANIFICACIÓN Y BÚSQUEDA DE UNA RESIDENCIA PARA PERSONAS CON DEMENCIA

## 6.1 Búsqueda de una residencia

La elección de una residencia, que se adapte a las necesidades de la persona con demencia, así como a las necesidades de la propia familia es una cuestión que no debe hacerse de forma precipitada. Hay que planificarlo con tiempo y reunir toda la información necesaria para obtener un buen conocimiento del centro (Mittelman et al., 2003).

Siempre que el grado de afectación no limite la capacidad de autodeterminación, el futuro residente debe ser partícipe de la toma de decisión (derecho de autonomía y toma de decisión) así como de la elección del centro y todo lo referente a su funcionamiento (derecho a la información) (Martínez Rodríguez, 2016; Rodríguez, 2010).



## 6.2 Pasos a seguir para elegir una residencia

### 1. Identificar diferentes residencias:

Hay que elaborar una lista de varios centros, para contactar con ellos posteriormente.

En este primer paso, es importante tener en cuenta la localización de las residencias. Es muy favorable que la residencia esté cercana al entorno social del enfermo o de los familiares para facilitar las visitas asiduamente.

### 2. Elaborar una lista de prioridades:

Valorar qué características o servicios son importantes y de cuáles se está dispuesto a renunciar.

### 3. Llamar por teléfono:

Recoger una primera información básica, necesaria para poder elegir las residencias que se irán a visitar después, descartando otras. De este modo, no se perderá tiempo en visitar aquellas residencias que no se corresponden a las necesidades del enfermo y los familiares.

#### Preguntas a realizar:

*¿Atiende la residencia personas con Alzheimer?*

*¿Hay lista de espera? En caso afirmativo, ¿Dé qué tiempo se trata?*

*¿Cuál es la tarifa de precios aproximada por plaza?*



*¿Hay algún documento que puedan facilitar, alguna fuente o dirección de internet para ampliar la información?*

#### **4. Establecer una cita y visitar el centro:**

Se tienen que visitar diferentes centros, y no elegir en base a una o dos visitas. La visita puede proporcionar mucha información, lo que permitirá tener una idea acertada sobre la atención que va a recibir el usuario y los servicios que realmente va a proporcionar el centro.

Durante la visita – entrevista con el personal del centro es importante realizar preguntas y fijarse en numerosos aspectos.

Preguntas que tengo que formular respecto a:

- **Instalaciones**

*¿Hay alguna planta o sector habilitada para los residentes con demencia?*

*¿Qué características tienen las habitaciones? ¿Se puede disponer de una habitación individual o son compartidas?*

*¿Se puede decorar la habitación e incorporar enseres personales?*

*¿Cuenta el centro con mecanismos de seguridad en ventanas, puertas...?*

*¿Disponen de algún dispositivo de localización para los usuarios?*



- **Residentes - Usuarios:**

*¿Qué tipo/perfil de usuarios tienen en el centro?*

*¿Cuál es el porcentaje aproximado de usuarios ingresados con demencia?*

*¿Hay alguna limitación física o cognitiva por la que no se admitiría al paciente?*

*¿Están agrupados todos los residentes con Alzheimer o conviven con otros residentes?*

*¿Se utilizan medios físicos o químicos para controlar al usuario? En caso afirmativo, ¿en qué circunstancias?*

- **Personal:**

*¿Con qué profesionales (perfil profesional) cuenta el centro?*

*¿Disponen de asistencia médica? Si un residente se pone enfermo o tiene una complicación médica, ¿Qué procedimientos se realizan?*

*¿Cuál es la ratio de personal? es decir, el número de residentes del cual se encarga un único cuidador.*

*¿Tienen formación específica y/o experiencia para tratar con personas con demencia?*

*¿Aprueba el personal que la familia participe en los cuidados?*



- **Servicios:**

*¿Qué intervenciones/terapias reciben los residentes?*

*¿Qué actividades lúdicas o recreativas se ofrecen?*

*¿Reciben las personas una atención individualizada en la que se respetan sus gustos? Ejemplo: En el plano cultural, religioso...*

*¿Se dispone de cocina propia o servicio de catering?*

*¿Facilitan servicios complementarios como peluquería, podología...?*

- **Familiares:**

*¿Cómo es la comunicación de los familiares con los profesionales del centro? ¿Se tiene acceso a los profesionales?*

*¿Cuál es el horario de visitas?*

*¿Se permiten a los residentes salidas al exterior?*

*¿Cuál es el grado de participación que permite el centro a los familiares?*

*¿Existen actividades o se desarrollan intervenciones dirigidas a familiares?*



- **Ingreso y adaptación:**

*¿Cómo es el proceso de admisión?*

*¿Existe algún protocolo/medida para favorecer la adaptación del enfermo al recurso?*

*¿Qué coste mensual tiene la residencia? ¿El precio incluye todos los servicios?*

*¿Hay diferentes cuantías económicas según la necesidad de apoyo que necesite?*

*¿Qué documentación se requiere para formalizar el ingreso?*

Aspectos en los que me tengo que fijar:

- **Instalaciones:**

Espacios comunes, exteriores y habitaciones (accesibilidad y mobiliario adecuado).

Luminosidad, limpieza, ausencia de ruidos y malos olores.

- **Residentes:**

En el aspecto de los usuarios, si están bien aseados y correctamente vestidos.

En la interacción que presentan los residentes entre ellos o si están aislados.



- **Personal:**

La relación que se observa del personal con los residentes, si hablan y cómo se relacionan con ellos.

En el trato que ofrecen tanto verbal como gestual, es importante percibir una atención tanto profesional como humana y cercana.

Durante la entrevista, la familia y/o cuidadores también desempeñan un papel importante como informadores. Hay que proporcionar al personal del centro información lo más completa, clara y objetiva posible, sobre la persona con demencia (Mittelman et al., 2003; Selmes y Rodríguez, 2004).



## 7. REFERENCIAS

---

- Agüero-Torres, H., Strauss, E. von, Viitanen, M., Winblad, B., y Fratiglioni, L. (2001). Institutionalization in the elderly: the role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(8), 795-801.
- Ali, G-M., Guerchet, M., Wu, Y-T., Prince, M. y Prina, M. (2015). The global prevalence of dementia. En Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Alli, G-C, Zu, Y-T, Prina, M. y Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report 2015. The global impact of dementia* (p. 10-27). London: Alzheimer's Disease International (ADI). Recuperado de <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>
- Alzheimer's Disease Internacional. (2020). Types of dementia. Recuperado de <https://www.alz.co.uk/info/types-of-dementia>
- Alzheimer's Association. (2018). 2018 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia*, 14(3), 367-429.
- Andrén S. y Elmståhl, S. (2007). Relationship between income, subjective health and caregiver burden in caregivers of people with dementia in group living care: A cross-sectional community-based study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(3), 435-446.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., y Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. Elsevier.



Arias Rojas, M., Sánchez Herrera, B., y Carrillo, G. M. (2015). Apoyo al cuidador familiar en el proceso de institucionalizar a un ser querido con demencia. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(2), 0-0.

Camino Garrido, V. (2003). La incapacitación de las personas mayores. *Portal Mayores. Informes Portal Mayores*, (8), 1-15. Recuperado de [http://www.elsindic.com/documentos/584\\_DOCUMENTO%20IMSERSO.pdf](http://www.elsindic.com/documentos/584_DOCUMENTO%20IMSERSO.pdf)

Campos Dompredo, J. R., Dios Estrella Cazalla, J. de, Escobar Lago, M., Fernández Rodríguez, A., Gómez Calero, C., Mainar Sancho, R., ... y Valle Martín, M. A. (2011). *Guía práctica de la Ley de Dependencia: Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Madrid: Sociedad española de geriatría y gerontología. Recuperado de <https://www.segg.es/media/descargas/Guia%20pr%C3%A1ctica%20de%20la%20Ley%20de%20Dependencia.pdf>

CEAFA (2017a). *Consecuencias de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en los cuidadores familiares: Poner en valor su condición como persona*. Pamplona: CEAFA. Recuperado de <https://www.ceafa.es/files/2017/05/Consecuencias%20de%20la%20enfermedad%20de%20Alzheimer%20en%20el%20cuidador%20familiar.pdf>

CEAFA (2017b). *Informe sobre recursos, servicios y gestión de la estructura confederal de CEAFA*. Pamplona: CEAFA. Recuperado de <https://www.ceafa.es/files/2019/06/informe-mapa-de-recursos-ceafa-con-infograficos-completo-2017.pdf>



- Chaparro, L. (2011). Cómo se constituye el "vínculo especial" de cuidado entre la persona con enfermedad crónica y el cuidador familiar. *Aquichan*, 11(1), 7-22.
- Colerick, E. J., y George, L. K. (1986). Predictors of institutionalization among caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(7), 493-498. doi:[10.1111/j.1532-5415.1986.tb04239.x](https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb04239.x)
- Coughlin, T. A., McBride, T. D., y Liu, K. (1990). Determinants of transitory and permanent nursing home admissions. *Medical Care*, 28(7), 616-631.
- Deb, A., Thornton, J. D., Sambamoorthi, U., y Innes, K. (2017). Direct and indirect cost of managing Alzheimer's disease and related dementias in the United States. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 17(2), 189-202.
- Díaz Veiga, P. y Sancho, M. (2012). Unidades de Convivencia: Alojamiento de personas mayores para "vivir como en casa". *Informes Portal Mayores*, (132), 1-15. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/diaz-unidades-01.pdf>
- Elizari Urtasun, L. (2018). Ingresos de personas mayores en centros residenciales. Marco regulador y pronunciamientos constitucionales. *InDret*, 1. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/InDret/article/viewFile/332609/423388>
- Gaugler, J. E. (2005). Family involvement in residential long-term care: A synthesis and critical review. *Aging & Mental Health*, 9 (2), 105-118. doi:10.1080/13607860412331310245



- Gaugler, J. E., Mittelman, M. S., Hepburn, K., y Newcomer, R. (2010). Clinically significant changes in burden and depression among dementia caregivers following nursing home admission. *BMC medicine*, 8(1), 85.
- Gaugler, J. E., Pot, A. M., y Zarit, S. H. (2007). Long-Term Adaptation to Institutionalization in Dementia Caregivers. *The Gerontologist*, 47(6), 730–740. doi:10.1093/geront/47.6.730
- Gaugler, J. E., Roth, D. L., Haley, W. E., y Mittelman, M. S. (2008). Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(3), 421–428. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01593.x
- Germán, M. J. (2015). El proceso de ingreso no voluntario en residencias de mayores. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, (38), 35-42. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5601249.pdf>
- Hueros Iglesias, A., Arroyo Mena, C., Díaz Domínguez, M., Domínguez Martínez, A., Estévez Jimeno, A., García López, D., ... y Vilorio Jiménez, A. (2008). Las asociaciones de familiares de personas con la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. En A. Hueros Iglesias (Coord.), *Atender a una persona con Alzheimer* (p. 145-158). Pamplona: CEFA. Recuperado de <https://www.ceafa.es/files/2017/02/Atender%20a%20una%20persona%20con%20ALZ.pdf>



Imsero (2006). *Los modelos de atención en alojamientos residenciales para personas en situación de dependencia*. Madrid: Imsero. Recuperado de <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/modelosalojamiento.pdf>

Lasarte, C., Moretón, M. F., López, P. y Pous, M. P. (2010). *Residencias y alojamientos alternativos para las personas mayores en situación de dependencia*. Madrid: Colex.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE núm. 299, § 21990 (2006). Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf>

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, BOE núm. 7, (2000). Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-323-consolidado.pdf>

López Mongil, R., López Trigo, J. A., Castrodeza Sanz, F. J., Tamames Gómez, S., y León Colombo, T. (2009). Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(1), 5-11. doi:10.1016/j.regg.2008.06.001

López, J., Losada, A., Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., y Martínez-Martín, P. (2012). Factores asociados a la consideración de ingresar a un familiar con demencia en una residencia. *Neurología*, 27(2), 83-89. doi:10.1016/j.nrl.2011.04.003



- Luppa, M., Luck, T., Brähler, E., König, H. H., y Riedel-Heller, S. G. (2008). Prediction of institutionalisation in dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26(1), 65-78.
- Luppa, M., Luck, T., Weyerer, S., König, H. H., Brähler, E., y Riedel-Heller, S. G. (2010). Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and ageing*, 39(1), 31-38.
- Marrero Macías, R., San Juan Vilches, I., Sánchez Vizcaíno Valdés, O., Toral Oropesa, P., Molina Prados, P., y Bolós Larios, M. (2010). *Aspectos jurídicos de interés para familiares de personas con Alzheimer*. Madrid: Fundación Reina Sofía.
- Martín Serrano, M. (2000). *Personas Mayores y Residencias. Un modelo prospectivo para evaluar las residencias*. Madrid: Imserso. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-personas-01.pdf>
- Martínez Maroto, A. (2003). La incapacitación. *Portal Mayores. Informe Portal Mayores*, (11), 1-16. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/martinez-incapacitacion-01.pdf>
- Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos: modelos de atención y evaluación*. Madrid: Fundación Pilares para la autonomía personal. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPenserviciosgerontologicos.pdf>



- Mittelman, M. S., Epstein, C. y Pierzchala, A. (2003). Cuidados en una residencia. En M. S. Mittelman, C. Epstein y A. Pierzchala, *Asesoramiento del cuidador del enfermo de alzhéimer: un recurso para profesionales socio-sanitarios* (p. 259-273). s.l.: American Medical Association.
- Navarro-Michel, M. (2019). El ingreso involuntario en residencia geriátrica y la autorización judicial. *Revista de bioética y derecho*, 45, 231-251. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n45/1886-5887-bioetica-45-00231.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2013). La atención de la demencia y los cuidadores. (2013). En *Demencia: una prioridad de salud pública* (p. 67-80). Washington: OMS. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/es/)
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia: Informe de la directora general*. Ginebra: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665/274882>
- Real Decreto, de 24 de julio de 1889, por el que se publica el Código Civil. (BOE-A-1889-4763). Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/1889/BOE-A-1889-4763-consolidado.pdf>
- Rodríguez, P. (2007). Residencias y otros alojamientos para personas mayores. *Madrid: Panamericana*, 47-51.



- Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona: principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. *Informes Portal Mayores* (106). Recuperado de <https://www.telefonodelaesperanza.org/imgs/1970.pdf>
- Rodríguez, P. (2011). Hacia un nuevo modelo de alojamientos: las residencias en que queremos vivir. *Actas de la dependencia*, 3, 6-40. Recuperado de [http://www.fundacionpilares.org/docs/las\\_ressidencias\\_que\\_queremos.pdf](http://www.fundacionpilares.org/docs/las_ressidencias_que_queremos.pdf)
- Selmes, J. y Rodríguez, C. (2004). *Cómo tener éxito en la búsqueda de una residencia para su familiar con Alzheimer*. Madrid: Meditor
- Vidal Domínguez, M<sup>a</sup> J., Labeaga Azcona, J. M<sup>a</sup>., Casado Durandez, P., Madrigal Muñoz, A., López Doblas, J., Montero Navarro, A. y Meil Landwerlin, G. (2017). *Las personas mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: IMSERSO. Recuperado de [http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001\\_informe-2016-persona.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf)
- Zurita Martín, I. (2008). El internamiento de personas mayores en centros geriátricos o residenciales. En Isabel Zurita Martín (Coord.), *Responsabilidad derivada del internamiento de personas mayores dependientes en centros residenciales* (p. 19-66). . Barcelona: Bosch.





GOBIERNO  
DE ESPAÑA

VICEPRESIDENCIA  
SEGUNDA DEL GOBIERNO

MINISTERIO  
DE DERECHOS SOCIALES  
Y AGENDA 2030

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE DERECHOS SOCIALES

