

PROTOCOLOS Y REGISTROS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE RESIDENCIAS

CONSIDERACIONES PREVIAS

Según el Decreto 284/96, modificado por el Decreto 176/2000, en los artículos 18.10 y 18.11 se dice que en los servicios de centros residenciales asistidos, centros de día y hogar residencia (residencia de válidos) han de disponer de protocolos y registros.

Se pretende con esto mejorar la calidad de vida de los usuarios.

PROTOCOLO

Concretar por escrito los pasos a seguir para realizar una asistencia correcta, de forma que cada profesional sepa como actuar en todo momento.

REGISTROS

Dejar constancia por escrito del trabajo realizado con identificación del trabajador que la ha efectuado.

Para elaborar los protocolos y registros e introducirlos en el trabajo diario, es necesario que los profesionales del centro trabajen en equipo, creando el equipo interdisciplinario. Los protocolos y registros ha de ser prácticos para todos y tienen que adaptarse a las necesidades y costumbres de cada centro, de los usuarios y del mismo equipo de profesionales.

No existen modelos de protocolos excelentes y es por ello que el equipo interdisciplinario ha de elaborar sus propios modelos, que han de ser dinámicos i adaptados a las características del momento concreto en que se encuentra el centro y efectuar una valoración, cambio y/o mejora periódica.

El centro ha de disponer de un espacio para el equipo de trabajo donde los profesionales tengan siempre a mano:

1. Los protocolos de su ámbito de trabajo.
2. Los registros de las atenciones efectuadas, con una constancia diaria de la actuación (ha de firmarlo el trabajador que ha llevado a cabo la atención el mismo día que lo ha hecho).
3. El PAI (Plan de Atención Individual) de cada usuario para ir revisando los objetivos y las actividades concretas, con la recomendación de un anexo de incidencias y consideraciones oportunas para una mejora en su atención.

Art.18.10 DECRETO 176/2000

Los servicios de centros residenciales asistidos y los servicios de centros de día para personas mayores y para personas con disminución tienen que disponer, como mínimo, de los protocolos de:

1. Acogida y adaptación
2. Incontinencias
3. Caídas
4. Contenciones
5. Lesiones por presión
6. Higiene
7. Administración de la medicación.

Así mismo, se han de efectuar los registros siguientes:

1. Registro de residentes con incontinencia de esfínteres y medida o depósito idóneo para su correcta atención.
2. Registro de residentes con lesiones por presión, con indicación de la causa originaria, el tratamiento, fecha de aparición y data de curación.
3. Registro actualizado de caídas de los residentes con indicación de las circunstancias y sistema de prevención de las mismas.
4. Registro actualizado de residentes que requieren medidas de contención con indicación de la forma más idónea para llevarla a cabo, previa prescripción médica, con indicación del tiempo y las pautas de movilización.
5. Registro actualizado de las actividades dirigidas al mantenimiento de la higiene personal de los residentes.
6. Registro de medicación que ha de tomar el usuario, con constancia de la persona que la administra.
7. Registro de seguimiento de la participación de los usuarios en el programa de actividades en donde conste el nombre de los usuarios que han participado.

Art. 18.11 DECRETO 176/2000

Los servicios del hogar-residencia para personas mayores y para personas con disminución tendrán que disponer, como mínimo, de los protocolos de:

1. Acogida y adaptación
2. Higiene
3. Administración de medicamentos.

Así mismo, han de efectuar los registros de:

1. Higiene personal
2. Administración de medicación
3. Participación de los usuarios en el programa de actividades.

MÍNIMOS EN UN PROTOCOLO:

Se ha de responder a las preguntas: ¿el qué?, ¿quién?, ¿como?, ¿cuando? i ¿con qué?

¿el qué? Objetivo genérico (ejemplo: atención de calidad?)

¿quién? Población a la que va dirigido
Profesionales implicados.

¿como? Actuación (como se tiene que actuar)

¿cuando? Calendario, horas

¿con qué? Material.

ESQUEMA A SEGUIR PARA ELABORAR UN PROTOCOLO

Definición:	Concretar el tema del cual hablamos.
Objetivo:	Explicar cual es la finalidad del protocolo (prevención, tratamiento o actuación hacia el residente).
Población a quién va dirigido:	Es un protocolo aplicable a todos o a algunos de los residentes (mencionar cuales).
Profesionales implicados:	Mencionar qué profesionales actuaran con este protocolo.
Descripción de la actuación	<p>Cuales son los pasos a seguir (descritos siguiendo un orden).</p> <p>Recordar que si el protocolo es de prevención se tiene que hacer referencia al sistema a utilizar para detectar el residente de riesgo (como por ejemplo en protocolos de lesiones por presión, incontinencias...) Será necesario también mencionar las medidas de prevención y tratamiento o actuación de los profesionales.</p> <p>Hacer constar de forma explícita qué profesional responsable en cada etapa del proceso, según el organigrama del centro.</p>
Registros:	Indicar en qué registros se anotaran las actividades llevadas a cabo, especificando qué se registrara, como y las incidencias producidas.
Elaboración y vigencia:	Se hará constar la fecha de realización, profesionales que lo han elaborado, vigencia del protocolo, fecha prevista de valoración de su funcionamiento i firma que las personas que lo han elaborado.
Fecha de revisión y firma:	<p>La revisión se llevará a cabo en la fecha prevista o antes si se cree conveniente.</p> <p>Será necesario que se haga constar qué profesionales lo han revisado tanto si hay modificaciones como si no ha habido (si es posible, las mismas personas que lo han elaborado), fecha y firma.</p>

SISTEMA A SEGUIR PARA INPLANTAR UN PROTOCOLO

Difusión:

Explicar el contenido del nuevo protocolo a todos los profesionales que en algún momento lo puedan hacer servir y entregarles una copia.

Seguimiento:

Se ha de seguir la aplicación del protocolo hasta que esté consolidado en el trabajo habitual de los profesionales.

Valoración:

La revisión de un protocolo se hará a los 3 años o antes si es necesario.

Bibliografía:

Si se ha utilizado bibliografía para su realización, se hará constar al final del protocolo.

Definición:	PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN
Objetivo:	Especificar los pasos a seguir para una correcta administración de la medicación a los residentes.
Población a quién va dirigido:	A todos los usuarios del centro que necesiten tomar alguna medicación.
Profesionales implicados:	Personas que dan la medicación.
Descripción de la actuación:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dar la medicación a las horas que ha pautado el médico. 2. Dar la medicación que previamente ha preparado la persona responsable. 3. Dar la medicación al usuario mediante el sistema establecido por el centro (plato, vasito, en la mano...). 4. Comprovar que el usuario se toma la medicación.
Observaciones y recomendaciones:	Ha de anotarse en el registro las actuaciones realizadas.
Elaboración:	Fecha de realización y profesionales que lo han elaborado. Fecha prevista de valoración del protocolo para modificarlo si ello fuera necesario.
Fecha de revisión y firma:	Revisión en la fecha prevista o antes si fuese necesario y profesionales que lo han revisado. Fecha y firma.

:

PRESCRIPCIÓN MEDICOFARMACÉUTICA

Según el artículo 18.8 del Decreto 284/96, modificado por el decreto 176/2000, han de figurar en el expediente asistencial.

Se considera que una prescripción está debidamente cumplimentada cuando hay constancia de:

1. Datos del usuario (nombre, apellidos, etc.)
2. Datos de quién prescribe (nombre, apellidos, número de colegiado y firma) en el supósito de que no se conserve la copia de la receta del médico de cabecera.
3. Nombre de la medicación prescrita.
4. Dosis.
5. Via.
6. Horario.
7. Fecha de inicio de la prescripción.
8. Fecha de revisión y/o final de la prescripción.

Estos conceptos de la prescripción medicofarmacéutica son los que recomienda la inspección, si bien los mínimos para cumplir la normativa son los que se ven en **negrita**.

En caso de no existir la prescripción mencionada, se dará por válida la copia de la receta del médico.

REGISTRO DE ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

Según el artículo 18.10 del Decreto 284/96 modificado por el Decreto 176/2000 los centros residenciales han de efectuar un registro de la medicación que ha de tomar el usuario, dejando constancia de la persona que la administra.

Contenido mínimo:

1. Identificación del usuario.
2. Medicación que se suministra (dosis, vía...)
3. Calendario (días del 1 al 31) y horario.
4. Identificación de quien prepara la medicación.
5. Identificación de quién da la medicación indicando la fecha y hora.
6. Incidencias (causas por las que no se ha dado la medicación).

Estos conceptos que figuran en el registro de medicación son los recomendados por la inspección, si bien los mínimos para cumplir la normativa son los señalados en **negrita**.

La identificación de quién administra la medicación ha de ser con el nombre y apellido y/o firma. No se considerará correcta la identificación solo con el turno de trabajo.

Se recomienda que la firma de la administración del fármaco no se realice en el momento de la preparación, si no con posterioridad a la administración de la misma.

Definición	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE INCONTINENCIAS
Objetivo:	Establecer los pasos a seguir para que los usuarios del centro sean atendidos correctamente con actividades de prevención, detección y mejora de las incontinencias. Mantener al residente seco y limpio para evitar lesiones cutáneas, reconocer posibles incontinencias reversibles y tratar a cada residente con el método más idóneo.
Población a quién va dirigido:	El 100% de los residentes. Actividades de prevención para los continentes. Actividades para la mejora de los incontinentes.
Profesionales implicados:	El personal de atención directa de los diferentes turnos, diplomados en enfermería, auxiliares y cuidadores.
Descripción de la actuación:	Descripción por orden de los pasos a seguir teniendo en cuenta: <ol style="list-style-type: none"> 1. Respetar siempre la intimidad del residente: e el cambio del pañal, en su higiene,... 2. Valorar los hábitos de eliminación de cada residente. 3. Mantener una higiene correcta de la zona. 4. Utilizar adecuadamente el sistema adoptado: educación vesical, pañales, sondas vesicales, 5. Hacer constar de manera explícita que profesional es el responsable en cada etapa del proceso, según el organigrama del centro.
Registros:	Indicar en qué registros se anotaran las actividades llevadas a cabo, especificando qué se registrará, como y las incidencias producidas.
Elaboración y vigencia:	Se hará constar la fecha de realización, profesionales que lo ha elaborado, vigencia del protocolo, fecha prevista de valoración de su funcionamiento y firma de quienes lo han elaborado.
Fecha de revisión y firma:	La revisión se llevará a cabo en la fecha prevista o antes si se estima conveniente. Tendrán que constar los profesionales que lo han revisado tanto si hay modificaciones como si no (si es posible, que sean los mismos que lo han elaborado), fecha y firma.

Definición:	PROTOCOLO DE CONTENCIONES
Objetivo:	Contener físicamente y/o farmacológicamente al usuario que se agita o que tiene una conducta violenta para reducir de esta forma el riesgo de caídas, autolesiones, dañar a otros, deteriorar las instalaciones,...
Población a quienes va dirigida:	A todos los residentes con riesgo de caídas, con agitación,...
Profesionales implicados:	El personal de atención directa de los diferentes turnos, el responsable higienicosanitario, el médico, diplomados en enfermería, auxiliares, cuidadores,...
Descripción de la actuación:	<p>Descripción de los pasos a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prevención: detectar al residente de riesgo por déficits sensoriales, medicación que toma, estado mental, anomalías en el caminar, problemas de conducta,... 2. Prescripción médica según el contenido mínimo recomendado. 3. Informar al residente de la medida que se adoptara. 4. Informar a la familia del residente. 5. Inmovilizar al residente. 6. La contención durará el mínimo tiempo indispensable. <p>Hacer constar de forma explícita que profesional es el responsable en cada etapa del proceso, según el organigrama del centro.</p>
Registros:	Indicar en qué registros se anotaran las actividades llevada a cabo, especificando qué se registrará, de que forma y las incidencias producidas.
Elaboración y vigencia:	Se hará constar la fecha de realización, profesionales que la han elaborado, vigencia del protocolo, fecha prevista de valoración del funcionamiento y firma de quienes lo han elaborado.
Fecha de revisión y firma:	La revisión se llevará a cabo en la fecha prevista o antes si se cree conveniente. Han de constar qué profesionales la han revisado tanto si hay modificaciones como si no las hay (si es posible tendrían que ser los mismos profesionales que la elaboraron), fecha y firma.

REGISTRO DE INCONTINENCIAS

Según el artículo 18.10 del decreto 284/96, modificado por el Decreto 176/2000, los centros residenciales han de disponer de un registro de residentes con incontinencia de esfínteres y la medida tomada o dispositivo idóneo para su correcta atención.

Contenido mínimo:

1. Identificación del usuario.
2. Calendario y horario.
3. Identificación de quién efectúa el cambio del pañal, de la sonda vesical, del colector, etc., o de quién hace la educación vesical.

Estos conceptos que figuran en el registro de incontinencias son los que recomienda la inspección, si bien los mínimos para cumplir la normativa son los que están marcados en negrita.

PRESCRIPCION DE CONTENCIÓN FISICA

Nombre y apellidos: _____

Motivo de la contención: _____

Horario: Diurno de a
Nocturno de a

Tipo de contención: (mediante armilla, cinturón, muñequera,...)

Fechas: Fecha de inicio

Fecha de revisión

Fecha prevista de revisión

Pautas de movilización: (tipo y frecuencia)

Identificación facultativa de quién prescribe: (nombre y apellidos, núm colegiado y firma)

REGISTRO DE CONTENCIONES

Según el artículo 18.10 del Decreto 284/96, modificado por el Decreto 176/2000, los centros residenciales han de disponer de un registro actualizado de residentes que requieran alguna forma de contención, con indicación de la medida mas idónea para llevarla a cabo, previa prescripción médica, y con indicación del tiempo de duración y pautas de movilización.

Contenido mínimo:

1. Identificación del residente (que precise alguna forma de contención).
2. Forma de contención (previa prescripción médica)
3. Calendario y horario de la contención.
4. Calendario y horario de la movilización.
5. Identificación de quién coloca la contención y efectua las movilizaciones a cada uno de los residentes.

Estos conceptos que figuran en el registro de contenciones son los recomendados por la inspección, si bien los mínimos para cumplir la normativa son los que se ven en negrita.

Definición:	PROTOCOLO DE LESIONES POR PRESIÓN
Objetivo:	1. Prevenir la aparición de la lesión. 2. Curar la lesión producida.
Población a quién va dirigido:	1. Residentes de riesgo. 2. Residentes con lesiones.
Profesionales implicados:	Especificar el personal de atención directa de los diferentes turnos, diplomados en enfermería, médico, auxiliares, cuidadores,...
Descripción de la actuación:	<p>Descripción por orden de los pasos a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Detectar el residente de riesgo: Con alteraciones en su movilidad, incontinencias i alteraciones nutritivas. 2. Medidas de prevención: Cambios posturales o mobilizaciones, correcta atención e higiene de las incontinencias, dietas hiperproteicas, higiene e hidratación de la piel. Ayudas técnicas para retrasar la aparición (colchón de aire, cojin antillagas,...) 3. Detectar la lesión: Revisar el estado de la piel del residente en el momento de la higiene y comunicar los cambios de coloración observados. 4. Lesión por presión: Tratamiento o actuación de los profesionales (mantener la herida limpia, evitar una infección, colocar cojines, rodillos, toallas,...) 5. Hacer constar de forma explícita que profesional ha de actuar en cada etapa del proceso, según el organigrama del centro.
Registros:	Indicar en qué registros se anotaran las actividades llevadas a cabo, especificando qué se registrará, como y las incidencias producidas. Se recomienda un registro paralelo de las curas con identificación del personal que interviene.
Elaboración y vigencia:	Se hará constar la fecha de realización, profesionales que lo han elaborado, vigencia del protocolo, fecha prevista de valoración de su funcionamiento y firma de las personas que los han elaborado.

REGISTRO DE LESIONES POR PRESION

Según el artículo 18.10 del Decreto 284/96, modificado por el Decreto 176/2000, los centros residenciales han de disponer de un registro de residentes con lesiones por presión, con indicación de la causa originaria, el tratamiento, la fecha de aparición y la fecha de curación.

Contenido mínimo:

1. Identificación del residente.
2. Causa de la lesión.
3. El tratamiento (temporalidad de las curas a realizar y horario).
4. Fecha de aparición.
5. Identificación del profesional que efectua la cura.
6. Fecha de curación.
7. Dibujo para localizar la lesión (o localización de la lesión).

Estos conceptos que figuran en el registro de lesiones por presión son los recomendados por la inspección, si bien los mínimos para cumplir la normativa son los que estan en negrita.

Definición:	PROCOLO DE CAIDAS
Objetivo:	1.Prevenir las caidas. 2.Atender a los residentes que han caido.
Población a quién va dirigido:	1.Residentes de riesgo. 2.Residentes que han caido.
Profesionales implicados:	Concretar los profesionales que actuaran con este protocolo.
Descripción de la actuación:	<p>Describir por orden los pasos a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Detectar al residente de riesgo (defectos visuales, auditivos, de equilibrio, trastornos en caminar, causas medicamentosas,...) y valorarlo según la escala de riesgo de caidas. 2. Detectar factores de riesgo externos al residente (poca iluminación, mobiliario inadecuado, desorden, suelo resbaladizo, ropa y calzado inadecuado,...). 3. Concretar la actuación del profesional que observa la caída.
Registro:	Indicar en qué registros se anotaran las actividades llevadas a cabo especificando que se registrará, como y las incidencias producidas.
Elaboración y vigencia:	Se hará constar la fecha de realización, profesionales que lo han elaborado, vigencia del protocolo, fecha prevista de valoración de su funcionamiento y firma de los que lo han elaborado.
Fecha de revisión y firma:	<p>La revisión se llavará a cabo en la fecha prevista o antes si ello fuera conveniente.</p> <p>Será necesario que consten los profesionales que lo han revisado tanto si hay modificaciones como si no (a ser posible tendrian que efectuarlo los mismos profesionales que lo elaboraron), fecha y firma..</p>

ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS (J.H. Downton, 1993)	
Caidas previas	· No/Si *
Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> · Ninguno · Tranquilizantes-sedantes* · Diuréticos* · Hipotensores (no diuréticos)* · Antiparkinsonianos* · Antidepresivos* · Otros medicamentos
Déficits sensoriales	<ul style="list-style-type: none"> · Ninguno · Alteraciones visuales* · Alteraciones auditivas* · Extremidades* (ictus, etc.)
Estado mental	<ul style="list-style-type: none"> · Orientado · Confuso*
Caminar	<ul style="list-style-type: none"> · Normal · Segura con ayuda · Insegura con ayuda/sin ayuda* · Imposible
<ul style="list-style-type: none"> · Sumar un punto por cada ítem con asterisco. · Tres o más puntos indica un alto riesgo de caída. 	

REGISTRO DE CAIDAS

Según el artículo 18.10 del Decreto 284/96, modificado por el Decreto 176/2000, los centros residenciales han de disponer de un registro actualizado de caídas de los residentes con indicación de las circunstancias y sistema de prevención de estas.

Contenido mínimo:

1. Nombre del residente.
2. Fecha y hora de la caída.
3. Lugar.
4. Circunstancias.
5. Consecuencias.
6. Profesional que observa la caída.
7. Sistema de prevención para evitar nuevas caídas.

Estos conceptos que figuran en el registro de caídas son los recomendados por la inspección, si bien los mínimos para cumplir la normativa son los que figuran en **negrita**.

Definición:	PROTOCOLO DE HIGIENE PERSONAL
Objetivo:	Mantener una buena higiene del residente
Población a que va dirigido:	Al 100% de los residentes.
Profesionales implicados:	Concretar los profesionales que actuaran con estos protocolos (el personal asistencial de atención directa, de enfermería, auxiliares, veladores,...)
Descripción de la actuación	<p>Describir por orden los pasos a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respetar las costumbres y la intimidad del residente. 2. Potenciar la autonomía del residente y ayudar cuando sea necesario. 3. Higiene diaria (lavado, peinado, afeitado,...) 4. Ducha asistida y lavado de cabello (concretar periodicidad). 5. Secar la piel con especial atención en los pliegues de la misma y hidratarla después. 6. Pedicura, manicura, depilación,... 7. Poner colonia siguiendo el costumbre del residente. 8. Vestirlo con ropa limpia.
Registros:	Indicar en que registros se anotaran las actividades llevadas a cabo, especificando qué se registrará, como y la incidencias producidas.
Elaboración y vigencia:	Se hará constar la fecha de realización, profesionales que lo ha elaborado, vigencia del protocolo, fecha prevista de valoración de funcionamiento i firma de los que lo han elaborado.
Fecha de revisión y firma:	La revisión de llevará a cabo en la fecha prevista o antes si se cree conveniente. Será necesario que figuren los profesionales que lo han revisado tanto si ha habido modificaciones como si (a ser posible seria conveniente que fuesen los mismos profesionales que lo han elaborado), fecha y firma.

REGISTRO DE HIGIENE PERSONAL

Según el artículo 18.10 del Decreto 284/1996, modificado por el Decreto 176/2000, los centros residenciales han de disponer de un registro actualizado de las actividades dirigidas al mantenimiento de la higiene personal de los residentes.

Contenido mínimo:

1. Identificación del usuario.
2. Concretar las actividades (higiene diaria, ducha, pedicura, depilación, hidratación,...)
3. Calendario de estas actividades.
4. Identificación de quien efectúa las actividades dirigidas al mantenimiento de la higiene personal del residente.

Estos conceptos que figuran en el registro de higiene personal son los recomendados por la inspección, si bien los mínimos para cumplir la normativa són los marcados en negrita.

Definición:	PROTOCOLO DE ACOGIDA Y ADAPTACION
Objetivo:	Facilitar la adaptación del nuevo residente al centro.
Población a quién va dirigido:	A todo nuevo residente.
Profesionales implicados:	Todo el personal del centro cuidará para la aplicación del protocolo.
Descripción de la actuación:	<p>Describir por orden los pasos a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer un recorrido por la residencia con el nuevo residente para que conozca el centro y su habitación. 2. Formalizar la documentación de ingreso (contrato, informe médico previo al ingreso,...) 3. Explicar los mecanismo de información a los residentes y, si se presta, de la participación, así como las costumbres de la residencia. 4. Ayudar al residente a instalarse en su habitación con sus cosas. 5. Presentarle al personal del centro y a los compañeros (en general y los de referencia). 6. Facilitar la adaptación del residente a la nueva situación personal. 7. Seguimiento y valoración del proceso de adaptación (durante 3 meses).
Elaboración y vigencia	Se hará constar la fecha de realización, profesionales que lo ha elaborado, vigencia del protocolo, fecha prevista de valoración del funcionamiento i firma de los que lo han elaborado.
Fecha de revisión y firma:	La revisión se llevará a cabo en la fecha prevista o antes si esto se creyera conveniente. Se hará constar los profesionales que han revisado tanto si hay modificaciones como si no (si es posible seria conveniente que fueran los mismos profesionales que lo elaboraron), fecha y firma.

PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL (PAI)

Según el artículo 18.12 del Decreto 284/96, modificado por el Decreto 176/2000, el establecimiento residencial y el centro de día tendrán que disponer de un programa individualizado para la realización de los objetivos de atención a la persona.

Recomendaciones sobre un posible contenido mínimo:

1. Datos personales del usuario.
2. Identificar el personal que interviene (médico, diplomado en enfermería, fisioterapeuta, animadora, asistente social, así como los cuidadores de referencia).
3. Valoración inicial
Fecha de valoración y problemáticas detectadas en las siguientes áreas:
 - a) Médica.
 - b) Funcional (AVD o actividades de la vida diaria, movilidad, sentidos,...)
 - c) Cognitiva.
 - d) Social.
4. Elaboración de los objetivos a alcanzar para cada una de las áreas mencionadas durante los 3 primeros meses de permanencia en el centro a nivel de:
 - a) Preventivo.
 - b) Asistencial.
 - c) Educativo.
5. Actividades concretas para alcanzar los objetivos (indicando el personal responsable):
 - a) Desarrollo y mantenimiento de las actividades de la vida diaria.
 - b) Dieta alimenticia más adecuada o la prescrita por orden médica.
 - c) Cuidado en el aspecto físico (personal y de la ropa) del residente.
 - d) Actividades semanales dirigidas a la prevención del deterioro psicofísico.
 - e) Actividades en que participa de forma reglada.
 - f) Actividades relacionales (visitas de familiares y amigos).
6. Valoración periódica de los objetivos (revisión, nuevos objetivos y actividades concretando la periodicidad, se recomienda 1 vez al año).

PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Según el artículo 18.4 del Decreto 284/96, modificado por el Decreto 176/2000, todos los servicios de centros residenciales y de centros de día para gente mayor y para personas con disminución tendrán que disponer, con el objetivo de prevenir el deterioro y mantener las aptitudes, de un programa anual de actividades en las áreas funcional, cognitiva, motora, emocional y de participación comunitaria, con relación al usuario, así como el calendario, métodos y técnicas de ejecución y sistemas de valoración.

Contenido mínimo:

1. Objetivo: prevenir el deterioro y mantener las aptitudes.
2. Áreas: funcional, cognitiva, motora, emocional y de participación comunitaria.
3. Métodos y técnicas de ejecución.
4. Calendario y horario.
5. Sistemas de valoración.

Estos conceptos que figuran en el programa de actividades son los recomendados por la inspección, si bien los mínimos para cumplir la normativa son los señalados en negrita.

REGISTRO DE LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE ACTIVIDADES

Según el artículo 18.10 del Decreto 284/96, modificado por el Decreto 176/2000, los centros residenciales han de disponer de un registro de seguimiento de la participación de los usuarios en el programa de actividades donde conste el nombre de los usuarios que han participado.

Contenido mínimo:

1. Nombre de la/las actividades.
2. Identificación de los usuarios que han participado.
3. Calendario y hora.
4. Valoración (participación activa y pasiva,...)
5. Identificación del/de los profesional/les que los efectúen.

Estos conceptos que figuran en el registro de la participación en el programa de actividades son los que recomienda la inspección, si bien los mínimos para cumplir la normativa son los que figuran en negrita.

Barcelona, abril de 2001