



PREGUNTAS FRECUENTES Y DECÁLOGO PRÁCTICO SOBRE EL ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS DE LAS PLAZAS DE GRAVES TRASTORNOS DE CONDUCTA EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DE PERSONAS MAYORES

*ELABORADO POR LA COMUNIDAD DE PRÁCTICAS
VENTANAS AL MAR
Almería, 2021.*

Presentación

La comunidad de práctica Ventanas al Mar, surge del Departamento de centros residenciales de personas mayores de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia en Almería, debido a las incidencias que derivan los centros residenciales que tienen plazas de graves trastornos de conducta y viendo el cambio de perfil para estos centros y para esta tipología de plaza en los últimos 10 años, que requerían de respuestas coordinadas y eficaces.

Al iniciar este proceso, primero decidimos que había que hacer una preguntas frecuentes que sirvieran para ordenar la práctica, y para homogeneizar y coordinar respuestas, son las preguntas que toda persona que tenga que trabajar con estos temas se hacen y que deben ayudar a orientarse a quién llega por primera vez a los centros residenciales de personas mayores con plazas de graves trastornos de conducta. Recogimos las preguntas que el grupo consideraba clave y construimos respuestas comunes a partir de las buenas prácticas de las personas de la comunidad, además de indagar respuestas que no sabíamos y mejorar los procesos que ya estaban establecidos.

Después nos dimos cuenta de que en nuestra experiencia había elementos que podían servir para hacer un decálogo sobre aspectos que necesitamos que se mejorasen, se hicieran o se creasen. Un decálogo que fuera eficaz para que los profesionales que intervenimos con esta tipología de personas usuarias y desde las distintas áreas de intervención.

Podría haber más preguntas frecuentes, y también más pistas y de hecho surgieron más, estas son las que nos parecen claves y con las que os animamos a seguir conversando y recogiendo buenas prácticas que complementen y enriquezcan nuestro proceso de comunicación y coordinación en una materia tan sensible y que requiere de la aportación de todos/as.

La iniciativa del departamento de Centros conectaba con las necesidades expresadas por los propios profesionales de mejorar en coordinación y aprovechar las buenas prácticas desde una lógica de interdisciplinariedad que mejorara la flexibilidad interadministrativa y el abordaje de situaciones. Este esfuerzo de coordinación ha implicado a los propios centros residenciales especializados en la materia objeto de estudio, las personas del área de salud mental y de trabajo social del hospital de Torrecárdenas (como áreas directamente relacionadas en la materia objeto de estudio), un centro de discapacidad especializados en graves trastornos de conducta, así como los departamentos de discapacidad, salud mental y centro de personas mayores de la ASSDA, Se trataba de abordar problemas complejos incorporando a los distintos actores y roles profesionales que intervienen en los procesos de forma que las personas usuarias se vieran tratadas desde perspectivas integrales y sinérgicas, optimizando recursos saberes y esfuerzos. Toda comunidad de practica trabaja de forma horizontal, autoorganizada y comienza por compartir dudas, relatos, itinerarios y buenas prácticas, para crear



marcos de análisis que permitan abordar situaciones actuales y futuras, en este caso de la tipología de centros, llegando al desarrollo de protocolos y propuestas comunes. En el camino se crea una cultura y unas prácticas de coordinación que mejoran la intervención de agentes que intervienen en los procesos. Ese ha sido nuestro recorrido durante estos meses de experiencia de colaboración, donde primero nos planteamos que era necesario consensuar las preguntas frecuentes que se hace un profesional en este campo y ordenar las respuestas para su contestación, y después elaboramos un decálogo de carácter práctico, que pretende clarificar las áreas de mejora que hemos visto necesarias para el desarrollo de nuestro trabajo en la materia objeto de análisis.

Este proyecto se ha podido realizar en primer lugar gracias al apoyo de la Delegación Territorial de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación y en especial, por la Jefa de Servicio de Valoración, en segundo lugar ha sido fundamental el esfuerzo y la dedicación generosa de todos los profesionales que han intervenido en la comunidad de prácticas y en tercer lugar y no menos importante, ha sido posible por el marco que ha facilitado metodológicamente el programa “ En comunidad, la colaboración expandida”, del IAAP, que posibilita el protagonismo de los profesionales en la creación de contenidos y de conocimiento útil para la mejora de los programas y servicios de nuestra administración.

Estos productos se hacen públicos y se difunden con el afán de mantener abierta la conversación entre los profesionales sobre el tema, de forma que los vayamos enriqueciendo en distintos momentos para actualizarlos y mejorarlos con las buenas prácticas de todos/as; pero, sobre todo, para que podamos ir aplicándolos en aquellas situaciones que pueda ser de utilidad.

PREGUNTAS FRECUENTES- para el abordaje integral de situaciones de trastornos de conducta en los centros de mayores

1.- ¿Qué entendemos por trastornos del comportamiento?

Trastorno del comportamiento es aquella conducta que pone en riesgo o atenta contra los derechos, integridad y bienestar, tanto de la persona que los sufre, como de terceros, derivado de una patología mental o psiquiátrica, neurológica, médica, social o la provocada por alguna medicación, que dificultan la convivencia diaria y el bienestar en los Centros.

2.- ¿Se puede intervenir con la misma metodología?

No, depende de la causa o del origen del trastorno de conducta.

3.- ¿Qué criterios tiene la ASSDA para resolver plazas de graves trastornos de conducta?

1. Por traslado de centro:
 - a) A instancia de parte:
 - Solicitud según modelo del Decreto 388/2010, de 19 de octubre, de la persona usuaria o representante.
 - Informe de la comisión técnica del centro.
 - Informe médico realizado por el médico/a de familia, psiquiatra, neurólogo/a, médico/a de medicina interna.
 - b) De oficio:
 - Informe de la comisión técnica del centro.
 - Propuesta de traslado.



- Informe médico realizado por el médico/a de familia, psiquiatra, neurólogo/a, médico/a de medicina interna.
- 2. Ingreso nuevo:
 - Informe social detallado, donde se recoja en el diagnóstico en que se traducen los trastornos de conducta de la persona usuaria.
 - Informe médico realizado por el médico/a de familia, psiquiatra, neurólogo/a, médico/a de medicina interna.

4.- ¿Se puede rechazar la entrada de un nuevo usuario a una residencia con plazas concertadas si se evidencia claramente que no cumple con el perfil exigido?

A priori no, ahí radica la importancia de realizar un buen estudio de las situaciones de cada individuo de manera detallada, haciendo coincidir diagnóstico y código de centro, recabando la mayor información posible, consultando a aquellos profesionales que conocen a la persona, realizando entrevistas o visitas si fuera necesario, e incluso dando participación al posible centro de destino en la evaluación o valoración del caso.

Una vez resuelta una plaza de atención residencial a un usuario, se debe dar cumplimiento a esa resolución por parte del centro. Se pueden realizar alegaciones, o envío de informes o incidencias y realizar un buen informe sobre el proceso de adaptación al centro, teniendo en cuenta que en el caso de que se evidencie que el usuario no reúna el perfil o exista una clara inadaptación se puede proponer un traslado de centro, una revisión del servicio, o incluso la expulsión llegado el caso.

5.- ¿Es necesario considerar la patología social como un tipo de trastorno de conducta?

La “patología social” es un signo más que puede acompañar a los trastornos de conducta. La conducta es la respuesta del sistema de la persona, su trastorno, es una manifestación de dicha respuesta, que afectará a diferentes esferas de la persona, sobre todo a la social. No se debe olvidar que la persona es un ser bio-psico-social.

6.- ¿Qué criterios o indicadores usa la ASSDA para derivar a una persona con discapacidad y graves trastornos de conducta a un centro residencial de personas mayores?

Además del requisito de la propia edad de la persona (podría plantearse a partir de los 60 años), hay que tener en cuenta otros indicadores relacionados con las patologías, la necesidad de apoyos o funcionamiento diario de la persona. En dichos indicadores se debe apreciar ausencia de trastornos de conducta o, en su defecto, una disminución importante, y que dichas conductas sean generalizables a otros contextos, así como la permanencia en el tiempo. Por otro lado, las necesidades de la persona deberían ser aquellas que estén más relacionadas con la propias de una persona de avanzada edad y NO tanto las derivadas de su discapacidad. En cualquier caso, cualquier traslado a un centro de mayores, será estudiado y propuesto en comisión técnica y justificado debidamente, con el objetivo de buscar el bien estar de la persona usuaria.

7.- ¿Porqué pedir orientación al EVO para determinar cual es el perfil o tipología de centro adecuado a una discapacidad o patología dual? ¿tiene peso dicha orientación o es vinculante para la asignación final del centro?

El centro de valoración y orientación es el órgano especializado y competente en valorar la discapacidad de la persona, por ello, en algunos casos, se realizan consultas a modo orientativo sobre la idoneidad de algunos centros, sobre todo en aquellos casos que existen dudas sobre criterios diagnósticos, patologías duales, o que tienen especial complejidad, con la finalidad de



recabar la mayor información posible. La consulta realizada tiene un carácter perceptivo no vinculante, teniendo mucho valor el contenido del dictamen pero no siendo de obligado cumplimiento.

8.- Cuando existe una persona con discapacidad intelectual y trastorno de conducta, ¿qué itinerario socio sanitario sigue la persona y qué profesionales intervienen?

Hay dos procesos, el primero es el clínico: mediante el Sistema Andaluz de Salud para la realización del diagnóstico clínico de la patología por parte del especialista pertinente en cada caso; y el segundo es el social: que este tiene dos itinerarios que pueden ser paralelos:

- La Valoración de la discapacidad por parte del centro de valoración y orientación (a instancia de la persona), en vías de obtener el certificado de discapacidad, (donde intervienen equipo del EVO formado por médico/a, psicólogo/a, trabajador/a social).

- La Valoración de la situación de dependencia (a instancia de la persona), esta tiene dos fases:

1. Fase: VALORACIÓN (donde interviene enfermero/a de enlace o médico/a de cabecera y valorador/a)
2. FASE: PIA (intervienen servicios sociales comunitarios, salud mental, discapacidad y ASSDA mediante comisiones técnicas, centro de valoración y orientación para consultas etc...)

9.- ¿Cómo se garantiza que las intervenciones que se realizan en PDITC para reducir las conductas problemáticas se siguen aplicando en los recursos a los que se derivan finalmente?

Con una buena formación en trastornos de conducta, asegurando que las plazas de destino tienen las características apropiadas, y con una buena coordinación entre los profesionales. No obstante, dicha garantía no es 100%, ya que el propio hecho de realizar traslados a otros entornos suponen en sí, un factor estresor para la persona, que puede hacer debutar o intensificar conductas que ya estaban erradicadas o eran inexistentes en los centros de pditc. De ahí la importancia de una buena coordinación liderada por la ASSDA.

10.- ¿Cómo se puede prevenir el conflicto que puede generar una o varias personas con problemas de conducta, y quien es la persona que debe informar o formar?

La mejor forma de evitar un conflicto es anticiparse al mismo, por eso es importante la supervisión y detección de signos de alarma para poder intervenir precozmente. Para ello es fundamental las reuniones de la comisión técnica, primando la importancia del personal de atención directa (auxiliares de enfermería) que son quien pasa más tiempo con las personas mayores, y siguiendo las directrices del personal técnico, en especial los licenciados en psicología, en aquellos casos que exista esta figura dentro del centro residencial, para identificar esas señales, determinar las medidas de actuación y transmitírselas al resto del equipo, para que todos sus miembros las conozcan y puedan actuar en la misma línea. Lo esencial ante estas situaciones es conocer los síntomas conductuales y considerar la prevención como objetivo esencial. Para ello se realizará una exhaustiva valoración de cada paciente, estableciendo unos objetivos terapéuticos acordes a cada perfil, llevando a cabo un abordaje disciplinar centrado en las fortalezas de cada paciente y realizando un seguimiento muy estrecho.

11.- En caso de necesidad de asilar a una persona con TGC y este aislamiento se produzca, no como una medida coercitiva o de contención, sino como aislamiento obligado por recomendación médica en situaciones como por ejemplo, aquel que se debe seguir si se está en aislamiento domiciliario en deterioro cognitivo es independiente para la deambulaci3n y tiene alta dependencia al tabaco?, ¿cómo acompañar emocionalmente a una persona asilada como mantenerla activa física, cognitiva y socialmente durante esos días?



Previa reunión, el equipo técnico determinará e irá adaptando las actuaciones encaminadas a mejorar la aceptación en caso de ser posible del aislamiento y ocupar el tiempo para hacerlo más llevadero.

La atención se dirige al residente adaptándolo y pautando de acuerdo a sus costumbres y necesidades, por lo que si la persona en cuestión tiende a deambulación errática, la pretensión es limitar el espacio y tiempo donde deambula, y en esa zona asignar auxiliares del centro para supervisión del mismo. Como medida extra de seguridad se puede usar como recurso un vigilia-bebé en caso de no tener video vigilancia disponible.

Sin embargo si podemos acotar a la habitación la zona de movimiento, se podría aumentar las visitas de los auxiliares en primera instancia. Actividades individuales adaptadas al residente, ejercicio físico, terapias individuales, ... se trata de crear un ambiente seguro.

Para evitar posibles crisis de ansiedad/estrés en el residente que es fumador, el equipo técnico establece unas pautas de administración del tabaco en función de la situación/patología/características del residente. Se pauta un horario de los diferentes cigarrillos que se le administrara a lo largo del día, no teniendo en ningún momento el usuario encendedor, cerillas (en ocasiones tampoco el tabaco dependiendo del usuario), previamente informado y acordado con el residente y familias de dichas pautas.

Se refuerza la comunicación con la familia, lo que favorece la calma ante la situación, a través de un servicio de video llamadas/llamadas telefónicas para que el contacto del residente-familia siga siendo cercano y positivo para el mismo. Además, se trabajara un plan de actuación individualizado adaptado a la situación en concreto, por ejemplo si el residente manifiesta o argumenta melancolía o apatía, o se nota más débil a la hora de realizar las ABVD, etc.

El profesional responsable, transmitirá de forma más continua la situación del residente en el centro, de forma que al facilitar y aumentar el contacto se favorece la calma ante la situación existente.

12.- ¿Se podría plantear o existe un plan de actuación comunitario que se pueda trabajar con anticipación en un paciente/usuario con el que tengamos la relativa certeza de que en futuro a medio/corto plazo vaya a ocupar plaza en Residencia de Mayores?

La intervención y el trabajo a realizar con un usuario que se va a incorporar a corto /medio plazo en un centro residencial comienza desde el momento en el que existe la demanda o la necesidad, es decir, ese proceso debe ser parte del trabajo que se realiza con el interesado o la familia en la propuesta individual de atención (si es que fuera ese momento en el que se plantea la demanda o la necesidad). Si se detectara antes de este momento, cualquier profesional que intervenga con la persona (salud, servicios sociales comunitarios, agencia, salud mental) puede coordinarse y realizar las derivaciones oportunas planteando diversos objetivos para su consecución.

No obstante, la elaboración de un plan de actuación conjunta es siempre favorable.

13.- ¿Se cuenta con la familia? ¿Se trabaja y se gestiona con la información que la familia pueda aportar?

Se cuenta con los familiares como parte del protocolo o proceso de acogida de la persona al centro residencial. Todos los centros de atención residencial públicos o concertados lo valoran como parte fundamental del trabajo previo al alta del usuario.



Como parte del proceso de acogida se recaba información, se realizan primeras tomas de contacto tanto con el interesado como con los familiares más allegados, se realizan recogida de datos, reuniones de coordinación e incluso se estudia quien /o quines pueden ser las personas idóneas como grupo de apoyo a esa incorporación.

14.- En una residencia, antes del ingreso de una persona ¿se conoce el perfil del residente? En caso afirmativo, ¿cómo se encara el trabajo de incorporación y adaptación del residente? ¿se reúne el equipo para elaborar un plan de intervención?

Se conoce el perfil del residente a través de la información facilitada por parte de la Agencia de Servicios sociales al centro en cuestión y a través de la información recabada por el propio centro residencial en la fase de acogida y previa a la incorporación.

Se realizan reuniones de coordinación tanto con familiares, como con usuario (siempre que sea posible) así como el equipo de profesionales del centro, donde se tendrán en cuenta cuestiones de tipo organizativo (como habitación que va a ocupar, orientaciones para su incorporación, equipo de apoyo y de referencia, adaptaciones necesarios, sueño, alimentación, apoyos en la comunicación, etc), aunque todo este proceso es susceptible de ser mejorado con objeto de facilitar el trabajo.

15.- ¿Qué ayudas externas tiene el personal de un Centro residencial para abordar situaciones conflictivas graves y/o reiteradas, dándose estas desde el inicio del ingreso?

- ASSDA: En aquellos casos que sean de mayor complejidad, hay que realizar un especial seguimiento al periodo de adaptación por parte de la ASSDA, y siempre que sea posible, participar en la comisiones técnicas de centro para verificar la idoneidad del recurso o la necesidad de búsqueda de otro más idóneo.

- SAS: Si la situación conflictiva es grave y o surge una urgencia, la ayuda externa más rápida pasaría por realizar llamada a los servicios de emergencia para estabilizar a la persona.

- Servicio de Inspección de servicios sociales: comunicación estrecha ante altercados.

- Empresas de formación: formar al personal del centro mediante la formación tripartita, a fin de dotar a sus empleados/as de los recursos necesarios antes situaciones nuevas que se dan en base a los nuevos perfiles de personas usuarias que se dan en el centro.

16.- Cuando se dan situaciones de abuso entre personas residentes o de personas usuarias a personal cuidador, ¿qué se puede hacer en estos casos?

1. Aplicar plan de intervención del centro según fase de conducta de cada residente.
2. Valorar la gravedad del abuso producido, por si es necesario contemplar llamar a la policía o guardia civil, según corresponda.
3. Aplicar el reglamento de régimen interno del centro con fin terapéutico, e informar al familiar de referencia. Así como aplicar el protocolo específico antes este tipo de situaciones.
4. Comunicar a la ASSDA, y con mayor urgencia, en aquellos en que la situación llegue a un límite que no pueda ser subsanado por el centro residencial.



17.- Qué puede hacer los centros residenciales cuando una persona usuaria no cumplen las normas del centro?

1. Saber discernir en la causa que ha dado lugar la conducta a modificar, con objeto de verificar si ha habido intencionalidad o es fruto de su propia patología.
2. En caso de que haya sido por la propia patología se abordará terapéuticamente según perfil.
3. En caso de intencionalidad se aplicará el régimen de reglamento interno.

18.- ¿Cómo se debe proceder cuando una persona que ingresa en la residencia mediante un internamiento involuntario judicial y se niega a pagar la aportación de su plaza ya que alega no haber ingresado voluntariamente?

La solución a esta situación se encuentra en los juzgados. Se debe iniciar un procedimiento de incapacitación judicial a instancia de los profesionales o personas legitimadas (familiares), advirtiendo que según la normativa vigente existe obligación de copago, en aras a nombrar un curador o tutor que administre bienes y pueda saldar la deuda que se le genera al residente tras realizar el internamiento involuntario y su negativa a pagar la plaza.

19.- ¿Cómo se debe hacer cuando una persona usuaria no puede asumir el copago de su plaza por tener las cuentas bancarias en negativos?

En estos casos se contempla la opción de realizar un informe de la situación socio económica de la persona que se eleva a servicios centrales de la ASSDA en Sevilla, con la propuesta de que se autorice a financiar el 100% de la plaza hasta que persiste la problemática derivada de la falta de liquidez, para ello habrá que realizar envío de informes trimestrales o semestrales de la situación.

20.- ¿De qué manera nos cuidamos los profesionales que participamos en los recursos de personas mayores desde distintos organismos?

Realizando una colaboración estrecha entre nosotros mismos, buscando espacios de reunión, de manera, que si todos aunamos esfuerzos y ponemos de nuestra parte el proceso es mucho más eficaz y satisfactorio para todos, tratando de realizar el proceso desde un plano micro a uno macro. Esto se traduce en reuniones periódicas de coordinación, en comunidades de prácticas, etc.

DECÁLOGO de pistas prácticas y criterios comunes para orientar la práctica de los profesionales en los casos de trastornos de conducta en los centros de mayores

1. Protocolizar:
 - Protocolo de coordinación entre el departamento de centro residencial de personas mayores de la ASSDA y centros residenciales para personas mayores, en materia de casos de Graves Trastornos de Conducta, siendo estos expedientes más complicados en la intervención y requieren de mayor colaboración en la gestión de estos casos por parte de la ASSDA, así como la necesidad por parte de los centros residenciales de mayores en materia de traslados entre centros, de incentivar la labor mediadora del departamento de centros residenciales de



personas mayores entre centros, pudiendo utilizar medios telemáticos para esta función, facilitando la colaboración entre centros.

- Protocolo de coordinación entre los departamentos de salud mental y centros residenciales de personas mayores de la ASSDA y salud mental, viendo la necesidad de la participación del Departamento de centros residenciales de personas mayores en las comisiones intersectoriales que hay todos los meses, en aquellos casos de salud mental que sean derivados a centros residenciales de personas mayores, a fin de que el abordaje se pueda realizar aunando esfuerzo y enlazando de una forma más pautada y coordinada con el centro residencial de destino.
 - Protocolo de actuación en centros residenciales para personas mayores de graves trastornos de conducta estandarizados para todos los centros, la idea es que desde el Servicio de Inspección de Servicios Sociales se pueda promover este protocolo estándar como existen con otros protocolos de obligado cumplimiento.
2. Crear un procedimiento entre el Departamento de Discapacidad de la ASSDA y el EVO, donde se pueda especificar en que casos es necesaria la orientación del evo, conocer con mayor detalle cuales son los criterios del EVO para realizar las orientaciones hacia un recurso o hacia otro y establecer una temporalidad del feedback del informe solicitado a fin de dislumbrar cual es el recurso más adecuado para la persona usuaria.
 3. Estandarizar los criterios en materia de documentación entre el Servicio de Inspección de Servicios Sociales y el Servicio de Gestión de Servicios Sociales que se solicitan a los centros residenciales de personas mayores. Además de que desde el Servicio de Inspección de Servicios Sociales en materia de visita de inspección extraordinaria por hoja de reclamación, pueda tener una mayor coordinación con la información que existe sobre ese expediente en la ASSDA.
 4. Necesidad de un Encuentro anual de centros residenciales de personas mayores liderado por la ASSDA, donde se pueda abordar temas de interés de los centros residenciales como por ejemplo:
 - Reglar la formación en graves trastornos de conducta.
 - Formación del personal de los centros residenciales de mayores y discapacidad en materia sanitaria, relacionada con la colación de EPI (prevención de riesgos laborales), medidas de prevención para evitar contagios, gestión de aislamientos, etc.
 5. Trabajo previo de servicios sociales comunitarios antes del ingreso en centro residencial o desde el Departamento de centros residenciales de personas mayores, a fin de poder hablar con la familia y con la persona usuaria en aquellos casos que sea posible por su situación médica, de lo que supone un ingreso en centro residencial y prepararlo para ese proceso de cambio individual y familiar.
 6. Creación de una comunidad de prácticas para abordar la coordinación entre salud mental, neurología, con PDITC y graves trastornos de conducta en mayores. Se ve conveniente que se lidere por Salud Mental y que participen los tres centros hospitalarios de la provincia de Almería.
 7. Llevar a cabo un tratamiento normativo distinto entre personas mayores y personas con discapacidad, en caso de pandemia y alerta sanitaria.
 8. Creación de una Unidad interdisciplinar especializada en el diagnóstico y estudio de personas con discapacidad intelectual y trastorno de conducta, como existe en otra Comunidad Autónoma, con sede provincial y unidad móvil. Para el abordaje de tratamientos y pruebas médicas, revisión de tratamientos farmacológicos crónicos, herramientas para el abordaje de los problemas de conductas, sintomatología de salud mental en discapacidad intelectual.
 9. La patología social debería ser tenida en cuenta en el baremo de valoración de dependencia, de ahí a la importancia de la COP de trasladar esta conclusión a servicios centrales de la ASSDA, a fin de ser tenida en cuenta en futuras mejoras de la Ley.



10. Mayor coste de la plaza de los centros residenciales de personas mayores, a fin de que los profesionales que trabajan en este sector, tengan sueldos más acordes a la tarea desempeñada y no tengan la necesidad de buscar la mejora de empleo, esto permitiría que no hubiera tanto cambio de personal en los centros residenciales y existiera mayor calidad asistencial.

INTEGRANTES DE LA COP:

1. Antonio Jesús Crisol Sánchez. Residencia PDITC APAFA.
2. Beatriz María Mañas González. Residencia INDASALUD.
3. César Raúl Rodríguez Martín. Residencia Bartolomé Sánchez Moreno.
4. Francisca Compañ González. Unidad de Trabajo Social del Hospital Torrecárdenas.
5. Manuel López de Lemus Sarmiento. Unidad de Salud Mental del Hospital de Torrecárdenas.
6. María del Mar Martínez Cadenas. Residencia Virgen del Rosario.
7. Verónica Rodríguez Cid. Departamento de Salud Mental de la ASSDA.

Portavoz COP: Gema Fernández Del Aguila. Residencia los Filabres.

Secretaria COP: Laura María Herrera Carrión. Departamento de Discapacidad de la ASSDA.

Dinamizadora COP: Lourdes Bazán Coto. Departamento de Residencias de Mayores de la ASSDA.