



Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia

Consejería de Bienestar Social y Vivienda
del Principáu d'Asturies

II PARTE:

**Buenas Prácticas en Residencias
de personas mayores en
situación de dependencia**

Promueve y edita:

Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies

Redacción y coordinación técnica:

Asesores externos

Lourdes Bermejo García
Quico Mañós de Balanzó

Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies

Beatriz Díaz Pérez (Jefa de Sección de Calidad de Recursos y Proyectos Singulares)
Teresa Martínez Rodríguez (Unidad de Recursos de Personas Mayores)
Carla Sánchez Caballero (Sección de Calidad de Recursos y Proyectos Singulares)

Relación de profesionales que han colaborado:

ORGANISMO AUTÓNOMO ERA. UNIDAD DE CALIDAD

1. Coordinadora: Felicidad M. Fernández (Trabajadora social)
2. Isabel Suárez Moreno (Dietista)
3. Marta Eguidazu Pujades (Médico)
4. Delfina Mariño Fernández
5. Carmen Martes Díaz

CENTRO POLIVALENTE DE RECURSOS PARA PERSONAS MAYORES LA VEGA (MIERES)

6. Coordinador: Fernando Martínez Cuervo (Enfermero, Director)
7. Olga Canga Valles (Trabajadora social)
8. Laura García (Trabajadora social)
9. Almudena Albuérne García (Enfermera)
10. Begoña Gil Portugués (Cocinera)

CENTRO POLIVALENTE DE RECURSOS PARA PERSONAS MAYORES LOS CANAPÉS (AVILÉS)

11. Coordinadora: Emma Cabeza Valdés (Terapeuta ocupacional)
12. Antonia López Peláez (Auxiliar de enfermería)
13. Reyes Márquez del Caño (Auxiliar de enfermería)
14. Noelia Álvarez Fernández (Psicóloga)

RESIDENCIA DE ANCIANOS EL CRISTO (OVIEDO)

15. Coordinadora: M^a del Carmen Montes Díaz (Auxiliar de enfermería)
16. Azucena Díaz Escalada (Auxiliar de enfermería)

RESIDENCIA LAVIANA

17. Coordinadora: Teresa Castrillo Marcos (Directora)
18. Concepción Meana Gómez (Psicóloga)
19. Natalia Suárez Cuetos (Técnica de intervención)
20. Paloma Alonso Fernández (Terapeuta ocupacional)
21. Rebeca Paredes Fernández (Monitora)
22. Verónica Díaz Pérez (Enfermera)
23. Cecilia Vega Rodríguez (Enfermera)
24. Begoña Iglesias Rodrigo (Enfermera)
25. Josefina Tuero González (Enfermera)
26. Juan Carlos Lázaro Clemete (Auxiliar de enfermería)
27. Cristina García Canga (Auxiliar de enfermería)
28. Felicidad Suárez Huerta (Auxiliar de enfermería)
29. Mónica Pantiga García (Auxiliar de enfermería)
30. Joaquina Blanco Presa (Auxiliar de enfermería)

RESIDENCIA DE INFIESTO

31. M^a del Pilar González Pérez (Auxiliar de enfermería)

RESIDENCIA SANTA TERESA (OVIEDO)

32. Purificación Suárez García (Auxiliar de enfermería)

RESIDENCIA MIXTA (GIJÓN)

33. Coordinadora: M^a José Balbuena Infanzón (R. Área asistencial)
34. Mónica Fernández Valencia (Psicóloga)
35. Belén Fernández Viejo (Médico)
36. Faustino del Coz Díaz (Médico)
37. Aurora Menéndez Fernández (Enfermera)
38. Susana Menéndez Menéndez (Enfermera)
39. Teresa Pascual Velázquez (Enfermera)
40. Cruz González Rodríguez (Enfermera)
41. Carmen Leguina Palmero (Trabajadora social)
42. Belén Iglesias Colao (Trabajadora social)
43. Oliverio Lombardero Rodil (Trabajadora social)
44. Elena Díaz Cáceres (Terapeuta ocupacional)
45. Ana Dolores García Matías (Fisioterapeuta)
46. Ángela Sanguino Casquero (Animadora sociocultural)
47. Pilar Fernández Fernández (Animadora sociocultural)
48. M^a Mar Burguet González (Animadora sociocultural)
49. Andrea Nosti Rodríguez (Animadora sociocultural)

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

50. Amparo Álvarez Fernández
51. Carmen Jiménez Recio
52. Arancha Iruretagoyena Sardon
53. Pilar Abad Iglesias
54. M^a José Magadán Magadán
55. Ana M^a Sánchez Gómez
56. Josefa Prada Cachón
57. Luz Elena García Menéndez
58. Margarita Martínez Sánchez
59. Jerónimo Argüelles Abella
60. Sonia Álvarez Huerta
61. Jose Manuel Pérez Ortega
62. Soledad Lario Fernández
63. Matilde Rodríguez Alonso
64. Ángeles de La Puente Pérez
65. M^a Luz Fernández Alonso
66. Dolores Marín García
67. Carmen González Iglesias
68. Concepción López Castro
69. Eulogia Lastra Navallo
70. Regina Lugones Fernández
71. Begoña Peña Morán
72. Rosa Muñiz González
73. Eva M^a Fernández Alonso
74. Vírgenes Riestra Fanjul
75. Dolores Rodríguez Roza
76. Ángeles Tejo Martínez
77. Teresa González González
78. Carmen Jorge Márquez
79. Inés Cuende Cabañeros
80. M^a Teresa Arango Fernández
81. M^a Teresa Rodríguez López
82. M^a Dolores Causi Naves
83. Eva González González
84. Encarnación Pedrosa Domínguez
85. Isabel López Álvarez
86. Nuria Rubio Pérez
87. Concepción Lucía Arias García
88. Nieves Rozada Iglesias
89. Begoña Cernuda Martínez
90. Cristina Fierro Gavilanes
91. Gertrudis Galán Calzón
92. M^a Mar Pico García
93. Rosa Isabel Díaz García
94. Ana Isabel Pérez Noriega
95. Rafael González Malnero
96. Elena Vázquez Fernández
97. Delfina Fernández González
98. Concepción Jimeno Villafañez
99. M^a Socorro Mancebo Fernández
100. M^a Isabel Iglesias Allende
101. Elena Rodríguez Rodríguez
102. M^a Luisa Pinilla García
103. M^a Jesús Hevia Miguel
104. Mónica Navarro Vázquez
105. Tomasa Pizarro Cerro
106. Carmen Fernández Díaz
107. Amparo Montiel Fernández
108. Lilian Suárez Fernández
109. Teresa Fernández Méndez
110. Luisa Rego Lopéz
111. Enrique Collado Isoba
112. Soledad Lario Fernández
113. Pilar Iglesias Gil
114. Isabel García Méndez
115. Carmen Marcelina Caveda Varas
116. Javier González Riera
117. Elena Vázquez Fernández
118. Lilian Suárez Fernández
119. Teresa Fernández Méndez
120. Luisa Rego Lopéz
121. Enrique Collado Isoba
122. Soledad Lario Fernández
123. Pilar Iglesias Gil
124. Isabel García Méndez
125. Carmen Marcelina Caveda Varas
126. Javier González Riera
127. Elena Vázquez Fernández
128. M^a Luisa Pérez Pilo
129. María Breña Rodríguez
130. M^a Soledad Requejo López

Índice

Introducción	11
Buenas Prácticas-clave	17
Ejercicio de derechos	19
Participación	64
Bienestar psicoafectivo: emociones, comunicación y convivencia	85
Intervención profesional y sistemas organizativos	145
Entorno físico e integración en la comunidad	193
Ejemplos de Buenas Prácticas en Residencias	217
Anexos	239
Recomendaciones para la buena praxis en la vida cotidiana en las Residencias de personas mayores en situación de dependencia	241
Sugerencias metodológicas para la implementación de las BBPP-clave en Residencias de personas mayores en situación de dependencia	269



Capítulo 1
Introducción

La segunda parte de esta guía integra un conjunto de Buenas Prácticas para orientar la intervención en las Residencias para personas mayores en situación de dependencia, basadas en los principios rectores de la atención desde los modelos de calidad de vida. Se incluyen dos tipos de BBPP: las consideradas *clave* o centrales para la calidad de la atención en el recurso, y otros ejemplos de buenas prácticas llevadas a cabo en los centros referidas a cuestiones más específicas.

Todas las BBPP que aquí se proponen y exponen se han elaborado contando con la activa participación de los profesionales de los centros del Principado de Asturias destinados a la atención de personas en situación de dependencia.

Las BBPP-clave se muestran como propuestas de intervención técnica genéricas para orientar los aspectos fundamentales de una atención de calidad en las Residencias para personas mayores en situación de dependencia. Por tanto son propuestas orientativas, pensadas a modo de guía, que luego, necesariamente, deben ser adaptadas a la realidad de cada recurso y allí concretadas.

Partiendo de la experiencia y reflexión de los equipos técnicos de los centros, se han identificado distintos procesos de intervención fundamentales para guiar una atención de calidad en estos recursos. De este modo, las BBPP-clave surgen como el resultado de un proceso compartido de reflexión, sistematización y construcción de conocimiento de corte participativo en el que el trabajo en equipo ha sido esencial.

En el caso de las Residencias para personas mayores en situación de dependencia, se han identificado un total de **27 BBPP-clave**, las cuales aparecen agrupadas según las cinco áreas de mejora abordadas en la primera parte de la guía. **Son las siguientes:**

BBPP-CLAVE EN LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

1. Ejercicio de derechos
1.1. El derecho a la información de las personas usuarias
1.2. Autonomía y toma de decisiones por parte de la persona usuaria
1.3. Conciliar la seguridad de la persona y el derecho a su autonomía
1.4. Respeto a la privacidad e intimidad en los cuidados personales y en el aseo
1.5. Respeto a la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información personal
1.6. El uso limitado y adecuado de las contenciones físicas
1.7. El uso limitado y adecuado de las contenciones farmacológicas



2. Participación
2.1. Cauces formales de participación en el centro
2.2. Cooperación persona usuaria, familia y equipo profesional en el Plan de atención
2.3. Intervención y apoyo a las familias
3. Bienestar psicoafectivo: emociones, comunicación y convivencia
3.1. Apoyo al ingreso y adaptación de la persona usuaria
3.2. El trato personalizado
3.3. El Libro de historia de vida y el Álbum personal
3.4. Bienestar, confort e identidad. La importancia de la imagen personal
3.5. Relaciones de pareja afectivo-sexuales
3.6. Alteraciones de conducta en las personas usuarias
3.7. Gestión de los conflictos entre las personas usuarias
3.8. Atención al final de la vida
4. Intervención profesional y sistemas organizativos
4.1. El trabajo en equipo interdisciplinar
4.2. El Plan personalizado de atención coparticipado desde los intereses y preferencias de las personas
4.3. Revisando las intervenciones, pensando en las personas
4.4. La figura del profesional de referencia
4.5. Entornos de empoderamiento predecibles para personas gravemente afectadas
4.6. El enfoque de género en los Centros de atención a personas en situación de dependencia
5. Entorno físico e integración en la comunidad
5.1. Diseños <i>amigables</i> que permitan confort y bienestar
5.2. Personalizar y hacer de la habitación un espacio propio
5.3. La apertura del centro a la comunidad

Cada una de estas BBPP-clave se presentan en un formato estructurado que, pensamos, puede permitir planificar, secuenciar, reflexionar y mejorar las prácticas cotidianas. Se muestran y describen siguiendo esta estructura:

- a) **Denominación y justificación de por qué es una BP-clave.** Además de la denominación de la BP-clave se enuncian los principales motivos por los que ésta puede ser considerada de especial relevancia para avanzar en la calidad de la atención en el centro.
- b) **Una breve descripción.** Se realiza una descripción genérica e introductoria de la BP-clave para así ofrecer una primera aproximación sobre sus principales contenidos.
- c) **Los elementos básicos y actuaciones técnicas que comprende.** De modo abreviado, para cada una de ellas, se presentan las principales consideraciones y acciones que los equipos técnicos deben tener en cuenta para aplicar y adaptar esta BP en su centro.
- d) **Dificultades enunciadas y alternativas propuestas.** Se recogen las dificultades, tal y como fueron enunciadas, que los equipos han hallado o prevén al desarrollar la BP, así como las respuestas y alternativas que pueden servir para resolverlas.
- e) **Las mejoras esperadas.** Siguiendo las dimensiones del modelo de calidad de vida de Schalock se enuncian las principales mejoras esperadas en relación a éstas.
- f) **Las limitaciones en su aplicabilidad.** Se señalan las limitaciones, en caso de que existan, de aplicación de la BP. Es decir, bajo qué circunstancias o en qué casos, la BP no puede, o no deber, ser aplicada. Se trata por tanto de señalar los límites en su aplicabilidad, cuestión diferente a la de las dificultades, señalada en el epígrafe anterior.
- g) **Ejemplos en su aplicación.** Se relata algún ejemplo o caso práctico donde se concreta una aplicación de la BP en un centro.
- h) **Los principales instrumentos de apoyo.** Se citan documentos, instrumentos y medios diversos considerados de alto interés para la implementación de la BP y que pueden ayudarnos a saber más.

En esta segunda parte, también se incluyen algunos ejemplos concretos de buenas prácticas que se están desarrollando en distintos Centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia. Cada una de ellas aparece relacionada con una o varias BBPP-clave.

Estos ejemplos de BBPP son nuevas ideas o experiencias llevadas a cabo en centros que han servido para mejorar la práctica y atención cotidiana de los mismos. Se proponen a modo de ejemplos que encierran un gran valor como propuestas prácticas de buen hacer en los centros y como “pistas” a seguir.

En cada uno de estos relatos se identifica el centro y lugar donde se llevó a cabo la iniciativa. De este modo, se ofrece un abanico variado de iniciativas calificadas como buenas prácticas, que han sido llevadas a cabo con éxito por compañeros y compañeras en sus centros. A partir de su experiencia y reflexión, podemos aprender de éstas, buscar su adaptación y *replicabilidad* en los nuestros.

Estos ejemplos concretos de Buenas Prácticas específicas¹ se presentan en un formato reducido para facilitar y agilizar su lectura.

¹ Por motivos de espacio sólo presentamos algunas de las experiencias encontradas y que han sido aportadas por los profesionales que han participado en la elaboración de ésta guía, o por otros compañeros de otros centros en España. A todos ellos queremos agradecer su colaboración por compartir y dejarnos aprender de sus mejores prácticas.



Capítulo 2

Buenas Prácticas-clave

ÁREA DE MEJORA 1. EJERCICIO DE DERECHOS

1.1.

BP clave: Derecho a la información de las personas usuarias

- Porque la persona usuaria ha de seguir siendo la protagonista de su vida y tiene el derecho de poder tomar sus propias decisiones referidas a todo lo que concierne a su estancia en el Centro residencial.
- Porque tener acceso a la información relevante para cada persona es necesario para que ésta pueda desarrollar procesos propios de toma de decisiones (prevención de la heteronomía).

Esta BP se dirige a desarrollar acciones con el fin de mejorar el acceso y la transmisión de la información a las personas usuarias. La información referida tanto a cuestiones organizativas de carácter general (normas, etc.) como a todo lo que atañe a la persona en el centro y que se recoge en su Plan personalizado de atención (PPA): oportunidades de participación en actividades y relaciones, de controlar su espacio y objetos, de realizar elecciones, responsabilidades o riesgos que puede asumir, etc.).

Como elementos básicos en el desarrollo de esta BP se señalan la necesidad de profundizar en el derecho a la información como parte de la relación asistencial, la sistematización de la información de la Residencia, el poder asegurar que ésta sea conocida y accesible para las personas usuarias (adaptada a las competencias, características y demandas de cada persona) y, por último, las actitudes profesionales necesarias para su desarrollo.

Hacer posible el derecho a la información de la persona usuaria (y/o de su familia, según cada caso) es un aspecto esencial para el ejercicio de otros derechos fundamentales de las personas.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo en el Centro residencial de una buena práctica dirigida a garantizar el acceso a la información relevante para las personas usuarias, deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Considerando el derecho a la información como un aspecto esencial de la calidad de vida y, por tanto, de toda relación asistencial

Además de avanzar en la mejora de aspectos más instrumentales para el desarrollo de esta BP, es necesario que todo el personal de la Residencia revise sus actitudes, estereotipos y creencias acerca de los derechos de las personas usuarias de su recurso, y en especial al de la información. Deberemos hacer hincapié en que este derecho a la información se refiere a todas las dimensiones de la persona, a todas las personas usuarias y que nos afecta a todos los profesionales. El derecho a saber y a actuar son aspectos esenciales en la calidad de vida de las personas y, si ésta es la meta de la relación asistencial, no podemos obviar nuestra responsabilidad en que sea posible y real el derecho a la información en los centros.

Recordar que los derechos acompañan a las personas hasta el final de su vida, incluso en situaciones de enfermedad, de dependencia o heteronomía. Lo que puede cambiar es el modo de hacerlos valer, si no es directamente con la persona, será por medio de su familia o representante legal. En cualquier caso, nuestro papel ha de ser siempre el de facilitar el ejercicio de este derecho, lo que implicará abordar las no pocas dificultades, incluso conflictos éticos, que puedan aparecer.

b) Sistematizando la información mediante soportes escritos y dando a conocer la documentación principal de la Residencia

Una cuestión previa y fundamental para garantizar el derecho a la información de las personas usuarias es que desde el centro se disponga de la principal documentación sistematizada, recogida por escrito, y que ésta esté disponible y accesible para las personas usuarias. Algunos documentos como los siguientes resultan imprescindibles:

- Plan de intervención o funcional del Centro residencial.
- Cartas de servicios con los compromisos de calidad.
- Carta de derechos y deberes de las personas usuarias concretados en la vida cotidiana en el centro.
- Normativa de régimen interno.
- Planes personalizados de atención.

Es fundamental que las personas conozcan esta documentación, dónde se recoge, cómo acceder a ella y cuáles son sus principales usos. El profesional de referencia deberá encargarse de todo ello procurando que esta documentación resulte conocida y accesible para la persona y su familia. Se trata de evitar que la información sólo esté disponible para los profesionales o se conciba como algo ajeno e inaccesible para las personas.

c) Adaptando la información a cada persona usuaria

La información debe estar adaptada a cada persona usuaria en función de sus competencias, intereses, preocupaciones y demandas. Para ello es recomendable contemplar las siguientes acciones:

■ Detección de las necesidades de información

Es necesario detectar y registrar las necesidades de información de cada persona usuaria. Debemos anotar cuales son sus demandas informativas, sus expectativas, sus intereses, qué preocupaciones tiene y qué respuestas de información solicita sobre las mismas. Todo ello deberá constar en el soporte documental del PPA de la persona.

Los profesionales de atención directa de la Residencia han de estar atentos a las posibles demandas de información de la persona usuaria. Es importante valorar la tipología de información que se demanda ya que ésta puede ser referida a:

- **Informaciones genéricas**, de funcionamiento de la Residencia, actividades y oportunidades, etc.
- **Informaciones personales**, relativas a su entorno, a su familia, a la muerte de algún familiar o compañero, aspectos relativos a su estado de salud (diagnósticos, pronóstico, oportunidades de rehabilitación, posibilidad de aceptar o rechazar tratamientos, etc.), al desarrollo de su PPA, a sus cuidados personales, al manejo y control de sus enseres y objetos, etc. Esta información está destinada a la propia persona usuaria y no a su familia.

En ambos casos debemos respetar la confidencialidad y el espacio de intimidad ante las expectativas y respuestas que vayamos a dar a la persona usuaria. Es necesario facilitar y motivar a la persona para que pueda, si lo desea, utilizar la información de que dispone en la toma de decisiones. Es conveniente promover, por tanto, su *usabilidad*. Así pues, deberemos respetar las decisiones que tome la persona a partir de la información recibida y comprendida.

■ Valoración sobre qué cuestiones informar

Las **personas con competencia** suficiente para recibir información (capacidad de autonomía preservada) deben ser siempre informadas de todos los asuntos que les conciernan.

En el caso de **personas con limitaciones en su autonomía**, el equipo deberá adaptar la información a las capacidades de la persona y del entorno. En estos casos el equipo interdisciplinar debe evaluar qué información debe ser dada a la persona usuaria, siempre desde una perspectiva ética y sin afán de esconder información.

En **personas con más heteronomía** ante las informaciones genéricas podremos dar respuestas con inmediatez, mientras otras informaciones más delicadas deberán ser valoradas por el equipo, buscando siempre la forma de comunicación más adecuada evaluando su idoneidad así como las consecuencias de proporcionarla.

Sin minusvalorar el derecho de la persona a la información y a tomar sus decisiones, en el caso de estas personas deberemos sopesar criterios como:

- Las competencias para recibir la información en concreto (capacidad cognitiva para comprender lo que dicha información requiere o supone).

- Su impacto en la persona (afrontamiento emocional) valorando, por ejemplo, el nivel de angustia que puede generar dicha información a la persona usuaria.
- La gravedad de las consecuencias que puede generar un mal uso de dicha información por parte de la persona usuaria (situaciones de seguridad, anímicas, de comportamiento).

■ **Desarrollo, en caso de que sea necesario, de sistemas de adaptación del lenguaje a las necesidades de la persona**

Los documentos deben ser desarrollados en lenguajes accesibles para las personas usuarias, desarrollando sistemas de adaptación o traducción de dicha información a las personas usuarias con capacidades diferentes. Esta adaptación puede realizarse mediante sistemas de comunicación aumentativa, comunicadores u otros sistemas personalizados de comunicación.

Los profesionales del centro deben conocer y adaptar el sistema de comunicación más idóneo para cada persona usuaria asegurando que la información se transmite y es comprendida por ésta.

■ **Información a la persona usuaria**

La información debe realizarse de una forma personalizada, garantizando la privacidad y confidencialidad y desde la escucha y empatía.

El equipo debe definir un espacio de intimidad para transmitir la información donde se garantice la privacidad, y por supuesto, la confidencialidad.

No podemos recibir demandas ni transmitir información en espacios públicos como pasillos, salas generales, etc. Este aspecto de privacidad es de gran importancia ya que generar un espacio específico para hablar de dichas expectativas nos permite transmitir a la persona usuaria nuestra actitud de escucha.

Es imprescindible recordar que la información es una herramienta básica para el auto-gobierno, para el mantenimiento del *rol adulto* en las personas mayores, por lo que favorecer y aceptar las decisiones de las personas ha de ser entendido por los profesionales y los familiares como una consecuencia natural del derecho a la información.

d) Competencias profesionales para el desarrollo de la buena práctica

El personal deberá conocer el marco ético-legal que asiste a la persona usuaria y las consecuencias que tiene en el manejo cotidiano de la información de la persona, así como su derecho a la misma.

Aunque en todo el personal son necesarias ciertas habilidades y actitudes en relación a la comunicación con las personas usuarias (como la empatía y la escucha activa) serán aquellos que tienen más contacto con la persona, quienes suelen informarle de las cosas (sean buenas o malas noticias) y quienes deberán disponer de más competencias específicas para ello.

Para estos profesionales, además de la mencionada empatía y capacidad de escucha activa, es esencial demostrar un gran respeto por la persona usuaria que incluye no minusvalorar sus capacidades o derechos, preservar la confidencialidad y ofrecerle realmente la información que desea y a la que tiene derecho. Ello supone respetar sus deseos (incluso cuando no son los nues-

tros ni los de la lógica de la organización) y evitar actitudes que interpreten o juzguen las decisiones tomadas a partir del conocimiento de la información.

Estos profesionales deberán afrontar dificultades referidas a cómo hacerlo con cada individuo y en cada momento de su proceso de vida: deberemos mejorar nuestras competencias para identificar si desea o no saber, y cuándo hacerlo –valorar la idoneidad del momento–, el estilo de comunicación necesaria para hacerlo adecuadamente, cómo dar malas noticias y acompañar a la persona en este proceso, etc.

Como vemos, al afrontar estos niveles de información entran en juego tanto las dimensiones racional y emocional en los profesionales (todos ellos vinculadas al concepto de *counseling*), que deberemos empezar a considerar y a reconocer para mejorar nuestra competencia en este ámbito.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Dificultad de los profesionales para comprender las peticiones y demandas de las personas usuarias

Respuestas y alternativas propuestas:

- Desarrollar acciones formativas y de sensibilización sobre habilidades de comunicación y estrategias de escucha activa y relación de ayuda dirigidas a los profesionales de atención directa.
- Desarrollar un registro de necesidades de información expresadas por parte de la persona usuaria: información relacionada con aspectos genéricos o de funcionamiento general de la Residencia y aspectos de su persona: intereses, expectativas, relaciones familiares, deseos y derechos.
- Incorporar las necesidades o demandas de información en el Plan personalizado de atención.

b) Dificultad de los profesionales para aceptar las decisiones de las personas usuarias a partir de que disponen de información

Respuestas y alternativas propuestas:

- Desarrollar acciones formativas y de sensibilización sobre derechos de la persona (marco ético-legal), empatía e identificación –¿te gustaría si tú fueras ella que...?–.
- Incorporar las demandas y necesidades expresadas por las personas para hacer elecciones en su PPA.

c) Dificultad de adaptar y personalizar lenguajes a cada persona usuaria (máxime las que presentan mayor heteronomía)

Respuestas y alternativas propuestas:

- Evaluar las capacidades de las personas para recibir y comprender la información.

- Adoptar estrategias personalizadas (sistemas de comunicación alternativa, comunicadores personalizados, lenguaje de signos, táctil, etc.).
- Emplear espacios adecuados y personalizados para la comunicación y relación con las personas.

d) Intromisión de la familia en el derecho a la información de la persona usuaria

Respuestas y alternativas propuestas:

- Partir de una valoración de las capacidades de la persona usuaria para recibir información.
- Definir estrategias de trabajo con la persona usuaria y con su familia estableciendo límites si es preciso.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a garantizar el acceso a la información relevante para las personas usuarias, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Al aumentar la información, favorecemos la autonomía de la persona.
- Optimiza las oportunidades de dominio del entorno y el control de vida e impulsa procesos de autodeterminación.

Se mejora el bienestar emocional

- Disponer de información permite que las personas controlen muchos momentos y aspectos que forman parte de su vida cotidiana, y con ello les transmitimos seguridad y tranquilidad.
- La mejora de la autoestima produce un mayor bienestar. Facilitando la toma de decisiones y el ejercicio de la autonomía moral generamos satisfacción personal, lo cual reporta grandes beneficios para la autoestima de las personas.
- Se transmite también bienestar a los propios profesionales ya que les permite conocer mejor las necesidades y expectativas de la persona usuaria, así como registrar sus demandas, lo que abre vías hacia una mayor comprensión de ésta.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- La persona usuaria, al sentirse respetada y tenida en cuenta, experimenta mejoras. Cuando nos sentimos escuchados y entendidos por los demás, se favorecen la interacción y las relaciones de complicidad.

Se protegen derechos

- Al llevarse a cabo desde el respeto a la privacidad y con garantía de confidencialidad favorece la intimidad, la dignidad y el derecho a decidir por uno mismo.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier usuario/a y familia. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Resulta una BP óptima para las personas que tienen una buena capacidad de comprensión. En el caso de las personas con deterioros cognitivos importantes, esta BP deberá ser desarrollada a través de la familia o de personas de la red social que asuman la representación o el rol de acompañar a la persona.

Principales instrumentos de apoyo

- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Carta de derechos y deberes de las personas que viven en Residencias del Principado de Asturias*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Asturias apoya. Para encontrar la residencia que se convierta en el nuevo hogar*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- Consejería Asuntos Sociales del Principado de Asturias (2002). *Plan de intervención en Residencias*. Colección Documentos política social nº 13, Oviedo, Consejería de Asuntos Sociales.
- Caixa Catalunya. *Mis derechos del mañana. Manual de los derechos y deberes de las personas mayores* (en catalán) en <http://obrasocial.caixacatalunya.es/osocial/idiomes/1/publicacions/DretsGentGran.pdf>
- Blázquez Martín, Diego (2006). *Los derechos de las personas mayores*. Universidad Carlos III. Madrid, Dykinson.
- Martí, J. y Bermejo, L. (2009). "Programas para el ejercicio de los derechos ciudadanos". Bermejo, L. (Dir.) *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con mayores: Guía de Buenas Prácticas*. Madrid, Panamericana (en prensa).
- <http://www.humanizar.es>
- Carta de servicios.
- Plan general de intervención del Centro residencial.
- Reglamento de régimen interior del centro.
- Folletos informativos de la Residencia.

ÁREA DE MEJORA 1. EJERCICIO DE DERECHOS

1.2.

BP clave: Autonomía y toma de decisiones por parte de la persona usuaria

- Porque es necesario ampliar las oportunidades y diversificar los cauces disponibles para que las personas puedan hacer uso de sus derechos y libertades en nuestros recursos.
- Por que es necesario promocionar la autonomía de las personas para las que trabajamos y ello nos obliga a revisar nuestra forma de actuar de modo que ésta sea compatible con el empoderamiento de las personas usuarias.

Esta PB busca aumentar nuestro interés y compromiso en relación a los derechos de las personas en situación de dependencia y/o heteronomía.

Esta BP habla de cómo diseñar oportunidades para que cada persona pueda, en la medida de sus capacidades y deseos:

1. elegir entre varias alternativas, opciones o propuestas;
2. planificar y realizar alguna actividad individual;
3. participar en estructuras de participación grupal (más o menos formales) aportando su punto de vista.

Independientemente del grado de apoyo o ayuda o de su situación de dependencia y/o heteronomía, es imprescindible reconocer y hacer posible el ejercicio de derechos de todas las personas usuarias de las Residencias. Ello supone darles oportunidades de desarrollo personal y de empoderamiento (partiendo siempre de sus características -dimensiones de capacidad personal- y deseos) y definiendo los apoyos que necesiten para ello.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo en la Residencia de una buena práctica dirigida a fomentar la autonomía y la toma de decisiones por parte de las personas usuarias, deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se proponen.

a) Difundiendo los derechos y deberes de las personas usuarias

Debemos planificar procesos mediante los cuales difundir y mejorar el grado de conocimiento de la Carta de derechos y deberes y promover su utilización de la misma por parte de las personas usuarias y/o de sus familias.

Será necesario desarrollar soportes documentales que informen y los expliquen convenientemente, así como trabajar desde formatos grupales (charlas, coloquios, etc.).

Es necesario distinguir si la persona en situación de dependencia:

- No conoce sus derechos y deberes y tampoco puede llegar a conocerlos (grupo A).
- No conoce sus derechos y deberes pero puede llegar a conocerlos: a su vez, deberemos diferenciar si la persona puede ejercerlos por sí misma o necesita apoyos o adaptaciones para ello (grupo B).

En el caso de las personas que se encuentren entre el grupo A, las acciones se orientarán hacia sus familiares o representantes legales. Para las personas que consideremos en el grupo B deberemos diseñar las acciones para mejorar su conocimiento y adaptar nuestra organización para que puedan ejercerlos, aunque necesiten ayuda para ello.

b) Analizando si nuestras Residencias promocionan la autonomía personal

Se trata de realizar un análisis y elaborar una propuesta de mejora en el equipo, de modo que se propicie el ejercicio de la autonomía moral y, por tanto, se mejore la calidad de vida de las personas usuarias.

Para ello deberemos analizar:

- Las **estructuras de participación**, valorando en qué medida ofrecen o no oportunidades reales de implicación en la toma de decisiones de las personas usuarias o qué barreras llevan implícitas.
- Las **actitudes y hábitos de trabajo del personal**, sus costumbres, para comprobar en qué medida permiten desarrollar procesos de empoderamiento de las personas usuarias.

c) Ofreciendo oportunidades y apoyando la toma de decisiones de las personas usuarias

Para ello será necesario llevar a cabo actuaciones como las siguientes:

- **Incluir en los PPA la promoción de la autonomía personal y estrategias facilitadoras para la toma de decisiones:**

- Definiendo estrategias para facilitar que las personas usuarias tomen decisiones referidas a su persona y a su vida.
- Estableciendo ámbitos de decisión específicos adaptadas a cada persona y siendo éstos recogidos en su PPA. Deben establecerse oportunidades para la toma de decisiones vinculadas a la gestión de su vida (el cuidado de uno mismo, de sus objetos y espacios y otras decisiones de su vida). En los procesos asistenciales y en el tipo de apoyo y/o cuidados debemos contemplar siempre la opinión y preferencias de la persona.
- Estableciendo pautas específicas al respecto que vinculen a todos los profesionales para lograr la coherencia cierta interna imprescindible y den consistencia a los Planes personalizados de atención. El equipo debe buscar formas de trabajo (criterios de realización profesional) que promuevan la autonomía de los usuarios. Debe identificar pautas para cada persona usuaria que resulten adecuadas, registrarlas, compartirlas y obligar a todos a su cumplimiento.
- Planificando el seguimiento y la evaluación de la promoción de la autonomía en las personas usuarias.
- Conociendo, registrando y compartiendo la información referida a las preferencias fundamentales de la persona usuaria. Para ello puede ser de interés utilizar los instrumentos de apoyo del PPA mencionados en la BP-clave 4.2.

■ **Hacer consciente a la persona de sus decisiones y capacidades**

Siempre es conveniente mostrar a la persona que es capaz de hacer elecciones, es decir, contribuir a que sea consciente de su capacidad y se perciba competente.

Deberemos mantener informada a la persona usuaria sobre los aspectos esenciales del Centro residencial y de los que le afecten especialmente, con el fin de que pueda utilizar esta información si así lo desea.

■ **Evaluar el proceso de empoderamiento de la persona**

Dentro del PPA, y como parte del proceso de seguimiento y evaluación es deseable analizar, si es posible con la propia persona, su proceso de empoderamiento; haciendo visibles y conscientes dificultades y errores, reforzando aciertos y promoviendo mejoras para avanzar en este proceso.

■ **Desarrollar instrumentos de apoyo que refuercen el reconocimiento de sus derechos**

Destacan por su valor: los Diez mandamientos, la Historia de valores² y los Consentimientos informados.

El Consentimiento informado debe realizarse en los momentos de la vida y decisiones importantes de la persona en el recurso:

- Consentimiento de su acceso y permanencia en el Centro residencial.
- Consentimiento referido a su Plan personalizado de atención.
- Consentimiento referido a la participación de la familia en su PPA.

- Consentimiento referido al acceso de otras personas (visita de familiares, conocidos, etc.).
- Consentimiento referido al acceso a su información personal por parte del equipo, etc.
- Consentimiento referido a la aplicación de contenciones físicas.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Miedo al empoderamiento real de las personas usuarias y a las situaciones que ello implicaría

Respuestas y alternativas propuestas:

- Capacitación específica y desarrollo de empatía.
- “Aprender haciendo”, trabajando y compartiendo en equipo estas vivencias.
- Empezar a desarrollar estos procesos con los casos menos complejos y que pueden beneficiarse más con ello (con resultados más visibles).
- Evidenciar y compartir avances y logros. Valorar nuestro nuevo rol.

b) Falta de conocimiento de carácter jurídico o de derechos de las personas usuarias

Respuestas y alternativas propuestas:

- Desarrollar acciones que mejoren la sensibilidad, que logren la publicación y visibilidad de los aspectos jurídicos y normativos y evidenciar su importancia.
- Analizar las praxis cotidianas vinculándolas a los derechos de las personas.

c) Ausencia de cultura institucional sobre los derechos, deberes y posibilidades de tomar decisiones por parte de los usuarios

Respuestas y alternativas propuestas:

- Revisar aspectos normativos (reglamentos) y las forma de trabajar en relación a su capacidad para ser estrategias de empoderamiento de las personas usuarias.
- Desarrollar repertorios (criterios de realización) más empoderadores.

d) Dificultades para ofrecer apoyos/ayudas de forma personalizada y que empoderen

Respuestas y alternativas propuestas:

- Diseñar PPA que incluyan la promoción de la autonomía y la prevención de la heteronomía como objetivos esenciales.
- Incluir este objetivo en la agenda y en las reuniones del equipo.
- Hablar de ello con familiares y personas usuarias.

² A estos dos instrumentos nos referimos en otros ejemplos breves de BBPP.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a fomentar la autonomía y toma de decisiones de las personas usuarias, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Porque ofrece oportunidades reales para que cada persona pueda decidir y actuar de forma lo más autónoma posible, independientemente de la necesidad de ayuda que requiera.
- Porque permite a la persona asumir ciertos niveles de riesgo calculado.
- Porque permite que la persona mejore aspectos cotidianos de su vida diaria que le resulten importantes (plantearse objetivos, qué quiere hacer, con quién sentarse, relacionarse, -incluida su familia-, la gestión de sus enseres y espacios personales, flexibilizar algo los horarios, etc.).

Se mejora el bienestar emocional

- Porque favorece la expresión de ideas, necesidades y deseos y mantiene la vivencia de control personal.
- Porque reconoce el derecho del otro a ser *uno mismo* y *humaniza* la atención (minimiza los efectos de la institución).

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Porque desde la libertad (al no obligar a compartir o a convivir con quien no se desea, por ejemplo) es más sencillo fomentar vínculos afectivos de mayor calidad e intensidad.
- Porque si a uno le reconocen, es más sencilla la participación en entornos grupales y la cooperación entre personas usuarias y trabajadores.

Se fomenta el desarrollo personal

- Porque la persona comprueba que es tenida en cuenta, que su opinión sirve y es considerada.

Se protegen derechos

- Porque favorece que las personas ejerzan sus derechos en procesos estables y coherentes de empoderamiento individual y grupal.
- Porque promueve, dentro del marco organizativo y limitaciones imprescindibles de la institución, el ejercicio de la libertad individual, privacidad, intimidad y la dignidad de las personas.
- Porque busca mejorar la calidad asistencial basándola más en favorecer que las personas logren sus propios objetivos (planificación centrada en la persona) que en lograr metas institucionales.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier usuario/a y familia. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Ejemplo

Isabel tiene 92 años y una fuerte personalidad. Vivía en su casa de toda la vida, en un pueblo cercano al Centro residencial. Vivía sola y se mantenía gracias al apoyo de los Servicios Sociales Municipales y la ayuda de alguna vecina. No obstante, las dificultades de accesibilidad de la vivienda, el cada vez más escaso apoyo familiar y el aumento de su fragilidad influyeron en que finalmente Isabel ingresara en la Residencia.

Desde el primer momento el ingreso en Residencia constituyó una situación angustiosa para Isabel, que rechazaba sistemáticamente cualquier intento del equipo por integrarla en la vida cotidiana de la misma: “¿Por qué nadie entiende que yo lo único que quiero es poder morir en mi casa de toda la vida?”.

Durante los dos meses que estuvo en ese momento en la Residencia el debate en el equipo era constante ¿qué debemos hacer?, ¿debemos respetar su voluntad y que asuma el riesgo de vivir de nuevo sola o tratamos de convencerla para que continúe con nosotros?

Pero Isabel decidió lo que la mayoría pensábamos que era peor para ella: regresó a su pueblo.

A la semana siguiente pidió volver a la Residencia para estar sólo una temporada, hasta que se le bajase la hinchazón de las piernas.

A partir de ese momento Isabel no ha vuelto a dejar la Residencia. Y nosotros hemos tratado de hacer posible la necesidad que tiene de mantener, al menos en parte, su estilo de vida anterior. También continuar vinculada a su pueblo. Por ello se le asignó una señora voluntaria del Centro social de personas mayores que desde entonces le acompaña a hacer gestiones o compras. Además una vez al mes van hasta su pueblo, da una vuelta a su casa, charla con los vecinos, comprueba que todo está bien. Y vuelve tranquilamente de nuevo a la Residencia. Isabel lleva ya cuatro años en la Residencia.

Este año, y por primera vez, Isabel ha decidido apuntarse a todas las excursiones.

Principales instrumentos de apoyo

- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Carta de derechos y deberes de las personas que viven en Residencias del Principado de Asturias*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.

- Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias (2003). *Principios y recomendaciones para favorecer el ejercicio de los derechos y la participación social de las personas con discapacidad. Afortunadamente divers@s*. Oviedo, Consejería de Vivienda y Bienestar Social.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/F. Aequitas (2006). *Manual elemental de derechos de las personas mayores*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Moya, A. (2006). "Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética". Madrid, Portal de Mayores. *Informes Portal Mayores*, nº 55. Lecciones de gerontología, VII (Fecha de publicación 9/06/2006). <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/moya-reflexiones-01.pdf>
- Normativa de reglamento interno.
- Documentos de Consentimiento informado.

ÁREA DE MEJORA 1. EJERCICIO DE DERECHOS

1.3.

BP clave: Conciliar la seguridad de la persona y el derecho a su autonomía

- Porque el ingreso en una Residencia no puede implicar para la persona usuaria la pérdida o una importante merma en sus derechos ciudadanos, tales como la libertad y el ejercicio de su autonomía moral.
- Porque la lógica responsabilidad de la institución y la necesidad de proporcionar espacios seguros debe combinarse con permitir a las personas asumir riesgos calculados. Vivir siempre implica riesgos.
- Porque la sobreprotección genera en las personas dependencia y heteronomía.

Esta BP se dirige a lograr que las Residencias sean verdaderamente lugares de vida en los que exista un equilibrio entre los cuidados y la seguridad necesaria y los espacios de libertad y de desarrollo personal que hagan a la persona la vida agradable y digna.

Por ello, es necesario por una parte proporcionar un entorno seguro capaz de prevenir riesgos o accidentes causantes de problemas de salud, psicológicos o emocionales, pero también lograr un entorno digno, es decir, que permita a la persona su desarrollo personal, tomar decisiones, ser autónoma y asumir la responsabilidad de sus actos.

Esta BP pretende individualizar la relación entre la persona y la institución, de forma que sea la organización la que trate de adaptarse a la persona y no al contrario; promoviendo y priorizando objetivos relacionados con su calidad de vida (como el bienestar y la autonomía moral).

En esta BP se señalan acciones como la necesidad de identificar los riesgos para la seguridad de cada persona, la importancia del desarrollo de entornos seguros y adaptados, la valoración de beneficios/riesgos para cada una de las opciones o el imprescindible consenso con la persona usuaria y su familia en las decisiones que impliquen cierto riesgo.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo en la Residencia de una buena práctica pensada en lograr un equilibrio entre la seguridad de la persona, su bienestar y el derecho a la autonomía, deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Concienciando sobre la necesidad de conciliar seguridad y promoción de la autonomía

Es fundamental que en la Residencia y en todos sus agentes (personas usuarias, familias y profesionales) no se instale la primacía de la seguridad frente a la promoción de la libertad y bienestar de la persona. Para ello será necesario **informar, sensibilizar, orientar y formar no sólo a los propios profesionales de la Residencia sino a las familias y a las personas usuarias**. Un consenso en el equilibrio de objetivos seguridad/promoción de la autonomía es básico para avanzar y evitar posibles conflictos en caso de incidentes.

La inclusión de la promoción de la autonomía personal como un objetivo necesario en el PPA de la persona es algo que debe estar siempre presente y debe ser destacado. Este objetivo debe tener un peso importante en la intervención y no estar supeditado a priori siempre que se perciba un mínimo riesgo en la seguridad de la persona.

b) Creando entornos seguros y adaptados

El centro debe proporcionar un entorno adaptado de modo que se minimicen los riesgos para la seguridad de las personas usuarias a la par de facilitar desempeños conductuales independientes y autónomos. Para ello cabe destacar varias acciones a llevar a cabo con carácter general en la Residencia por parte de los equipos:

- **Desarrollo de medidas ambientales concretas para facilitar la seguridad, el bienestar y el confort de las personas usuarias.** Para ello, se recomienda consultar el listado de recomendaciones relacionada con este tema que se encuentra en los anexos de la guía.
- **Análisis de las opciones y apoyos que la Residencia puede ofrecer** a las personas en diversos ámbitos (relaciones, actividades, gestión de su cuidado e imagen personal, de sus espacio y propiedades, etc.) donde habitualmente se ve comprometida tanto su seguridad como su autonomía y bienestar, con el propósito de avanzar con acciones prudentes.
- **Elaboración de protocolos de actuación en situaciones complejas o de emergencia** (pérdida de la persona usuaria, caídas, atragantamientos, crisis epilépticas, conductas agresivas...). El conocimiento y adiestramiento del personal en los mismos, transmitirá confianza no sólo a los propios profesionales sino a las personas y familias, sabiendo que en caso de acontecer ciertos incidentes o accidentes (inevitables en los centros en todos los casos, y especialmente cuando se orienta hacia la promoción de la autonomía) el equipo está preparado y actuará de una forma planificada y certera.

c) Valorando a cada persona en su entorno y consensuando decisiones

Conocer a cada persona usuaria, identificar los posibles riesgos relacionados con su seguridad en el centro, así como buscar las alternativas para un desarrollo máximo de su autonomía y de su bienestar resulta fundamental para tomar decisiones prudentes en cada caso que combinen y equilibren estos objetivos.

El objetivo no debe ser otro que buscar y tomar decisiones consensuadas que logren equilibrar la seguridad, la autonomía y el bienestar emocional de cada persona usuaria.

Esta evaluación e intervención personalizada conlleva, al menos, las siguientes actuaciones:

- Evaluación en cada persona en sus dimensiones de capacidad personal (autonomía e independencia).
- Identificación y análisis de las **opciones que la Residencia puede ofrecer** para la auto-determinación de la persona en los diversos ámbitos (relaciones, actividades, gestión de su cuidado e imagen personal, de sus espacio y propiedades, etc.). Incorporación de este análisis en los objetivos del PPA de cada persona usuaria.
- Identificación de las principales situaciones de riesgo que comprometen o pueden comprometer su seguridad y bienestar en el Centro residencial. Se trata de detectar no sólo las situaciones que generen riesgo (de caída, de atragantamiento, de perderse...) sino aquellas situaciones que generan malestar (sujeción mecánica, evitación de la libre deambulacion...).

A su vez, para cada una de las situaciones de riesgo identificadas, deberemos:

1. Realizar un análisis riesgos/beneficios de las medidas o actuaciones actuales.
2. Elaborar una nueva propuesta que mejore los beneficios/riesgos actuales en las distintas dimensiones: seguridad, autonomía y bienestar.
 - Estableciendo unos márgenes *de desarrollo seguros adaptados a cada persona*, en los que se permitan posibilidades de elección y bienestar para la persona, pero garantizando la prevención de riesgos no asumibles.
 - Identificando el aumento de la heteronomía, de dependencia y el malestar que pueden producir nuestra propuesta/s.
 - Diseñando medidas que combinen protección y autonomía, que se puedan ir adaptando en caso de necesidad o cambios en la persona.
3. Participación de la persona (y/o su familiar cuando corresponda) en la definición y aceptación de estas medidas. Será preciso el consenso y recabar por escrito su conformidad y su asunción de riesgos, llevando a cabo esta información mediante el procedimiento del Consentimiento informado. Cuando la persona presente un deterioro cognitivo importante, y sean sus familiares y el equipo quienes deban hacer la esta toma de decisiones, debemos tratar de tener presente las preferencias y valores de la persona que ahora no puede elegir.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Sistemas organizativos y procedimientos de trabajo que limitan innecesariamente la autonomía de las personas usuarias

Respuestas y alternativas propuestas:

- Revisión de los reglamentos de régimen interno o de las formas de trabajo para situarlos en sintonía con la Carta de derechos y deberes de las personas usuarias.

b) Falta de sensibilidad de los profesionales. Hábitos y actitudes de exceso de control, primacía de la seguridad frente a la autonomía de las personas usuarias

Respuestas y alternativas propuestas:

- Formación y sensibilización en aspectos éticos con una perspectiva práctica (con ejemplos que ayuden a identificar estas actitudes y comportamientos).
- En las reuniones de equipo, buscar alternativas que aumenten posibilidades de autonomía en las personas.

c) Desconocimiento de la capacidad o interés de la persona usuaria (y/o de su familia si procede) por desarrollar su autonomía y/o asumir riesgos

Respuestas y alternativas propuestas:

- Facilitar la comunicación con las personas residentes.
- Ofrecerle alternativas adaptadas a sus características y preferencias.
- Sensibilizar y formar.

d) Dificultad para tener la opinión de la persona usuaria

Respuestas y alternativas propuestas:

- Facilitar el conocimiento y participación de la familia para desarrollar su autonomía y/o asumir riesgos razonables.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a conciliar la seguridad de la persona con el derecho a su autonomía y su bienestar, se logra avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Ya que facilita la posibilidad de decidir y actuar de forma autónoma, al margen de la necesidad de ayuda que la persona pueda requerir para hacerlo. Se recupera el derecho a asumir ciertos niveles de riesgo calculado.

- Porque mejoran aspectos cotidianos de su vida diaria importantísimos para las personas usuarias: con quién sentarse, relacionarse, algunas flexibilidades de horarios, el clima de convivencia, la gestión de los enseres personales (ropa, espacios con objetos propios, etc.).

Se mejora el bienestar emocional

- Favorece la vivencia de control personal y la expresión de necesidades y deseos. Minimiza las condiciones que generan malestar personal y conflictos de convivencia. Personaliza la comunicación y relación asistencial y la intervención profesional. Reduce los efectos de la *institucionalización*.
- Porque cuando mejora la autonomía se genera bienestar. Se facilita la toma de decisiones, y esta autonomía moral conlleva satisfacción personal y mantiene o mejora la autoestima de las personas.

Se propicia el desarrollo personal

- De las personas usuarias al comprobar que es tenida en cuenta, que su opinión es considerada.
- De sus familiares al comprobar que su familiar está en una Residencia que le consideran como persona y se le trata con respeto a su dignidad.
- De los profesionales, al asumir de modo compartido los riesgos posibles –mayor tranquilidad y satisfacción– por ver que el usuario (y/o la familia) están conformes con la decisión toma. Mejora en su desempeño profesional al mejorar la calidad de vida de la persona. Dignifica la profesión.

Se protegen derechos

- Porque favorece el ejercicio de la autonomía proporcionando empoderamiento individual.
- Promueve, dentro del marco organizativo y limitaciones imprescindibles de la organización, el ejercicio de la libertad individual, de la intimidad/privacidad y de la dignidad personal.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier usuario/a y familia. En ocasiones el ejercicio de la autonomía de alguna persona entra en conflicto con el bienestar o seguridad de otras personas usuarias. En esos casos imprescindible buscar la armonización de los derechos de todas las personas usuarias.

Ejemplo

Petronila, (Petra para todos) es una señora de 80 años, con un ligero deterioro cognitivo, algún problema de marcha y muchos problemas de integración en la Residencia a la que llegó hace 3 meses. Se niega a participar en casi todos los programas y actividades de la misma. Su hija y su

nieta demandan continuamente que Petra participe y al personal le causa mucha frustración su *no participación*. Petra sólo quiere pasear por el patio central, que es común al Centro social y al Centro de día y por donde pasan muchas personas con las que ella habla. Le gusta controlar los clientes de la peluquería y dar frecuentes paseos al baño. Como presenta cierto riesgo de caídas, se disuade que salga y se le intenta convencer que se quede en las salas donde se realizan actividades.

Decidimos reorientar nuestra forma de actuación. Tras reunirnos el equipo con Petra rediseñamos los objetivos:

- Lograr que Petra se sienta a gusto en la Residencia, facilitar que se relacione con las personas que ella quiera (que son claramente, las del Centro de día y las del Centro social).
- Programar actividades de reeducación de la marcha y valoración de nuevas ayudas técnicas (andador).
- Estimular que Petra haga ejercicio, y como le encanta pasear, permitir que dé paseos por el patio central (común al Centro social) y no limitar sus continuas idas y venidas al baño. Inicial supervisión por parte de un profesional.
- Ofrecernos a *trabajar* con ella los temas que le interesan, como el cálculo mental (le encanta calcular aproximadamente cuál ha sido la “caja” de la peluquería ese día, cuántas personas se han apuntado a una excursión o cuántas ha atendido ese día la Trabajadora social).

Siempre que Petra decide o hace gestos que hacen pensar que tiene interés por otras personas o actividades le ofreceremos acercarse o participar.

Por supuesto, informamos a la familia de nuestra propuesta de actuación, haciendo un especial esfuerzo en que comprendan que no podemos ni debemos obligar a Petra a hacer cosas ni a relacionarse con quienes, al menos de momento, no quiere.

Se firma un acuerdo de nuevo con Petra y su familia que recoge el plan, asumiendo también los riesgos que conlleva una mayor movilidad.

Principales instrumentos de apoyo

- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Carta de derechos y deberes de las personas que viven en Residencias del Principado de Asturias*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- Web del Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas. www.ceapat.org
- Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo del Principado de Asturias. *Seguridad en el hogar*. (CD-Room). Oviedo, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
- Moya, A. (2006). “Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética” Madrid, Portal de Mayores. *Informes Portal Mayores*, nº 55. Lecciones de gerontología, VII (Fecha de publicación 9/06/2006). <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/moya-reflexiones-01.pdf>
- Gracia, D. (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, EUEMA, 1991.
- Prat Puigdengolas, F. (2008). *Bioética en residencias*. Barcelona, Sal Terrae.

ÁREA DE MEJORA 1. EJERCICIO DE DERECHOS

1.4.

BP clave: Respeto a la privacidad e intimidad en los cuidados personales y en el aseo

- Porque respetar la privacidad e intimidad en los cuidados personales, propiciando un espacio de atención personalizado y humanizador, da valor a la dignidad de la persona. No cuidar estos aspectos en la relación de ayuda degrada y expresa menosprecio hacia la persona usuaria.
- Porque en el cómo realizamos estos apoyos o cuidados personales demostramos la calidad en la atención. Además de favorecer la independencia y autonomía de las personas, expresamos el respeto que nos merece el otro.

Esta BP fomenta el respeto a la intimidad y a la privacidad de las personas a la vez que permite mantener sus dimensiones de capacidad personal (independencia y autonomía).

En concreto busca personalizar los apoyos y cuidados que proporcionamos respetando los derechos fundamentales de la persona (derecho al honor, derecho a la intimidad personal y derecho a la propia imagen).

Como elementos básicos para su desarrollo de esta BP se señalan la participación de la persona usuaria en la planificación y ejecución de estas tareas; la adaptación y preparación del entorno; el cuidado de la imagen e identidad personal y las actitudes profesionales necesarias para su desarrollo.

Esta BP debe realizarse siempre, incluso con las personas más heterónomas, para proporcionar una atención digna y ética.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

El desarrollo de esta BP dirigida a garantizar la intimidad de las personas usuarias en los cuidados personales y en el aseo deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Planificando y realizando las actividades de aseo y atención personal con la persona usuaria de la Residencia

Una cuestión esencial es planificar estas actividades de aseo y cuidado conjuntamente con la persona. Su participación activa, permitiendo que opine e influya en el modo en que el profesional realiza las tareas de apoyo y/o cuidado, favorece el mantenimiento de sus capacidades y garantiza el ejercicio de sus derechos. La persona puede influir en actividades como:

- La planificación del mismo aseo, seleccionando los utensilios que va a necesitar para desarrollar dicha tarea.
- El desarrollo de las tareas, aunque sea en acciones muy simples.
- La creación de un estilo y secuencia personalizada, en la que se sienta más cómoda la persona, mediante rutinas que le proporcionen seguridad y confort.
- La elección de jabones, cremas o colonias, que procuren un espacio de bienestar y de disfrute del propio cuerpo.

b) Cuidando los entornos de modo que proporcionen seguridad, confort y privacidad

Un elemento esencial es el entorno donde se llevan a cabo dichas acciones. El aseo, el baño, los cuidados personales como vestirse y arreglarse deben poder realizarse en espacios de intimidad y seguridad. Podemos mejorar el ambiente si realizamos pequeñas acciones, que siendo de sentido común, son de vital importancia como:

- Preparar previamente el entorno de aseo para aportar sensación de confort y bienestar.
- Cerrar la puerta de la habitación y del baño para realizar el aseo.
- Preparar y disponer los utensilios necesarios de forma accesible para que la persona pueda utilizarlos del modo más natural y normalizado posible.
- Minimizar aquellos elementos estresores u otros factores externos a la situación de aseo personal que no propician el ambiente deseado (avisadores, interrupciones de otras personas, etc.).
- Propiciar factores de confort y seguridad: dar un trato respetuoso y afectuoso, indicarle e implicarle en las tareas se van realizando, preguntar sus gustos, preferencias y estimular su elección.
- Transmitir la información referida a la secuencia personalizada, y a los gustos y preferencias de cada persona entre las diversas personas involucradas en estas tareas para asegurar la continuidad en las formas de realizar los apoyos o cuidados.

c) Dando importancia a los aspectos relacionados con la imagen y la identidad de la persona

Los profesionales del centro deben recordar que cada una de las personas con las que trabajan tiene su propia idea de sí mismo, sus gustos y sus preferencias. Mantener esta identidad el mayor tiempo posible es parte de nuestro trabajo. Ello podremos facilitarlo si:

- La persona usuaria participa en la tarea de vestirse, seleccionando qué ropa quiere ponerse (así como sus complementos -pendientes, gargantillas, pañuelos, gorros, etc.-), definiendo una forma propia de vestirse y arreglarse.
- Ayudamos a romper la monotonía y fomentamos la elección de la ropa y el arreglo personal según la actividad que vaya a realizar ese día (visitas, celebraciones, salida al exterior, etc.).

d) Actitudes profesionales para el desarrollo de la Buena Práctica

Lo importante para desarrollar adecuadamente esta BP no son las tareas que deben desempeñarse sino el modo en que se desarrollan. La comunicación no verbal, las actitudes que se desprenden en la forma de hacerlo adquieren un significado especial cuando se trata de atender aspectos íntimos del cuidado personal. Es por ello que la observación, la escucha, la sensibilidad y la empatía son imprescindibles.

En estos momentos de intimidad, los profesionales deben tener especial cuidado en prestar atención a la persona y comunicarse con ella (hablándole, verbalizando acciones y secuencias para facilitarlas y por medio de la comunicación no verbal).

Es imprescindible evitar siempre:

- Hablar sobre otros temas si hay otro profesional colaborando como si la persona no estuviese ahí.
- Emplear auriculares u otros utensilios mientras le estamos prestando nuestra ayuda.
- No dirigirle la palabra.

Conocer la opinión del otro y saber ponerse en su lugar, tratarlo como nos gustaría a nosotros que nos trataran en sus circunstancias, es un buen método para ayudar a que cada profesional desarrolle las actitudes necesarias para implementar esta BP.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Falta de tiempo para realizar estas tareas adecuadamente

Respuestas y alternativas propuestas:

- Planificarlas adecuadamente (la ropa o los complementos puede prepararse la noche anterior).
- Flexibilizar horarios.
- Ser creativos.

b) Despersonalización y trabajo rutinario en las tareas de aseo y de atención personal

Respuestas y alternativas propuestas:

- Sensibilización y formación específica.
- Capacitación en técnicas específicas: secuenciación, verbalización, etc.

c) Falta de actuación común ante cada persona usuaria

Respuestas y alternativas propuestas:

- Definición de criterios personalizados y consensuados con la persona.
- Registro en el PPA y reuniones de equipo para compartirlos.
- Asignación de un profesional de referencia que conozca e informe de los cambios.

d) Excesiva variabilidad del personal de atención

Respuestas y alternativas propuestas:

- Minimizar la rotación funcional del personal por módulos o plantas.
- Establecer criterios para la atención de cada persona que sean transmitidos y cumplidos.
- Mantener un seguimiento eficaz y respetuoso por parte del profesional de referencia.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a cuidar la privacidad y la intimidad en los cuidados personales y en el aseo, se logra avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Porque al respetar su intimidad y privacidad, se brinda seguridad y capacidad real de ejercer su autodeterminación en aspectos concretos del cuidado de sí mismo y de su imagen personal.

Se mejora el bienestar emocional

- Ya que al ejercer esta autonomía en los momentos de privacidad e intimidad, se produce más seguridad y la persona se siente más relajada.
- Porque continuar pudiendo tomar decisiones respecto a la gestión del cuerpo y de la imagen personal genera satisfacción y mantiene una mejor autoestima de la persona.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Ya que si el personal de atención es estable y predecible para la persona usuaria se generan más situaciones de confianza y complicidad entre ellos en la vida cotidiana y más íntima de la persona. La persona usuaria percibe el respeto del otro en el mismo momento.

Se estimula el desarrollo personal

- Porque un buen aseo y el cuidado de la imagen propia, mantiene la identidad personal y es el mejor punto de partida para la relación con los demás.

Se favorece el bienestar físico

- Porque cuidar y disfrutar del cuerpo, sentirlo de modo agradable genera bienestar no sólo psicológico sino también físico y sensorial, y facilita unas mejores condiciones de higiene y autocuidado.

Se protegen derechos

- Ya que se respeta la intimidad, la autonomía, el derecho a la imagen y la dignidad de la persona.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier usuario/a y familia. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Ejemplo

Amparo ya ha tenido varias experiencias de que *la cuiden* en Residencias y sabe lo que no le gusta y lo que le gustaría (cómo deberían *ayudarla*, como dice ella). Como tiene la movilidad muy restringida a causa de una hemiplejía, depende de otros para su higiene.

A pesar de su dependencia, Amparo vivió bastantes años sola por voluntad propia y desarrolló estrategias para su aseo e higiene, que si bien no son frecuentes, a ella le han servido. Al preguntarle por este tema en las reuniones preparatorias del PPA se lo explica sin problemas a su profesional de referencia –Ana–, y le demuestra, orgullosa, cómo se maneja. Si le dejan todo preparado y a ella bien colocada, ella puede hacer sola su aseo íntimo, y así, como dice ella, *la chica puede ir a atender a otra que lo necesite más...*

También deja claro que no quiere llevar *pañales* y tiene una solución. Su silla de ruedas dispone de un pequeño orinal que puede usar si le entran ganas, siempre acercándose a un WC o a una zona separada de los compañeros. Inmediatamente ella va a su cuarto y retira el orinal, lo vacía y se limpia. A Amparo le gusta estar todo el día por las salas y en actividades, y no quiere estar pidiendo ayuda cada vez que necesita ir al baño, ni ponerse pañales. Aunque tenemos bastantes dudas de que el sistema sea adecuado, Ana y Amparo pactan darse una semana de prueba. La verdad es que como Amparo es muy limpia y cuidadosa (sabe hacer todo con discreción y se preocupa hasta por la posibilidad de que despidan olores...) la propuesta funciona y tras la prueba así lo dejamos. Dejando claro que si en algún momento es incómodo, no puede vaciarlo sola o asearse... que lo cambiaremos. Amparo está feliz y asegura que va a hacerlo con mucho cuidado...

Este sistema le proporciona a Amparo libertad de movimiento y también seguridad y tranquilidad, además del beneficio de saber que se hace como ella quiere.

Principales instrumentos de apoyo

- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Carta de derechos y deberes de las personas que viven en Residencias del Principado de Asturias*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- Moya, A. y Barbero, J. (2006). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

ÁREA DE MEJORA 1. EJERCICIO DE DERECHOS

1.5.

BP clave: Respeto a la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información personal

- Porque la información y los objetos personales significativos son propiedad de las personas usuarias. Los profesionales sólo pueden hacer uso de los mismos para proteger derechos y favorecer la calidad de vida de éstas.
- Porque respetar la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información y objetos personales dignifica a la persona, reforzando su identidad y capacidad de autodeterminación.

Esta BP fomenta el respeto de la privacidad de la información referida a las personas usuarias y afecta directamente a su dignidad y al derecho a la intimidad.

Esta BP pretende respetar al máximo las facultades de capacidad de autogestión de cada persona sin vulnerar sus derechos (al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen).

Como elementos básicos para su desarrollo se señala la garantía de la confidencialidad e integridad de la información personal -tanto de la emitida verbalmente, como de los datos escritos o informatizados- y el mantenimiento, por todos, del secreto profesional.

Esta BP debe realizarse siempre, también con las personas más heterónomas o en situaciones de incapacitación legal, para proporcionar una atención digna y ética.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo de esta BP dirigida a garantizar la privacidad de la información y de los objetos personales de las personas, deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Garantizando los derechos en el tratamiento de la información de las personas usuarias que viven en la Residencia

Los profesionales deberemos ser extremadamente cuidadosos y velar por la protección del derecho a la intimidad de las personas usuarias. La confidencialidad de la información obtenida de cada persona es algo exigible a todos los miembros del equipo, todos ellos sujetos a secreto profesional.

No podemos olvidar que el acceso a la historia clínica sin autorización es un delito grave castigado por el Código Penal.

Por todo ello es preciso evitar tanto la divulgación de señas personales que figuren en los expedientes o historiales como la innecesaria difusión de datos de las personas usuarias en contextos ajenos a la intervención que busca la mejora de la persona.

También deberemos asegurarnos que la persona ejerce su derecho a conocer, facilitándole la información referida a los objetivos y propuestas de intervención referidas a ella.

La persona usuaria (o en su defecto sus allegados), como titular de la información clínica o de carácter personal que le concierne, tiene derecho a determinar que no se facilite dicha información a terceras personas. Conviene que ello se someta a Consentimiento informado y quede registrado para asegurar un uso adecuado de la información recibida de la persona usuaria, o sobre la misma, garantizando confidencialidad y privacidad.

Para garantizar este tratamiento adecuado es imprescindible que en cada centro se realice por escrito un protocolo o procedimiento de trabajo que organice las formas de trabajo de la información y documentación referida a las personas.

b) Garantizando la confidencialidad en la transmisión de la información oral

Para garantizar la confidencialidad en la transmisión de la información de cuestiones personales de forma oral deberemos tener en cuenta aspectos como los siguientes:

- Cerciorarnos de que la información sea proporcionada siempre en primer lugar a la persona usuaria, y en segundo lugar, y si proced a sus familiares (en caso de presunta incapacidad) o al tutor legal en caso de incapacitación. Es importante situar el protagonismo en la persona usuaria, evitando que un uso inadecuado de su información personal con su familia o con otros profesionales menoscabe sus derechos.
- Asegurarnos de que cada tipo de información la proporcione el profesional más adecuado del equipo para ello, eligiendo cuidadosamente quién ha de ser en cada circunstancia y

persona (el profesional de referencia, un profesional específico, el director de la Residencia, etc.). También se debe cuidar utilizar los espacios idóneos de modo que garanticemos la confidencialidad y la privacidad; por ello evitaremos expresamente lugares públicos como pasillos o salas de estar de los centros para transmitir informaciones personales.

- Revisar las formas en que los profesionales hablamos de las personas usuarias y qué tipo de información nos cruzamos en las habitaciones, pasillos, salas, etc. Hemos de recordar que esta información también debe estar sujeta al derecho a la intimidad, y por lo tanto, ser emitida de forma discreta.
- Asegurarnos que no se proporciona información a otros profesionales, personas usuarios o familiares de otros usuarios o profesionales de otros recursos, si no está debidamente justificado o si la persona no lo ha autorizado.

c) Garantizando la confidencialidad en la transmisión de la información escrita

La sistematización en el registro de la información escrita es una herramienta imprescindible para la continuidad del abordaje profesional y, por tanto, de la calidad asistencial. En este sentido, es preciso que el registro de este tipo de información, de cara a garantizar la confidencialidad de la misma, contemple algunas cuestiones como:

- Hacer constar siempre las modificaciones relativas al estado de la persona, a los objetivos o a las estrategias de intervención profesional aplicadas (terapéuticas, estimulativas, de apoyo, tratamientos, etc.).
- Conocer y cumplir, por parte de todo el equipo, las normas ético-legales (como la Ley de Protección de Datos de carácter personal o la Ley General de Sanidad así como los diversos decretos o desarrollos normativos que las desarrollan) que garantizan un uso correcto de la información privada y protegen los derechos de las personas usuarias.
- Habilitar espacios adecuados para la **custodia**, así como generalizar un uso adecuado para garantizar una atención personalizada y cumplir con la normativa referida a la protección de datos personales.
- Posibilitar que cada individuo **conozca la existencia de toda la documentación que poseamos referida a su persona**. Del mismo modo, facilitar que pueda acceder y conocer su contenido proporcionándole a la misma persona usuaria (o/y a una persona delegada) y siempre en un lenguaje comprensible.
- Siempre es deseable que sea la propia persona quien guarde sus propios documentos, aunque esto sólo suele ser posible cuando la persona dispone de capacidad y de voluntad de hacerlo. Por su parte, el equipo deberá custodiar y guardar cada uno de los expedientes personales.
- La persona debe permitirnos (por medio de Consentimiento informado) el uso de esta información privada para poder prestarle la atención que precise. Su uso debe ser siempre en reuniones y contextos profesionales.
- Para poder proporcionar una adecuada intervención en las Residencias deberemos facilitar que los diversos profesionales puedan consultar la información que necesiten de forma que se trabaje de manera coordinada y complementaria. Hemos de tener siempre presente que no toda la información ha de ser conocida por todos y que el criterio de qué

información ha de ser compartida y cuál no está en relación a las competencias y responsabilidades de cada profesional en relación a la atención que se presta a la persona usuaria.

- También extremaremos la calidad de los informes escritos destinados a otros profesionales para garantizar una mejor atención a la persona (en caso de altas, traslados, informes legales, etc.).
- Evitaremos **ofrecer información en lugares visibles** de los centros relativa a las personas (en tableros, zonas de paso o de estar, a la entrada del aseo, en el comedor, etc.). Debemos buscar nuevas formas de compartir esa información entre profesionales –imprescindible para una atención personalizada– pero a su vez garantizando el cumplimiento de la norma y la necesaria discreción (a nadie nos gustaría que cualquiera pudiera saber qué tipo de ayuda necesitamos, por ejemplo, para ir al servicio).

d) Actitudes profesionales para el desarrollo de la Buena Práctica

Esta PB requiere que los profesionales demuestren empatía y escucha activa para saber captar la necesidad de información de la persona usuaria.

Además se requiere una actitud honesta y de transparencia para saber trasmitírsela.

La clave es saber utilizar siempre el lenguaje adecuado, tratando de no desvirtuar la calidad de la información pero facilitando su comprensión para que la persona pueda decidir de forma autónoma.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Falta de actuación adecuada de todos los miembros del equipo

Respuestas y alternativas propuestas:

- Formar al personal en la importancia del tema y en estrategias de uso cotidiano adaptadas a la normativa vigente.
- Realizar reuniones de equipo periódicas con el fin de mejorar las formas de actuación comunes en relación a esta BP.

b) Dificultad para hacer compatible las normativas referidas a la protección de datos y proporcionar una asistencia de calidad

Respuestas y alternativas propuestas:

- Identificar toda la información imprescindible (señalando espacios, momentos y personal implicado) para dar la atención personalizada (comedores, aseos, salas de actividad, etc.).
- Diseñar sistemas funcionales que se ajusten al marco normativo.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a garantizar la confidencialidad en la transmisión de la información de cuestiones personales, se logra avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se mejora el bienestar emocional

- Ya que la persona se siente segura en el uso de la información referida a sí misma, pudiendo sentir mayor sensación de control. Ejercer esta autonomía genera satisfacción y mantenimiento de la autoestima. Además, un buen uso de la información facilita diseñar unos PPA más adecuados a cada persona.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Porque las relaciones interpersonales basadas en el respeto de la privacidad y la confidencialidad, proporcionan vínculos de seguridad y confianza. También permite minimizar la discriminación al evitar un mal uso de la información personal.

Se protegen derechos

- Porque preserva el derecho a cada persona a ser diferente y a que se respete su imagen, su intimidad y su dignidad.
- Porque evita que la información sirva para discriminar a las personas usuarias.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier usuario/a y familia. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Principales instrumentos de apoyo

- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Carta de derechos y deberes de las personas usuarias que viven en Residencias del Principado de Asturias*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- Protocolos para el tratamiento confidencial de los documentos personales.

ÁREA DE MEJORA 1. EJERCICIO DE DERECHOS

1.6.

BP clave: El uso limitado y adecuado de las contenciones físicas

- Porque evitar y regular el uso de contenciones físicas mejora la calidad asistencial y protege de los derechos de las personas que viven en la Residencia.
- Porque el uso de contenciones físicas debe estar limitado al fracaso de otras medidas y emplearse, ocasionalmente, como último recurso.

Esta BP se dirige a evitar o minimizar la restricción de la movilidad y la libertad de las personas que viven en la Residencia y que se produce como consecuencia del uso de mecanismos de contención física. Tiene como objetivo regular el uso de las contenciones y asegurar que tales medidas son necesarias y adecuadas para la protección de la persona usuaria y no le causan un daño mayor del que se pretende evitar.

Esta BP busca incrementar la calidad de vida de la persona usuaria implementando actuaciones que favorezcan su protección y la de otras personas cuando los posibles perjuicios de no tomar esta medida sean graves y siempre que otras intervenciones no han sido eficaces.

Por sus implicaciones éticas y carácter de excepcionalidad, se señala la necesidad de asegurar aspectos como una suficiente justificación (garantizar que es inevitable), la adecuada información a todas las personas afectadas por la decisión, así como asegurarse de la correcta implementación de la medida para minimizar el impacto negativo que causa en la persona.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo en la Residencia de una buena práctica dirigida a minimizar el uso de contenciones físicas así como a que cuando estas medidas sean inevitables se realicen de un modo adecuado, deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Asegurando la inevitabilidad e indicación de las medidas de contención física

El uso de medidas de contención física o mecánica debe ser minuciosamente analizado y estar justificado. No debemos olvidar que son medidas que restringen la movilidad y la libertad de las personas y, por tanto, le generan malestar. Por ello sólo se utilizarán como último recurso, una vez estén agotadas otras alternativas de intervención y siempre que esté en juego la seguridad o salud de las personas.

En no pocas ocasiones las contenciones físicas se utilizan para facilitar el trabajo de los profesionales o por limitaciones organizativas de las Residencias, lo cual no sólo se aleja absolutamente de su buen uso sino que se infringen derechos. Las medidas de contención física deben ser utilizadas exclusivamente para proteger a las personas y debemos garantizar que no causamos un mal mayor que el que queremos evitar.

Estas medidas deben estar orientadas a minimizar los efectos de conductas reiteradas de riesgo para las personas, entre las que cabe destacar:

- El deterioro grave de la postura corporal.
- Riesgo importante de accidentes en el centro (vuelcos de sillas, caídas de la cama, agitaciones en personas encamadas –que no puedan evitarse modificando abordaje terapéutico como eliminando sondas o vías, etc.-).
- Conductas autolesivas graves.
- Protección de otras personas (máxime a los más vulnerables) ante situaciones de riesgo causadas por usuarios que no puedan ser controladas con otras medidas.

A la hora de plantearnos aplicar medidas de contención física resulta adecuado llevar a cabo las siguientes actuaciones:

■ Valoración de la situación y análisis de alternativas a la contención

El equipo debe analizar la situación que lleva a pensar en el uso de una contención mecánica, valorando el problema que conlleva su no aplicación y la gravedad de las consecuencias. Debe proponer, probar y demostrar la ineficacia de otras medidas alternativas. Sólo como último recurso, es decir cuando otras intervenciones han demostrado reiteradamente no ser eficaces y el riesgo para la integridad de persona sea alto, se debe proponer la utilización de contenciones físicas.

■ Información a las personas implicadas y a aquellas que se considere necesario

- **Información a la persona usuaria.** Es preciso informar a la persona usuaria explicándole la medida: en qué consiste, por qué es necesaria, su temporalidad, en qué

situaciones se va a aplicar, etc. Se deberán proporcionar oportunidades de expresión de emociones o el desahogo. En algunas ocasiones cuando la persona comprueba la medida y la entiende es posible que colabore más, es posible pactar con ella y de este modo minimizar la medida a aplicar. Es preciso también su Consentimiento informado en caso de que ésta tenga competencia para ello. Por supuesto que en muchas ocasiones la persona no será capaz de comprender nuestras explicaciones, pero ello no nos puede hacer olvidar el principio básico de que la persona tiene derecho a esta información y explicación, y en estos casos deberemos actuar con la interlocución familiar.

- **Información a la familia.** Se debe ofrecer una información clara y precisa de la medida adaptada, así como de las razones (beneficios y posibles riesgos) por las que se utiliza. Es preciso escuchar y tener en cuenta la opinión de la familia al respecto. En el caso de que la persona no sea autónoma -lo que es muy frecuente- es necesario obtener el Consentimiento informado de la familia, que sólo puede ser tal si la familiar dispone y comprende la información referida a la medida.
- **Información al resto del personal.** Además del equipo que esté implicado en el establecimiento de la medida, y por tanto conocedor de sus pormenores, es posible que sea conveniente que otras personas del personal también sepan de esta medida. Los motivos para ello son varios. El primero que es que colaboren, cada uno en la medida de sus posibilidades y responsabilidades, en las medidas compensatorias que minimicen el impacto negativo, por ejemplo interaccionando con la persona, pero han de saber cómo hacerlo. O, por ejemplo, si han de estar atentos para observar algún aspecto relevante. Estar informando y comprender mejor estas medidas hará a la organización más coherente y a sus miembros trabajadores más formados y sensibles a un tema tan delicado como éste.

b) Aplicando las medidas de contención de una forma adecuada

Si se opta finalmente por una propuesta de medidas de contención física hay que llevarla a cabo de un modo que se minimicen los efectos negativos que producen y con un procedimiento que garantice los derechos de las personas. Para ello se recomiendan actuaciones como las siguientes:

■ Elaboración de un protocolo de aplicación de medidas de contención física en la Residencia

Para evitar usos particulares o inapropiados de los distintos profesionales del centro, se debe disponer por escrito de un protocolo donde se indique el modo adecuado para llevar a cabo las medidas de contención física y que éste sea seguido por todo el equipo. En el mismo deberán contemplarse medidas como:

- La indicación de qué tipos de elementos utilizar (homologados) para aplicar contenciones físicas en la Residencia.
- Que cada contención que se aplique sea pautada y aplicada bajo prescripción médica.
- El requisito del Consentimiento informado para aplicar la contención, de la persona o, en su caso, de la familia.

- Una vigilancia frecuente, el sistema de seguimiento y los instrumentos de registro individual.
- Asignación de responsables del seguimiento de las medidas.
- Las medidas compensatorias y cuidados para reducir riesgos en la integridad física y mental:
 - Cambios posturales pautados para evitar que se desarrollen úlceras por presión.
 - Estimular, movilizar y si es posible hacer que camine la persona, cada cierto periodo de tiempo.
 - Dar frías en la piel, especialmente en las zonas de apoyo.
 - Darle conversación, leer en voz alta, etc., cada poco tiempo.
 - Llevar a la persona al baño cuando lo precise. Si ésta es incontinente, revisar periódicamente la eliminación y realizar la higiene cuantas veces sea necesario para evitar lesiones en la piel y el mal olor.
 - Evitar las sujeciones en el momento de la comida y mientras realice otras actividades semejantes.
 - Facilitar alguna actividad de entretenimiento (manualidades, música, etc.).
 - Ubicarlo en zonas tranquilas pero frecuentadas por más personas para evitar el aislamiento.
 - Recurrir a las intervenciones que sean necesarias para retirar, en su momento, la sujeción.

■ Obtención del Consentimiento informado

Este deberá ser realizado y solicitado a la persona usuaria, y en caso de no ser ésta competente, a su familia.

El documento de Consentimiento informado para el uso de contención física deberá contener como mínimo información sobre los siguientes asuntos:

- Problema que se quiere tratar con la sujeción.
- Plazo previsto de uso de esa sujeción y fecha aproximada de suspensión de la misma.
- Tipo de sujeción, formas y tiempos de uso.
- Alternativas probadas y tipo de resultado.
- Efectos negativos del uso de la sujeción.

■ Registro individual de las medidas de contención

Además de que en el PPA se indique la necesidad de estas medidas, debe existir una hoja de registro de las medidas de contención en la que se recoja:

- El tipo de medidas de contención a aplicar.
- Las situaciones en las que se aplicarán.
- El tiempo inicial previstos de aplicación (evitando usos prolongados y mucho menos indefinidos).
- El calendario de revisiones.
- El seguimiento de las medidas
 - las medidas de los efectos en la persona (el grado de malestar o bienestar producido),
 - la forma de aplicación,

- la necesidad de continuación y/o búsqueda de alternativas.
- Las medidas complementarias compensatorias para minimizar todo tipo de malestar (emocional, social, físico y cognitivo). Se trata de desarrollar medidas que preserven la dignidad e intimidad del residente (ej: ocultar con la ropa el cinturón de contención).

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Dificultad de las familias para comprender y aceptar la medida

Respuestas y alternativas propuestas:

- Proporcionar información con transparencia y sinceridad.
- Manejar la situación emocional y entender y abordar sus miedos y prejuicios (apoyo psicológico y empatía).
- Llamarles, informarles, estar disponibles.

b) No existe Consentimiento informado y firmado por parte de la familia

Respuestas y alternativas propuestas:

- En caso de negativa por parte de la familia, una vez que les se haya informado adecuadamente, ésta deberá firmar un informe donde se especifique la asunción de responsabilidades derivadas de no aplicar las medidas de contención.

c) Falta de sensibilidad y/o de formación de los profesionales

Respuestas y alternativas propuestas:

- Formación especializada y sensibilización sobre derechos y bioética.
- Formación en el uso correcto de contenciones mecánicas (instrucciones, material homologado, medidas compensatorias, etc.).

d) Aparición de secuelas psicoafectivas (sentimientos de tristeza, abandono, humillación, frustración) en la persona

Respuestas y alternativas propuestas:

- Formación y sensibilización.
- Realizar supervisión y observación.
- Asignar responsabilidades claras e ineludibles.
- Establecer apoyos de estilo psicoemocional que compensen la restricción.

e) Riesgos éticos

Respuestas y alternativas propuestas:

- Análisis profundo y consenso por parte de todo el equipo.
- Minimizar la medida (empezar por menor intensidad) y sus efectos.
- Máxima vigilancia y supervisión, respeto a la dignidad de la persona.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a reducir el uso de contenciones físicas en el centro así como a saber cómo aplicarlas, se logra avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Porque realizamos un control exhaustivo de las medidas de contención mecánica, evitando su utilización excesiva e inadecuada y estableciendo tiempos concretos y buscando los tipos de contención más conveniente en cada situación.
- Porque buscamos siempre medidas alternativas y buscando acciones que compensen efectos secundarios.

Se mejora el bienestar emocional

- Ya que protegemos la dignidad de la persona, circunscribiendo el uso de la contención a situaciones extremas en las que no funcionan otro tipo de intervenciones.
- También evitamos sentimientos de malestar o culpa de los familiares y de los trabajadores. También las otras personas usuarias se sentirán más seguras y tranquilas si ven un adecuado manejo de estas situaciones.

Se potencia el bienestar físico

- Ya que se evitan riesgos graves como caídas, agresiones hacia otros usuarios, deterioro grave de la postura corporal etc.

Se protegen derechos

- Al controlar el uso y regular el modo de aplicar contenciones se vela por el derecho a vivir con calidad de vida y dignidad.
- Porque se aplica la medida en su menor intensidad, bajo un control riguroso y buscando siempre minimizar su impacto negativo en todas las facetas de la persona.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable a todos los casos en que se utilicen o pretenda aplicar contenciones mecánicas.

Hemos de recordar que éstas nunca deberán aplicarse:

- Como una medida de carácter general e inevitable por personal insuficiente o para ayudar a la consecución de objetivos de la institución.
- Cuando existen otras posibilidades de realizar otras intervenciones eficaces.
- Cuando hay orden médica expresa de no aplicarla.
- Cuando se desconoce el estado de salud general de la persona usuaria.

- Cuando aparecen lesiones o se detecten riesgos físicos para la persona.
- Cuando la familia y/o la persona usuaria (con competencia para asumir esta decisión) se nieguen.

Ejemplo

Luisa, una mujer de 85 años que vive en la Residencia desde hace unos meses, está diagnosticada de enfermedad de Alzheimer con deterioro cognitivo severo. Luisa deambula continuamente por la Residencia, sin tener un momento de descanso ni en el horario de las comidas.

El equipo se plantea la necesidad de utilizar una contención mecánica con el fin de facilitar un mínimo descanso, pues el desgaste físico de Luisa es muy grande al finalizar la jornada. También sube y baja escaleras de modo que corre el riesgo de caerse. Esta continua deambulación la lleva a entrar en las habitaciones del resto de las personas a cualquier hora, a interrumpir las sesiones de trabajo individual o cualquier otra actividad que se realice en la Residencia.

Aunque se han tomado medidas para permitir su deambulación y se ha logrado restringir su acceso a algunas zonas del centro, a otras no es posible limitarlo, tal y como es la distribución del espacio y de las personas en la Residencia.

El equipo se reúne con la familia, que ya estaba informada. Puesto que con anterioridad se habían puesto en práctica otro tipo de intervenciones que resultaron ineficaces, se decide utilizar un sillón geriátrico con mesa de contención, con el fin de facilitarle la movilidad, un adecuado apoyo en la mesa y la realización de actividades.

Se piensan medidas de estimulación y acompañamiento (en las que se solicita a la familia coordinación para ver sus horarios y frecuencia de visitas) y actividades que puede realizar en esta silla, por si fuera necesario emplearlas. En este momento sólo se establece un tiempo inicial mínimo para la contención inicialmente en el horario de las comidas con el fin de facilitar su adecuada alimentación y cierta tranquilidad al resto de las personas residentes. Todo lo tratado y lo acordado se registra adecuadamente en el PPA de Luisa.

Principales instrumentos de apoyo

- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Carta de derechos y deberes de las personas que viven en Residencias del Principado de Asturias*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- Moya, A y Barbero, J. (2006). *Malos tratos a personas mayores: guía de actuación*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- *Guía para personas mayores y familiares*. “Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer”. En: <http://www.ceoma.org/alzheimer>

- Guisset, MJ. (2008). “Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevo escenario”. Boletín sobre envejecimiento. *Perfiles y tendencias*, nº 34, septiembre. IMSERSO, Madrid.
- Protocolos que regulen el uso de contenciones físicas en la Residencia.
- Modelo de Consentimiento informado para aplicación de medidas de contención física.

ÁREA DE MEJORA 1. EJERCICIO DE DERECHOS

1.7.

BP clave: El uso limitado y adecuado de las contenciones farmacológicas

- Porque minimizar el uso de psicofármacos y sus efectos permite mejorar la calidad de vida de las personas y mejorar la calidad asistencial y de nuestras intervenciones profesionales.
- Porque el uso excesivo o inadecuado de fármacos para controlar el comportamiento de las personas implica la restricción de sus oportunidades y derechos, y por tanto, se ha de aplicar con mucha precaución y sólo en los casos que es necesario.

Esta BP se dirige a minimizar los efectos de los usos de fármacos (somnolencia, riesgo de caídas...) en el control de alteraciones del comportamiento (agresividad, ansiedad, desasosiego...) fomentando la calidad de vida de la persona usuaria a través del desarrollo de intervenciones a nivel ambiental y conductual que permitan ajustar y disminuir las dosis de psicofármacos.

Esta BP indica que cuando una persona presenta alteraciones importantes de comportamiento es necesario realizar una valoración adecuada de éstas, establecer un control de la medicación pautada por el especialista y conocer los efectos adversos de la misma.

Se recomienda combinar el abordaje farmacológico con actuaciones psicosociales que van desde las pautas para el manejo de las conductas hasta ofrecer a la persona actividades y relaciones gratas en ambientes adecuados –relajantes o rutinarios– acordes con sus necesidades y deseos.

La BP refleja también la necesidad de satisfacer las necesidades de información y de actuación en estas situaciones de la familia y la imprescindible coordinación con los Servicios de Atención Primaria de Salud o Servicios especializados (Neurología y Psiquiatría).

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo en la Residencia de una buena práctica dirigida a minimizar el uso de contenciones farmacológicas, deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Revisando el manejo de las alteraciones conductuales y el uso de psicofármacos en la Residencia

Para llevar a cabo esta revisión se recomienda llevar a cabo actuaciones como las siguientes:

■ Revisión de la prescripción farmacológica

Es preciso evitar que las personas que viven en las Residencias sigan tomando medicación prescrita hace tiempo sin que ésta se revise. Es necesario que revisemos periódicamente la toma de medicación de cada persona usuaria actualizando la prescripción si es preciso. Se trata de detectar tanto el exceso de fármacos como su defecto.

■ Formación de los profesionales en el manejo no farmacológico de las alteraciones de conducta

El personal debe contar con la formación suficiente para el abordaje de las alteraciones de conducta más frecuente (agitación, conductas repetitivas, agresividad, etc.). Este tipo de situaciones requiere una intervención técnica que combine el manejo ambiental y la prescripción farmacológica.

■ Formación de familias en el abordaje de las alteraciones de conducta

También las familias deben estar formadas en el abordaje de las alteraciones de conducta, para poder entender y colaborar con la intervención propuesta en el centro. Esta capacitación debe incluir tanto el uso y manejo apropiado de fármacos, como las estrategias y medidas no farmacológicas de las situaciones más complejas.

■ Medidas de especial seguimiento para las personas que precisan de psicofármacos

Es recomendable que durante los primeros quince días de tratamiento así como ante los cambios de dosis o prescripción, contemplar medidas como las siguientes:

- Evaluación diaria y, si se prolonga el tratamiento consultar al neurólogo o psiquiatra.
- Vigilancia de la persona al levantarse o cuando se ponga en pie.
- Evaluación periódica de la estabilidad en la marcha.
- Seguimiento de las actividades diarias, usándolas como señal de alarma para evidenciar la excesiva postración y evitar la pérdida de autonomía. No es tolerable que el tratamiento tenga como consecuencia una pérdida de autonomía irreversible.
- Seguimiento de la conducta, del estado de ánimo y de la función cognitiva, y de forma especial en las personas con deterioro cognitivo o demencia.
- Correcta nutrición e hidratación.
- Evitar el aislamiento. Programar actividades adecuadas a cada caso.
- Cambios posturales para las personas muy postradas.

- Seguimiento del hábito intestinal o defecación así como de la eliminación de orina.
- Prevención del uso de sujeciones físicas. No deberemos admitir que la aplicación de un tratamiento farmacológico tenga como resultado el necesario uso de sujeciones mecánicas.

b) Evaluando e interviniendo en cada persona y en cada situación

La aplicación de psicofármacos para la adecuación conductual y la mejora del bienestar de la persona debe realizarse de una forma individualizada y siguiendo un proceso de evaluación-intervención-evaluación. Deberemos tener en cuenta actuaciones y medidas como las siguientes:

■ Estudio de los antecedentes y obtención de información sobre las alteraciones de conducta

Es preciso conocer el origen de las alteraciones de conducta, cuándo o en qué situaciones se vienen produciendo, cómo han ido evolucionando así como los diferentes abordajes que han sido realizados y su respuesta a los mismos.

■ Ingreso progresivo en la Residencia para facilitar la adaptación

En el caso de que se trate de una persona de próxima incorporación, será conveniente programar un ingreso progresivo, aumentando el tiempo de la estancia paulatinamente. Con ello se pretende prevenir incrementos de las alteraciones conductuales reactivas al cambio.

■ Evaluación e intervención

Se señala una combinación de medidas psicosociales y farmacológicas para el abordaje mixto de los trastornos de conducta.

1. Respetto al abordaje no farmacológico

a) Análisis de la situación actual del usuario y su comportamiento

Establecimiento de línea base de comportamiento a través de la elaboración de hoja de registro de las alteraciones de comportamiento. Será preciso que indiquemos:

- La descripción de la conducta: Tipo de conducta, lugares donde se produce y momento del día, frecuencia e intensidad.
- Los antecedentes de la conducta: estímulos y situaciones que suceden antes de que surja la conducta, personas que están presentes, etc.
- Las consecuencias del comportamiento (en la persona y en el medio que la rodea): consecuencias positivas y negativas que se producen como consecuencia de la conducta.
- Las hipótesis funcionales sobre la relación entre antecedentes y consecuentes del comportamiento.

b) Propuesta de intervención y seguimiento

Por un lado, si se han hallado relaciones claras entre medio ambiente y conducta se deberán acordar pautas relacionales y medidas ambientales para seguir coordinadamente por los profesionales del centro, y en su caso, en el domicilio por la familia.

Además, deberemos programar opciones de actividades de ocio y/o de estimulación adecuadas a cada persona usuaria que fomenten sentimiento de utilidad y minimicen aburrimiento y estrés de actividades significativas y cercanas, por ejemplo con objetos propios (caja de vida) que proporcionen seguridad y bienestar.

2. Respetto al abordaje farmacológico

Cuando la intervención no farmacológica no sea suficiente el facultativo responsable deberá estudiar el caso, y si procede, prescribir el tratamiento farmacológico correspondiente.

Dicha prescripción, deberá ir acompañada de otras medidas como:

- Observación de los efectos secundarios producidos por los medicamentos.
- Seguimientos frecuentes en la Residencia y con los familiares, siempre que se produzcan variaciones de las alteraciones de comportamiento en intensidad y/o frecuencia.
- Intercambio de información y colaboración con el médico de atención primaria para los ajustes necesarios de tratamiento y su posible interacción con otros tratamientos.
- Evaluación periódica y revisión de la necesidad del tratamiento.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Falta de disponibilidad de personal o inadecuada organización

Respuestas y alternativas propuestas:

- Adecuar la organización del personal para reforzar momentos o espacios que requieran más supervisión y/o registro.

b) Dificultad de las familias para comprender y aceptar las alteraciones de comportamiento de su familiar, falta de información acerca de los tratamientos farmacológicos

Respuestas y alternativas propuestas:

- Organización de grupos psicoeducativos y grupos de apoyo.
- Trato personalizado y cuidadoso con los familiares al tratar este tema.

c) Prejuicios y rechazo de los profesionales hacia las personas que presentan alteraciones del comportamiento (sobre todo agresividad y conductas disruptivas)

Respuestas y alternativas propuestas:

- Formación especializada y sensibilización (observación y registro, técnicas de modificación de conducta y manejo del estrés y situaciones conflictivas, terapia de validación, etc.).

d) Aparición de efectos negativos y riesgos (físicos y psicosociales) para la persona usuaria

Respuestas y alternativas propuestas:

- Realizar supervisión y observación.
- Establecer intervenciones que contrarresten malestar y riesgos.

e) Falta de coordinación con los servicios de atención primaria, médico de familia con el fin de realizar ajustes en los tratamientos según la evolución del usuario

Respuestas y alternativas propuestas:

- Reuniones periódicas y contacto telefónico con el médico de atención primaria.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a reducir el uso de contenciones químicas en la Residencia, se logra avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Ya que pretende la disminución de los tratamientos farmacológicos y con ello se reduce la aparición de efectos secundarios como la somnolencia o el riesgo de caídas.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque se mejora la convivencia en el centro, ya que se propician interacciones más positivas y un ambiente más tranquilo.

Se propicia el desarrollo personal

- Porque al rebajar el nivel de medicación, la persona tiene menos límites en sus capacidades y reacciones y puede participar más en la vida de la Residencia.

Se potencia el bienestar físico

- Porque al reducir la aparición de efectos secundarios, la persona se siente mejor y evitamos tener que utilizar otras medidas que generan siempre malestar (como la limitación de movimiento o la contención física).

Se protegen derechos

- Porque se protege el derecho de la persona a vivir con calidad de vida y dignidad, potenciando sus capacidades y permitiendo una vida lo más normalizada posible.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable a todos los casos de personas usuarias que precisen de tratamiento farmacológico para desarrollar una vida normalizada –incluyendo el abordaje de alteraciones conductuales y del estado de ánimo–. Máxime si dichos tratamientos farmacológicos les generan efectos secundarios importantes que hacen que éstos sean peores que sus beneficios (como la necesidad de emplear contenciones físicas).

Ejemplo

Paula tiene 75 años, reside en el centro desde hace 2 años. Está diagnosticada de enfermedad de Alzheimer con un deterioro cognitivo moderado. Debido al deterioro que presenta se desorienta mucho y realiza interpretaciones erróneas, lo cual le genera mucha ansiedad y agitación. Reunido el equipo se decide establecer un sistema de orientación en la planta y se establece una serie de pautas de conducta a seguir por todos los profesionales. Asimismo el médico valora el establecimiento de tratamiento farmacológico. Inicialmente se descarta el uso de contención mecánica.

Realizadas dichas intervenciones, se lleva a cabo un seguimiento al mes, detectando una disminución de la ansiedad en Paula por lo que se hace un ajuste del tratamiento farmacológico.

Principales instrumentos de apoyo

- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Carta de derechos y deberes de las personas que viven en Residencias del Principado de Asturias*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- Moya, A. y Barbero, J. (2006). *Malos tratos a personas mayores: guía de actuación*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- *Guía para personas mayores y familiares*. “Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer”. En: <http://www.ceoma.org/alzheimer>

ÁREA DE MEJORA 2. PARTICIPACIÓN

2.1.

BP clave: Cauces formales de participación en el centro

- Porque la participación de todos los agentes que se interrelacionan en el centro (personas residentes, familias y profesionales) es importante para el buen funcionamiento de la Residencia y para poder consensuar mejoras para la calidad de vida de las personas usuarias.
- Porque para que la participación de los diferentes agentes se haga efectiva es imprescindible que la Residencia tenga estructuras estables y adaptadas a las personas que permitan y estimulen su participación.

Esta BP busca crear cauces de participación formales, a la par de funcionales, que faciliten y animen la participación activa de las personas que viven en las Residencias, de sus familiares y de los profesionales.

En concreto se propone la combinación de cauces o sistema de participación específicos para los tres agentes (personas usuarias, familias y profesionales), con la creación de un órgano formal de participación conjunta: el Consejo mixto de participación en el Centro residencial.

Esta BP revisa los cauces formales señalando los que resultan más aconsejables para cada grupo. También apuesta crear un cauce formal de participación conjunta a modo de Consejo de participación donde personas usuarias, familias y profesionales intercambian opiniones, aportan y escuchan visiones, consensuando así objetivos y actuaciones para la mejora de la Residencia. Un espacio en el que poder mirar juntos el funcionamiento de la Residencia en función de la calidad de vida de las personas usuarias, minimizando la incomunicación y las reticencias que en ocasiones surgen entre estos grupos.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para que la Residencia favorezca la participación de las personas usuarias, familias y profesionales esta BP propone combinar e integrar sistemas y estructuras de participación específicos y estables, donde cada grupo pueda hacer llegar su voz y opinión, con un espacio de participación común donde éstos puedan compartir y consensuar sus diversas visiones del centro.

a) Creando mecanismos y cauces de participación para los distintos agentes que intervienen en la Residencia

Como cauces o sistemas donde los tres grupos que interactúan en el centro puedan participar cabe señalar los siguientes:

■ Cauces para la participación de la persona usuaria

Se trata de crear espacios y sistemas donde las personas usuarias tengan voz propia y ésta pueda ser tenida en cuenta tanto a nivel individual como grupal. En cada Residencia se deberán crear los cauces más adecuados, no siendo excluyentes entre sí diversos sistemas como los siguientes:

1. **El órgano de representación de las personas usuarias.** Es un cauce de participación grupal. Desde este órgano se canaliza la voz conjunta de las personas usuarias. Puede denominarse junta de gobierno o de participación de personas usuarias, comité de personas usuarias, de delegados/as... Para el buen funcionamiento de un órgano de estas características deberán ser definidos y explicitados los siguientes elementos:
 - Sus principales objetivos.
 - Sus principales cometidos.
 - Sus integrantes y cómo estos son elegidos y renovados.
 - Su sistema de funcionamiento y metodología de trabajo.
 - Los apoyos (materiales y técnicos) que se precisan.
2. **La organización de grupos de trabajo o comisiones** en los que un pequeño grupo de personas (pudiendo ser también mixto: usuarios, familiares y profesionales) se encargan del diseño o la organización de alguna actividad específica (de carácter festivo, de ocio, la elaboración de menús, etc.).
3. **El contacto con el profesional de referencia.** La existencia del profesional de referencia permite la participación de la persona usuaria a nivel individual de una forma continuada (consultar BP-clave 4.4. La figura del profesional de referencia).
4. **La participación activa de la persona usuaria en su PPA.** Es el cauce de participación individual donde la persona se implica activamente en el diseño y revisiones de su Plan personalizado de atención (consultar BP-clave 4.2. El plan personal de atención cooperativo desde los intereses y preferencias de las personas). En caso de falta de autonomía se ejerce su derecho de participación mediante la representación (familiar, allegado...) siempre poniéndose en el lugar de la persona y evitando suplantar los deseos de la persona a quien representa o transferir su suyos propios.

5. **La evaluación periódica de la Residencia y sus programas.** Es otro cauce, donde tanto a nivel individual (cuestionarios de opinión, entrevistas) como grupal (grupos de opinión), las personas usuarias participan en la gestión al expresar sus opiniones y emitir sugerencias para la mejora del centro en los momentos dedicados a la revisión o evaluación periódica del mismo, de sus servicios, programas y actividades.

6. **El buzón de sugerencias y reclamaciones.** Es un sistema de expresión continua que tiene sentido en la medida que es utilizado por las personas y, por tanto, si resulta eficaz. Para ello debe existir un sistema periódico de análisis de estas sugerencias y reclamaciones así como un compromiso de respuesta. No debe ser el único cauce de participación en la Residencia puesto que es un cauce poco empleado y sus resultados pueden ser muy pobres.

■ **Cauces de participación de las familias**

La familia debe contar con espacios y tiempos propios en la Residencia donde expresar sus necesidades y opiniones. La participación debe ser entendida también en el nivel individual de cada grupo familiar y el grupal como colectivo. De especial importancia resulta que la voz, presencia y participación de las familias no suplante a las de las personas usuarias, salvo en los casos donde éstas representan la participación de la persona usuaria, como ya ha sido señalado (personas con importante falta de autonomía debido a deterioro o discapacidad intelectual). En cada Residencia conviene crear los cauces más adecuados, no siendo excluyentes entre sí sistemas como:

1. **La asociación de familiares.** Es un sistema de participación grupal para favorecer la colaboración centro-familias y canalizar la voz de éstas. Para el buen funcionamiento de un órgano de estas características deberán ser definidos y explicitados en su estatuto los siguientes elementos:

- Sus principales objetivos.
- Sus principales cometidos.
- Sus integrantes y cómo estos son elegidos y renovados.
- Su sistema de funcionamiento y metodología de trabajo.
- Los apoyos (materiales y técnicos) que se precisan.

2. **El programa de intervención con familias.** Es el conjunto de actuaciones que la Residencia propone para ofrecer apoyo a las familias y coordinar su colaboración con el equipo técnico. Debe integrar acciones en la fase previa al ingreso en el centro como tras ingresar en el mismo. Incorpora acciones de asesoramiento, formación y apoyo psicológico (consultar BP-clave 2.3. Intervención y apoyo a las familias).

3. **La participación en grupos de trabajo o en comisiones** específicas para ciertas tareas o actividades.

4. **El contacto con el profesional de referencia.** La existencia del profesional de referencia permite la participación de la familia y su cooperación en sintonía con el equipo técnico de una forma continuada (consultar BP-clave 4.4. La figura del profesional de referencia).

5. **La participación activa en el Plan personalizado de atención.** Es el cauce de participación individual donde la familia, si la persona usuaria lo acepta, participa en el

diseño y revisiones del Plan personalizado de atención (consultar BP-clave 4.2. El plan personal de atención coparticipado desde los intereses y preferencias de las personas).

6. **La evaluación periódica de la Residencia y sus programas.** Es otro cauce donde tanto a nivel individual (cuestionarios de opinión, entrevistas) como grupal (grupos de opinión), las familias participan en la gestión del centro al expresar sus opiniones y emitir sugerencias para la mejora en los momentos dedicados a la revisión o evaluación periódica del centro, sus servicios y programas.

7. **El buzón de sugerencias y reclamaciones.** Es un sistema de expresión continua ya comentado que también puede ser utilizado también por las familias.

■ **Cauces de participación de los profesionales**

Los profesionales deben tener sus propios espacios y cauces de participación en el centro. Sin entrar en los legales de representación laboral, cabe destacar dos de máxima importancia:

- **Las reuniones interdisciplinares.** En ellas, además de abordar análisis de casos se tratan también asuntos organizativos específicos sobre los que los profesionales pueden y deben participar con sus opiniones y aportaciones. Por tanto, las reuniones de equipo deben ser entendidos como auténticos espacios y cauces donde se debe implicar el conjunto de profesionales de atención directa de la Residencia. Algunas de ellas pueden estar dedicadas a la revisión del funcionamiento del propio equipo.
- **La evaluación periódica de la Residencia y de sus programas.** Es otro cauce donde el conjunto del equipo, al igual que las personas usuarias y familias pueden participar evaluando el centro, sus servicios, sus programas y sus intervenciones.

b) Creando cauces y espacios de participación común

Se considera importante que los cauces específicos de participación se combinen con espacios de participación mixta donde exista la oportunidad de que personas usuarias, familias y profesionales interactúen e intercambien sus diferentes visiones. Un espacio pensado para que se escuchen, analicen y puedan consensuar objetivos y actuaciones que ayuden a mejorar el funcionamiento del centro y la calidad de vida de las personas que allí viven.

Se propone para ello la creación de un órgano de participación formal: **el Consejo Mixto de Participación de la Residencia**. Para lo cual es necesario definir:

- Sus objetivos básicos, evitando que entren en colisión o conflicto con otros órganos de representación que ya existan.
- Sus principales cometidos. Tienen que ver con el análisis de los principales resultados de la evaluación anual del centro y con el consenso de los objetivos de mejora, así como con la planificación de actuaciones a llevar a cabo en la Residencia. Puede ser interesante que este Consejo aborde las sugerencias y quejas recogidas por otras vías (como en el buzón de sugerencias y reclamaciones).
- Sus integrantes y cómo estos son elegidos y renovados.
- Su sistema de funcionamiento y metodología de trabajo.

- Su plan anual de actuaciones. El cual debe situarse en sintonía con el Plan del centro. Se trata de que algunas acciones o propuestas concretas sean cometidos delegados en este consejo (por ejemplo: determinadas actividades, colaboración en la relación con los recursos del entorno, o la supervisión del funcionamiento del buzón de sugerencias y reclamaciones,...).
- Los apoyos materiales y técnicos que se precisan.

Al ser este órgano de participación mixta un cauce de participación novedoso en los Centros residenciales convendrá:

- Informar y sensibilizar a toda la organización de la importancia, existencia y funcionamiento del Consejo Mixto de Participación.
- Elaboración de un sistema de evaluación para conocer si el consejo funciona y cumple con los objetivos previstos.
- Llevar a cabo un análisis de la metodología de trabajo del Consejo (eficiencia, grado de cumplimiento de las medidas decididas, plazos de su ejecución, satisfacción de los miembros, etc.) e implantar propuestas de mejora.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Falta de tradición y de experiencias positivas y de mentalización de todos los implicados (prejuicios y estereotipos de los profesionales, desconfianza de los usuarios o sus familiares, escasa cultura de participación en las Residencias)

Respuestas y alternativas propuestas:

- Establecimiento de sistemas de información y comunicación (sincera, honesta, creíble) con todos: usuarios, trabajadores y familiares.
- Adecuada selección de sus miembros, pues puede plantearse que no sea por elección democrática sino por designación.
- Este proceso ha de ser liderado y con un claro compromiso con la calidad de vida de las personas y el buen funcionamiento de la Residencia. Esto ha de ser transmitido.

b) Escasa implicación de los familiares, por desinterés o sobrecarga de éstos

Respuestas y alternativas propuestas:

- Motivar y reforzar a las familias que participan. Demostrar el valor y utilidad de su implicación.
- Potenciar programas de apoyo a familias cuidadoras que se inicien a la vez que la entrada de la persona usuaria en la Residencia.

c) Apatía y poca motivación por parte de los usuarios

Respuestas y alternativas propuestas:

- Buscar la implicación y complicidad de las personas de forma individual.

- Hay que visibilizar los éxitos: que se conozcan las iniciativas y actividades realizadas.
- Demostrar que con esta BP todos ganamos.
- Reforzar positivamente sus comportamientos autónomos y su participación.
- Dar elecciones limitadas que faciliten su implicación.

d) Dificultades de implementación por falta de experiencia

Respuestas y alternativas propuestas:

- Desarrollarla de modo gradual, secuenciando la complejidad de los contenidos.
- Facilitar la implicación de las personas de la organización que presenten actitudes de colaboración para la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias.
- Proporcionar motivación y refuerzo continuo a usuarios y familiares.
- Evitar fracasos.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con la creación y funcionamiento de esta estructura estable y factible de participación de las personas usuarias, familias y profesionales, se logra avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Cabe destacar que con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Al permitir y animar a que las personas usuarias (y/o sus familiares) puedan expresar y ser atendidas en sus demandas y propuestas respecto a lo que a ellas le resulta más significativo e importante para mejorar su calidad de vida en el centro.
- Ya que permite mejorar aspectos cotidianos de la vida diaria que resultan valiosos para las personas usuarias y/o sus familiares.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque aumenta la vivencia de control de su vida de las personas usuarias. Favorece la expresión de deseos, necesidades y quejas de éstas y de sus familiares.
- Porque transmite seguridad y empoderamiento a las personas usuarias y a sus familias.
- Al ser mejoradas las condiciones que disminuyen el malestar personal, ya que busca soluciones a quejas o asuntos pendientes.
- Se genera bienestar en los profesionales al abrirse vías de comunicación y consenso con la implicación de los otros agentes al sentirse más reconocidos en su trabajo.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Al reducir la incidencia de conflictos de convivencia y consensuar las mejores soluciones.
- Al establecerse lazos afectivos de mayor calidad e intensidad cuando la persona y familia son escuchadas y validadas en la organización.
- Porque fomenta la búsqueda de soluciones compartida, la cooperación y la corresponsabilidad entre personas implicadas: usuarias, trabajadoras y familiares.

Se incrementa la inclusión social

- Gracias a la colaboración de familiares y del personal se puede contar con más recursos, aumentan las posibilidades de hacer actividades y se amplía el repertorio de oportunidades para las personas residentes. También hace más satisfactorio el trabajo y las familias comprueban el funcionamiento positivo del recurso.

Se protegen derechos

- Ya que busca promover, dentro del marco organizativo y limitaciones imprescindibles de la organización, el ejercicio de la libertad individual, privacidad, intimidad y la dignidad de las personas.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable siempre. No encontramos ninguna limitación en su aplicabilidad.

Principales instrumentos de apoyo

- Consejo de personas mayores del Principado de Asturias (2003). *El fomento y la dinamización de la participación social de las personas mayores*. Oviedo, Consejería de Vivienda y Bienestar Social.
- Gómez, L. (2009). "Programas para la participación y la gestión de los centros por los mayores". Bermejo, L. (Dir.) *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con mayores: Guía de Buenas Prácticas*. Madrid, Panamericana (en prensa).
- Plan general de intervención del Centro residencial.
- Reglamento de régimen interior del centro.

ÁREA DE MEJORA 2. PARTICIPACIÓN

2.2.

BP clave: Cooperación persona usuaria, familia y equipo profesional en el Plan de atención

- Porque la persona usuaria debe situarse en el centro de la planificación y para ello es preciso el apoyo de los profesionales y la familia.
- Porque para garantizar una atención continua y complementaria en la atención a las personas usuarias es indispensable la coordinación entre éstas, sus familiares y los profesionales.

Esta BP se dirige a buscar un método que permita y facilite incorporar en el diseño y desarrollo del PPA a las personas usuarias y si estas lo desean, a sus familias.

Esta BP crea oportunidades para compartir las visiones de los tres agentes implicados en la atención: la persona usuaria, sus familiares más allegados y los profesionales del recurso. Permite compartir información, dudas y poder consensuar estrategias de acción positivas para la calidad de vida de la persona usuaria. Promueve que los familiares, siempre que la persona usuaria lo desee y permita, puedan compartir con el equipo y su familiar los objetivos, ejes de intervención y apoyos definidos en el PPA.

En esta BP se proponen algunos elementos que consideramos esenciales como son la definición del papel de cada agente, los momentos más importantes donde se requiere cooperación y las actitudes profesionales necesarias para su desarrollo.

Esta BP permite que se puedan mejorar las formas de trabajo y relación con la persona usuaria durante su permanencia en el recurso a la vez que se mejora la coordinación y se asegura la continuidad con los apoyos y/o cuidados que recibe por parte de su familia o allegados.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para implantar una BP que logre crear un marco de cooperación entre la persona usuaria, la familia y el equipo profesional en el diseño y seguimiento del Plan personalizado de atención es necesario abordar algunos elementos básicos y realizar acciones como las que a continuación se señalan.

a) Facilitando la comunicación y definiendo el papel de cada uno de los agentes intervinientes

El desarrollo de esta BP requiere, por parte de todos, comprensión, la búsqueda del diálogo y respeto. Si el equipo da muestras de ello es más sencillo que los otros agentes también las desarrollen. El equipo actúa siempre a modo de modelo y se convierte en facilitador (o por el contrario en obstaculizador) de formas adecuadas de comunicación con las personas usuarias y con las familias.

Es necesario propiciar un estilo de comunicación clara y sincera. Ello permitirá poder recibir y transmitir información referida a la persona y facilitará el diseño de un adecuado Plan personalizado de atención.

Para lograr esta comunicación es importante que cada uno sepa el *rol* que puede tener en este proceso. Algunas reflexiones al respecto:

■ Sobre el papel de la persona usuaria

Tiene que interiorizar que ella es la verdadera protagonista, que sus criterios van a ser definitorios y que vamos a tenerle en cuenta. Que es ella quien decide la participación en el diseño de su Plan personalizado de atención y que para ello deberá darnos (y firmar) su consentimiento.

Es conveniente reservar espacios de contacto a solas con la persona y otros posteriores, en las que se invite al familiar que ella desee. Es importante poder tratar primero con la persona en qué aspectos y con qué intensidad quiere que sus familiares se involucren en el proceso, en qué asuntos prefiere delegar decisiones y en cuáles quiere tomar las decisiones y sólo desea que se les informe.

Este proceder generará vínculos de complicidad y confianza del equipo con la persona usuaria y lanza un claro mensaje sobre la capacidad de autogestión de ésta. De no hacerlo así es fácil que la persona pierda capacidad, progresivamente, para expresarse libremente, para expresar sus opiniones y presentar iniciativas.

■ Sobre el papel de las familias

Deben conocer que, siempre que la persona mayor lo acepte, tienen la posibilidad de conocer e implicarse en la elaboración del PPA. Es importante que sepan su importante papel en el centro y en la atención a la persona y que desde el centro se va a apoyar y a facilitar que así sea. Pero también que el principal protagonista es la persona usuaria y que esto es

la piedra angular de la atención en el centro. La importante participación de la familia no debe suplantar las opiniones, los derechos y los deseos de su familiar.

Podemos facilitar una adecuada participación de la familia si apoyamos que ésta:

- Exprese sus preocupaciones, prejuicios, sentimientos, expectativas respecto a su familiar y su estancia en el centro.
- Conozca (y en ocasiones, que *reconozca*) la situación actual de su familiar (en cuanto a sus derechos, capacidades, deseos, pronóstico, etc.). De este modo facilitamos un mejor ajuste entre sus expectativas y lo que realmente puede encontrar en relación con su ser querido y con el centro de atención.
- Aporte información y materiales, ya que de ese modo podremos ajustar mejor nuestra propuesta de PPA.
- Desarrolle actitudes y estilos de interacción acordes con los que se plantean en el centro, siempre destinados a optimizar las dimensiones de capacidad personal (autonomía e independencia) y su ejercicio, para lograr una mejor calidad de vida de la persona. Esto es especialmente importante para lograr la continuidad de apoyos y/o cuidados.

■ Sobre el papel de los profesionales

Es necesario asegurarse de que todos compartimos cuál ha de ser nuestro papel y que asumimos un modelo de atención centrado en la persona. Debemos recordar las metas que nos dirigen, que no son otras que las relacionadas con la mejora de la calidad de vida de la persona y cómo el PPA se convierte en un instrumento necesario para operativizar objetivos, propuestas de intervención y oportunidades para la misma.

En relación con las familias, los profesionales debemos ser siempre facilitadores y mediadores, poniendo límites cuando sea necesario pero siempre con una actitud de escucha y sin olvidar que en la mayor parte de las ocasiones los lazos afectivos con la familia son insustituibles. Enfrentar a la persona usuaria con la familia no suele dar buenos resultados.

Los miembros del equipo, como facilitadores de buenos procesos de comunicación, debemos ser capaces:

- De ponernos en el lugar de la familia y de la persona usuaria (comprender sus reacciones, miedos, deseos, etc.).
- Apoyar a las personas y motivarlas pero sin forzarlas.
- Armonizar sinceridad y confidencialidad.
- Transmitir a la persona usuaria que debe comprender que hay que conjugar sus deseos con las características del centro y del resto de las personas usuarias. Se trata de asumir las limitaciones pero aprovechar las oportunidades.
- Transmitir a las familias que queremos ayudarlas a que comprendan la situación de su familiar y que pueden ayudarlo colaborando en su calidad de vida, aunque en ocasiones no coincidan con sus propios criterios.

b) Facilitando la cooperación usuario-familia-equipo en todo el proceso

■ En el preingreso y en el momento del ingreso

Es primordial disponer de una información inicial suficiente de la situación de la persona, de su entorno y relaciones. Para ello deberemos mantener algunos contactos antes de que se realice el ingreso, fundamentalmente entrevistas personales, tanto con la persona como con su familia (consultar BP-clave 3.1. Apoyo al ingreso y adaptación de la persona usuaria).

En estos momentos, ser capaces de observar y reconocer la expresión de sentimientos (miedos, reproches, culpa...) es también importante, ya que nos proporcionará elementos para comprender la situación emocional y relacional de la persona usuaria y su familia.

Conocer y saber manejar esta información facilitará la cooperación y nuestro papel en ella a la largo del resto del proceso.

■ Tras su llegada y acogida al centro, en el diseño del Plan personalizado de atención

Debemos posibilitar que cada persona usuaria, adaptándonos siempre a sus ritmos, se implique siempre que quiera y pueda, en el diseño de su PPA.

Será este el momento en el que la persona usuaria decida el grado de implicación que desea para su familia y de que apruebe (por medio de Consentimiento informado) esta participación de su familia (salvo en casos de falta de competencia).

También será el momento para ofrecer a los familiares que participen en los programas diseñados para ellos (formativos y de cooperación en otras actividades del centro).

La persona usuaria, reunida con el equipo, debe conocer la propuesta de PPA presentada por el equipo, trabajando sobre ella y consensuando su contenido con el equipo. En unos casos participará la familia u otros allegados y en otros no podrá ser así (porque la persona mayor no lo admite o porque la familia no puede o no lo desea).

En caso de que la persona usuaria, su familia y el equipo lleguen a acuerdos y compromisos para el desarrollo del PPA será necesario establecer mecanismos de información y comunicación (recomendamos ver los ejemplos de BP más breves al respecto). Es preciso clarificar qué compromisos son los que adquiere tanto la persona, como los profesionales y las familias en el desarrollo del plan.

En referencia a la colaboración de la familia en el Plan de atención cabe señalar algunos de los posibles cometidos:

- Los relacionados con las necesidades afectivas y emocionales de la persona, en la que tienen un papel insustituible.
- Los relacionados con las peticiones de material que les realizaremos para procurar la correcta asistencia o para elaborar, con la persona, los instrumentos de apoyo del PPA.
- Colaboración en algunos cuidados de la persona (comida, aseo, visitas, acompañamiento a gestiones o salidas de ocio...) tanto en el centro como fuera del mismo.
- Consensuar las pautas en los cuidados básicos y en la interacción acordadas con el equipo en la promoción de la autonomía, independencia, bienestar emocional y el manejo de las alteraciones conductuales.

■ Durante su estancia en el centro, en las revisiones y reajustes del Plan personalizado de atención

Además del contacto mantenido tanto por parte de la persona usuaria como con el profesional de referencia, debemos garantizar un sistema de seguimiento por medio de reuniones periódicas en las que con la presencia y participación de la persona usuaria (y si lo desea y es posible con su familiar) se evalúe conjuntamente el PPA, siempre en base a la calidad de vida de ésta.

Un buen contacto e implicación del profesional de referencia va a ser importante para generar seguridad y confianza a la persona usuaria y a su familia. Es una figura esencial para tejer y fortalecer una adecuada cooperación persona usuaria-familia-equipo técnico.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Que la persona usuaria no sepa si desea que su familia se implique o no en el PPA, o de qué modo

Respuestas y alternativas propuestas:

- Facilitar tantas reuniones en privado con la persona usuaria como sean necesarias para aclarar sus dudas y reducir miedos.
- Ser sensibles a sus demandas o miedos no explícitas y ofrecerle alternativas y plazos para que pueda ir eligiendo poco a poco.
- Apoyarle en sus decisiones y dar siempre posibilidad de cambio de opinión.

b) Que los familiares no contemplen/respeten los deseos de la persona usuaria

Respuestas y alternativas propuestas:

- Concertar reuniones en las que aclarar valores, principios y formas de trabajo del centro (se trata de que vean el contexto general del recurso y que deben acomodarse a lo que es esencial).
- Hacerles ver que se vela por los derechos de la persona usuaria, y que pueden colaborar en todo, siempre que a persona lo desee (el protagonismo lo debe tener su familiar).

c) Dificultades organizativas: para que la familia acuda –horarios, responsabilidades laborales, distancia entre el centro y su lugar de residencia, etc.–

Respuestas y alternativas propuestas:

- Ser flexibles a sus horarios.
- Establecer mecanismos que faciliten la comunicación (fijar al menos alguna reunión anual o entrevistas semestrales, seguimientos telefónicos, etc.).

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a posibilitar la cooperación entre la persona usuaria, la familia y el equipo profesional en el diseño y seguimiento del Plan personalizado de atención, se logra avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se fomenta la autonomía

- Porque se le da capacidad a la persona para decidir en relación a los asuntos que le conciernen.
- Porque ésta puede decidir sobre su PPA y sobre la implicación de su familia en éste.
- Porque si la persona presenta alta heteronomía, su familia puede implicarse en el PPA y representar los criterios, valores y deseos del familiar que ahora no puede decidir por sí mismo.

Se fomenta el bienestar emocional

- Porque la persona se siente partícipe del proceso y capaz de influir en su PPA, y por tanto en todas las decisiones importantes de su vida en el centro.
- Porque al sentir el interés y apoyo de las personas que quiere (de su familia) la persona se siente *validada* en este momento de su vida (en sus nuevos objetivos, relaciones, actividades que emprende, objetivos que se marca, logros obtenidos, etc.).

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Porque se rompen barreras entre los diferentes agentes favoreciendo el conocimiento mutuo y su acercamiento.
- Porque una mayor fluidez en la comunicación posibilita mejores relaciones entre todas las partes y una mayor confianza mutua. Se clarifican las necesidades de todos (persona usuaria, familiares y de profesionales) y, por tanto, se consigue una mayor satisfacción.

Se protegen los derechos

- Porque se busca hacer posible los derechos de las personas usuarias en un contexto de diálogo y confianza.
- Porque todo este intercambio de información se produce en base al respeto a la confidencialidad, privacidad e intimidad de la persona.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier usuario/a y familia.

Ejemplo

Desde el primer momento del ingreso de Amparo, su hija Carmen, cada vez que se le preguntaba algo a su madre siempre respondía por ella, a pesar de que Amparo demostraba querer hablar. Su hija manifestaba que ella era quien sabía mejor que nadie lo que quería y necesitaba su madre. Se realizaron varios intentos y se le preguntó directamente pero la hija no dejó que respondiera.

Así, en cuanto la hija se marchó y Amparo se quedó en el centro, se realizaron varias reuniones de Amparo con la Psicóloga para ir informándola del funcionamiento del centro, etc. El objetivo realmente era conocer mejor a Amparo y crear un espacio de libertad en el que ella pudiera manifestar sus ideas y preferencias.

Es aquí cuando comprobamos la gran capacidad de Amparo para tomar decisiones. Una señora muy autónoma, a pesar de presentar una dependencia severa –desde hace 17 años– a causa de una hemiplejía.

En esos momentos se deja claro a Amparo que todas las decisiones relativas a su vida en el centro (objetivos que se pueden plantear para lograr, actividades en las que puede participar, lo que podrá decidir y lo que no, etc.) serán consultadas a ella y no a su hija. Sólo tendrá oportunidad de opinar su hija si ella lo permite.

Amparo decide que la hija será informada (sólo cuando ésta lo solicite) de lo que hace Amparo, pero sin darle oportunidades de que quiera modificarlo.

En el diseño del PPA inicialmente no participa la hija y es Amparo, junto con el apoyo del profesional de referencia (Ana, una cuidadora) quien pasadas unas semanas informa y explica a su hija Carmen cómo va todo y cómo ella ha tomado sus decisiones.

Principales instrumentos de apoyo

- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *La familia contigo. El papel de los familiares en las residencias de las personas mayores*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- Plan general de intervención del centro.
- Reglamento de régimen interior del centro.
- Documento soporte para la elaboración del Plan personalizado de atención.

ÁREA DE MEJORA 2. PARTICIPACIÓN

2.3.

BP clave: Intervención y apoyo a las familias

- Porque la familia tiene un papel insustituible, como soporte afectivo en la vida de la persona mayor y su participación facilita su adaptación en momentos de adaptación o de cambio.
- Porque las familias también requieren apoyo y atención por parte del equipo profesional del centro. Son también objetivo de nuestra intervención.
- Porque una comunicación fluida con las familias, así como las decisiones compartidas reduce dudas, inseguridades y aporta informaciones y elementos esenciales para una mejor atención a la persona mayor.
- Porque debemos evitar que las familias sean percibidas como un elemento incómodo o molesto para los equipos técnicos. Una adecuada colaboración centro-persona usuaria-familia, es importante de cara a procurar una atención coordinada y prevenir conflictos.

Esta BP se dirige a apoyar la presencia y colaboración de las familias en la Residencia pues desempeñan un papel insustituible en la provisión de apoyo emocional de la persona usuaria.

El equipo técnico debe contemplar a las familias tanto como agente cooperador en la atención integral de la persona usuaria, como objeto propio de apoyo e intervención puesto que en ocasiones las familias presentan dificultades emocionales (sentimientos de culpa, rechazo al deterioro de su familiar, etc.) a las que deberemos dar respuesta. También se requiere trabajar para lograr una colaboración desde la coordinación.

Para ello, esta BP propone distintas actuaciones dirigidas a favorecer una adecuada colaboración centro-persona usuaria-familia, iniciando su intervención en el periodo previo de incorporación al centro, procurando una personalizada y cálida acogida a la llegada y cuidando siempre los modos de cooperación y espacios para la comunicación e intercambio con los familiares.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo de esta BP dirigida a apoyar a las familias y favorecer su presencia y colaboración en el Centro residencial, debemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Reforzando y favoreciendo el importante papel de la familia en la Residencia

En distintas ocasiones las personas mayores necesitan optar por vivir en una Residencia para poder ser atendidas de una forma más especializada e intensa de lo que puede hacerse en el propio domicilio o en el entorno familiar.

Cuando la persona vive en un Centro residencial, la familia sigue teniendo un importante papel de apoyo, tanto ofreciendo afecto como siguiendo colaborando en algunos cuidados. El hecho que la persona sea atendida en un centro no implica, ni mucho menos, abandono familiar. Las familias de personas que viven en Residencias también deben seguir siendo consideradas como familias cuidadoras. Estas familias no deben dejar de desempeñar su papel de cuidadoras sino que lo han de ejercer desde otra posición, complementando los cuidados profesionales y especializados que se proporcionan desde el centro.

La familia, por tanto, debe ser considerada como un elemento importantísimo para el bienestar de la persona mayor en la Residencia.

Cuando la persona ingresa en una Residencia, sus familiares suelen presentar sentimientos ambivalentes: culpa, tristeza y una marcada inseguridad sobre la decisión tomada y sobre cómo su familiar va a ser atendido.

En ocasiones los familiares, como una estrategia de compensación dirigida a reducir estos sentimientos negativos, optan por una dedicación y vigilancia extrema, pudiendo llegar incluso a producirse conflictos y malentendidos con los equipos de atención directa o con otros profesionales que deben ser detectados, clarificados y solucionados. La familia, si encuentra facilidades y oportunidades adecuadas para ello, progresivamente irá participando cada vez más en el centro, siempre que pueda y quiera, estabilizándose y regularizándose su colaboración.

Todos en el equipo deben reconocer y colaborar en la importante labor de acompañamiento a la familia pues es una labor esencial que se debe abordar con un enfoque interdisciplinar.

Este apoyo a los familiares, necesario para mejorar su confianza y facilitar su colaboración, se debe realizar entendiendo sus sentimientos y validando sus decisiones (no culpabilizarles). Será importante demostrar su papel insustituible en el bienestar emocional de la persona usuaria. Deberemos favorecer también la formación y la capacitación para que desempeñen un *rol activo* en relación con su familiar, ofreciéndoles también la oportunidad de implicarse en actividades del Centro residencial de carácter más general.

b) Informando y apoyando a las familias antes de que la persona se incorpore a la Residencia

La fase previa de incorporación al centro tiene gran relevancia para favorecer la adaptación de la persona al mismo. El trabajo anterior a su llegada, dirigida tanto a la persona usuaria como a su familia cuidadora, es fundamental para anticipar y ajustar las expectativas sobre la atención y ofrecer apoyos que optimicen esta inicial adaptación.

Partiendo de las actuaciones señaladas en la BP-clave 3.1. Apoyo al ingreso y adaptación de la persona usuaria, cabe resumir aquí las actuaciones referidas a la familia:

- Apoyo a decisión tomada relativa a acudir a la Residencia (no juzgar, no culpar). Es importante la escucha y expresión de sentimientos (miedos, reproches, culpa...), entendiendo la preocupación y el estrés de los familiares.
- Reflexión sobre el nivel de calidad de vida que se puede ofrecer desde el entorno familiar y desde el entorno profesional.
- Información sobre la Residencia, ofreciendo información tanto verbal como por escrito (documentación informativa) y ajuste de expectativas sobre la atención a recibir por parte del personal.
- Conocimiento directo del centro, junto con la persona si así lo desea, que propicie la anticipación preparatoria.
 - Presentación del equipo de atención directa.
 - Visita a sus instalaciones.
 - Presentación, en su caso, de otras familias de residentes.
- Toma de decisiones sobre aspectos concretos relacionados con su ingreso.
 - Cuándo y cómo iniciar la asistencia (día, opción de incorporación gradual, etc.).
 - Cómo se le recibirá y qué familiares o allegados lo acompañarán.
 - Qué necesita traer (documentación, equipamiento, enseres personales, etc.).
 - El régimen de vida de los primero/s días (permitir más flexibilidad y elección).

c) Apoyando a las familias en el momento del ingreso

La llegada al centro de la persona y su estancia durante los primeros días tienen gran trascendencia en la adaptación al mismo. En estos días es cuando la persona, y también su familia, reciben las primeras impresiones y mensajes y con ello configuran una idea inicial del mismo (acorde o distanciada de lo que habían previsto). Los primeros días deben ser especialmente cuidados ya que en ellos se inicia un modo de relación persona mayor-profesionales-familia.

Cabe destacar actuaciones para estos primeros días, o incluso semanas, algunas de ellas de continuidad con las actuaciones ya iniciadas en la fase previa a la llegada a la Residencia:

- Sensibilización sobre la importancia de la familia como soporte afectivo para la persona.
- Orientación al grupo familiar de forma individualizada, para desarrollar estrategias de apoyo en el proceso de adaptación al centro, tanto de la persona usuaria como a la familia.
- Propuesta de colaboración por parte de la familia en el PPA y en programas para familias. Se trata de proponer a los familiares un *rol* activo y satisfactorio en la nueva relación de convivencia.

- Información y anticipación de respuestas e información acerca de cómo se actúa en el centro ante situaciones “excepcionales” (caídas, accidentes, urgencias sanitarias, pérdidas por desorientación, etc.). Conocer cómo los equipos actúan ante estos sucesos de una forma coordinada y planificada proporciona seguridad y evita reproches y acusaciones desmesurados.

d) Interviniendo con las familias a lo largo del tiempo

Durante el proceso de atención en el centro deberemos seguir actuando para facilitar la adaptación del familiar a la Residencia. Para ello recomendamos actuaciones como:

■ Reuniones periódicas

Las reuniones deben permitir el intercambio de información, de cuestiones o dudas, e incluso de temores de las familias a lo largo del tiempo (recordemos los posibles cambios en la evolución de algunas enfermedades, los cambios bruscos en la salud, etc.). Disponer de estos espacios de intercambio va a facilitar la comunicación cuando se produzcan *situaciones difíciles* en las que se deberán acordar y consensuar decisiones o intervenciones. Esta relación es una fuente de seguridad y confianza entre equipo y familiares.

■ Sensibilización y estímulo de su papel insustituible de apoyo emocional a la persona mayor

Este aspecto es de vital importancia, debemos potenciar espacios de encuentro que faciliten la continuidad relacional entre la persona usuaria y sus familiares. Si la familia conoce qué aspectos estamos trabajando con la persona podrá apoyarnos y actuaremos todos de un modo más coherente en la Residencia, favoreciendo a las personas usuarias.

■ Compromiso de colaboración familiar en el centro

Es importante acordar los roles y el grado de colaboración entre la familia y el equipo, basado en un compromiso común para el bienestar de la persona usuaria. Podemos recomendar formas de colaboración en los apoyos y/o cuidados, paseos y acompañamientos, cooperación en algunas actividades, etc. También podemos estimular su participación en grupos educativos o de ayuda mutua de familiares.

Es preciso, como requisito previo, la aceptación de la persona usuaria en la participación de su familiar en su PPA y en las actividades del centro.

Es imprescindible ser flexible y comprensivos, adaptarnos a las posibilidades y deseos reales de las familias, evitando hacer juicios morales.

Es necesario motivar a los familiares para que se corresponsabilicen en que la persona disponga de los objetos necesarios para la personalización de la habitación de la persona (cuadros, fotografías) y de los materiales necesarios para la elaboración instrumentos como el Libro de historia de vida, Álbum personal, la Caja de recuerdos, etc.

■ Acciones grupales para la capacitación de familiares

Desde el centro deberemos organizar talleres o grupos de capacitación, acciones formativas que suelen tener el objetivo de proporcionar conocimientos, habilidades y actitudes que permitan una adecuada atención e interacción de las familias con las personas mayores.

Las acciones formativas pueden tener formatos y metodologías diversas según los objetivos y contenidos o habilidades a desarrollar.

■ Ayuda psicológica

Debemos seguir ofreciendo ayuda psicológica a la familia, definiendo espacios, ya sean reuniones individuales o grupales, en las que los familiares puedan expresar sus sentimientos, preocupaciones.

De especial utilidad es la organización o derivación hacia Grupos de apoyo mutuo. Los grupos de ayuda mutua que están compuestos de personas que comparten un problema o situación similar. Se reúnen para encontrar estrategias para superarlo y conseguir cambios sociales y/o personales. Los grupos de ayuda mutua enfatizan la interacción personal y la asunción individual de responsabilidades de sus miembros. Dan ayuda emocional y promueven unos valores a través de los que sus miembros pueden reforzar la propia identidad.

Los Grupos de ayuda mutua permiten:

- Conocerse ante las situaciones que nos tocan vivir.
- Informarnos y poner en claro la información percibida.
- Comprender a otras personas que están en la misma situación.
- Establecer relaciones de amistad con personas que te comprenden y te aceptan.
- Apoyar a otros miembros del grupo de ayuda mutua minimizando el aislamiento social.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Situaciones de claudicación familiar que inciden en las situaciones de conflicto de los familiares con el equipo

Respuestas y alternativas propuestas:

- Clarificar expectativas, señalar límites y proponer estrategias de colaboración que sean significativas para la familia, para la persona usuaria y para el equipo.

b) Que la familia requiera tanta atención que implique una pérdida de atención a la propia persona residente

Respuestas y alternativas propuestas:

- Ofrecer espacios delimitados de apoyo, evitando que se genere dependencia de los familiares hacia el equipo.
- Ante situaciones de demanda excesiva por parte de los familiares, debe derivar a otros espacios de apoyo de cariz más terapéutico.

c) Que la familia, aún siendo colaboradora, coarte la libertad, capacidades o toma de decisiones de la persona residente

Respuestas y alternativas propuestas:

- Desarrollar un trabajo de información conjunta y pactada con el familiar y la persona usuaria para la definición de los espacios y roles que competan a cada cual.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a apoyar a las familias y favorecer su presencia y colaboración en el centro, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se fomenta la autonomía

- Porque trabajando con las familias con una adecuada cooperación con el centro se propicia una mayor autonomía de la persona usuaria.
- Ya que capacita a las familias tanto para desarrollar un rol de colaboración como para ejercer de defensores de los derechos de las personas usuarias y de la orientación de la atención a éstas.

Se mejora el bienestar emocional

- Ya que las familias, al sentirse parte del proceso y conocedoras de la dinámica de funcionamiento del centro, experimentan una mayor tranquilidad y se sienten mejor.
- Porque se respetan la decisión familiar tomada relativa a la persona en el recurso y se potencia la idea del cuidado compartido (se rompe el mito del abandono familiar).
- Porque cuando se atiende adecuadamente a las familias y éstas tienen su papel en el centro, se genera por su parte una mejor respuesta de atención a la persona residente.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Porque se refuerza la relación persona usuaria y familia desde su incorporación al centro.
- Ya que sirve para romper barreras, favoreciendo el acercamiento, dando confianza y mejorando las relaciones entre todas las partes integrantes del proceso de intervención.
- Al haber una mayor fluidez en la comunicación (en ambas direcciones), se clarifica el nivel de necesidades tanto de las personas usuarias como de las familias y de los profesionales.

Limitaciones en su aplicabilidad

En general, es una Buena Práctica aplicable para cualquier usuario/a y familia.

Existirán limitaciones en el caso que la persona usuaria no admita la presencia y participación de sus familiares en el centro.

Principales instrumentos de apoyo

- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Asturias apoya. Para aprender a cuidarse y cuidar mejor*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *La familia contigo. El papel de los familiares en las residencias de las personas mayores*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- López, J. y Crespo, M. (2006). "Intervención con cuidadores". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 54. Lecciones de Gerontología, IV [Fecha de publicación: 09/06/2006]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-intervencion-01.pdf>
- Crespo, M. y López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa*. "Cómo mantener su bienestar". Madrid, IMSERSO.
- IMSERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid, IMSERSO.

ÁREA DE MEJORA 3. BIENESTAR PSICOAFECTIVO: EMOCIONES, COMUNICACIÓN Y CONVIVENCIA

3.1.

BPclave: Apoyo al ingreso y adaptación de la persona usuaria

- Porque el apoyo antes del ingreso y una acogida personalizada y cálida favorecen el bienestar de la persona y su adaptación en el centro.
- Porque también ayuda a las familias generando confianza y propiciando una buena colaboración.
- Porque ir a vivir a una Residencia no ha de ser necesariamente negativo o perjudicial para la persona ni supone siempre el abandono por parte de la familia. Las Residencias son un recurso necesario que puede dar oportunidades de calidad de vida a las personas que allí viven.

Esta BP se dirige a facilitar la adaptación de la persona a la Residencia con una acogida personalizada en la misma.

Antes de que la persona llegue al centro (intervención en el pre-ingreso) el equipo del centro lleva a cabo una serie de actuaciones dirigidas a conocer mejor a la persona y a que ésta conozca el centro antes de empezar a asistir de cara a procurar un ajuste de expectativas respecto a la atención que va a recibir.

Esta BP propone llevar a cabo ciertas actuaciones en las primeras semanas dirigidas a procurar una acogida favorable gracias a una atención lo más personalizada posible. Para ello se contempla la biografía de la persona, sus intereses y preferencias como el eje fundamental desde donde articular las intervenciones técnicas propuestas. Asimismo el trabajo con la familia se considera una parte fundamental para favorecer este cambio de vida en la persona y una mejor adaptación de la persona a su nuevo lugar de vida.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo en el centro de una buena práctica dirigida a favorecer la adaptación de las personas que se incorporan a la Residencia deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Interviniendo antes de que la persona se incorpore al centro (pre-ingreso)

La fase previa de incorporación tiene gran relevancia para favorecer la adaptación de la persona al mismo. El trabajo anterior a su llegada, dirigida tanto a la persona usuaria como a su familia cuidadora, es fundamental para anticipar y ajustar las expectativas sobre la atención y ofrecer apoyos que optimicen esta inicial adaptación.

Concretamente, antes de que la persona se incorpore se recomienda planificar y llevar a cabo actuaciones como las siguientes:

- Conocimiento inicial de la situación de la persona y de su familia, en relación con la situación previa de cuidados.
- Escucha y expresión de sentimientos (miedos, reproches, culpa...) de la persona mayor y de sus cuidadores familiares.
- Información sobre el centro y sobre las oportunidades específicas que tendrá la persona para el desarrollo y ejercicio de sus competencias personales (autonomía e independencia) y para el ejercicio de sus derechos (a participar en actividades, a relacionarse con otras personas, etc.). Deberemos proporcionar tanto información verbal como por escrito (documentación informativa). Es el momento para propiciar un ajuste de expectativas sobre la atención a recibir por parte del centro.
- Conocimiento directo del lugar y de sus gentes que propicie la anticipación preparatoria.
 - Presentación del equipo de atención directa.
 - Visita a sus instalaciones (estancias comunes, a la que podría ser su habitación, diferentes salas y servicios...).
 - Presentación de otras personas usuarias. Planificación de la visita en momentos agradables, de más interacción.
 - Presentación, en su caso, de otras familias.
- Toma de decisiones sobre aspectos concretos relacionados con su ingreso.
 - Cuándo y cómo iniciar la asistencia (día, opción de incorporación gradual, etc.).
 - Cómo se le recibirá y qué familiares o allegados lo acompañarán.
 - Qué necesita traer (documentación, equipamiento, enseres personales, etc.) y qué cosas podrá ir trayendo posteriormente.
 - El régimen de vida de los primeros días (permitir más flexibilidad y elección).

b) Favoreciendo la adaptación al centro desde una adecuada acogida

La llegada a la Residencia de la persona y su estancia durante los primeros días tienen gran trascendencia en la adaptación al mismo. En estos días es cuando la persona, y también su familia,

reciben las primeras impresiones y mensajes y con ello configuran una idea inicial del mismo (acorde o distanciada de lo que habían previsto). Los primeros días deben ser especialmente cuidados ya que en ellos se inicia un modo de relación persona mayor-profesionales-familia. Disponer de canales de información entre familiares y el equipo es imprescindible para generar la confianza necesaria en estos momentos.

Cabe destacar algunas actuaciones esenciales en estos primeros días, o incluso semanas, algunas de ellas de continuidad con las actuaciones ya iniciadas en la fase previa a la llegada a la Residencia:

- Acompañamiento a la persona en su llegada a la Residencia, favoreciendo especialmente la expresión de opiniones, sentimientos para conseguir confianza y un buen clima de comunicación, sin forzar ni juzgar, respetando sus primeras expresiones, reacciones y ritmos.
- Incorporación a alguna actividad, según sus preferencias, respetando su estilo y ritmo en su incorporación a la misma. Respetar también espacios en soledad si lo desea.
- Contacto y recepción por parte del profesional *de referencia* para la persona mayor y su familia.
- Contacto con grupo de acogida (si existiese).
- Información complementaria sobre el centro, facilitando la adaptación y el ajuste de expectativas ya iniciado.
- Inicio progresivamente del proceso de la valoración integral de la persona: Los primeros días es necesario prestar más atención a la persona. Se deberá encontrar momentos para el encuentro y conversaciones informales con ella. Acompañarla en estos momentos iniciales del proceso facilita el conocimiento mutuo y genera seguridad y bienestar. Se trata de personalizar el trato a la persona desde el principio.
- Participación de la persona residente en el centro.
 - Poco a poco, inicio de la participación en el diseño de su PPA.
 - Consentimiento sobre la participación (y recibir visitas) de su familia en la Residencia (salvo falta de competencia o incapacitación).
- Participación de sus familiares en el Centro residencial.
 - En el diseño y participación del PPA.
 - Participación en programas para familias (formativos y de cooperación).
- Información y anticipación de respuestas e información acerca de cómo se actúa en el centro ante situaciones “excepcionales” (caídas, accidentes, urgencias sanitarias, pérdidas por desorientación, etc.). Conocer cómo los equipos actúan ante estos sucesos de una forma coordinada y planificada proporciona seguridad y evita reproches y acusaciones desmesurados.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Falta de programación de las visitas a la Residencia

Respuestas y alternativas propuestas:

- Planificar una hora concreta para las visitas previas al ingreso, de este modo se puede conocer al equipo, los usuarios y las instalaciones sin interrumpir las actividades y evitar los momentos más inadecuados. En caso de no poder hacerse, priorizar el fomento de las relaciones sobre la propia actividad.

b) La dificultad de comprender la información aportada por parte de las personas usuarias o incluso de algunos familiares

Respuestas y alternativas propuestas:

- Facilitar toda la información necesaria por escrito, de forma clara y sin tecnicismos. Dejar algunos asuntos más complejos para entrevistas posteriores.

c) Los prejuicios e ideas preconcebidas de algunas familias y posibles usuarios sobre los centros

Respuestas y alternativas propuestas:

- Facilitar toda la información y accesibilidad (sin molestar a otras personas).
- Posibilidad de conocer el centro en varias ocasiones, quedarse a comer o tomar un café, charlar con personas usuarias u otros familiares y con el equipo técnico.
- Mostrar disponibilidad y empatía. Facilitar. Ser claros y mostrar cercanía. Ofrecer posibilidad de participar en alguna actividad de ocio o “especial”.

d) Falta de implicación de las familias en el proceso de ingreso

Respuestas y alternativas propuestas:

- Trabajo específico con el grupo familiar, escuchándolos y motivándolos para que se impliquen. Hacerles ver la importancia de su apoyo durante todo el proceso y fomentar su implicación en el seguimiento de su familiar.
- Evitar el prejuicio de que conseguir la colaboración familiar es una labor inútil o imposible. Trabajar aspectos emocionales y de culpa (legitimar su decisión, minimizar sentimientos de culpa).
- Asumir su falta de colaboración en algunos casos como consecuencia lógica y respetable de la dinámica familiar previa.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a garantizar la mejor adaptación posible a la persona a su nueva vida en la Residencia, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno:

Se fomenta la autonomía

- Porque se le informa, durante todo el proceso, que la decisión de acudir es suya y que pueden decidir ingresar, continuar o abandonar en cualquier momento.
- Pues se favorece esta decisión, con pleno conocimiento del recurso, presenciando su funcionamiento y al conocer previamente a sus profesionales y usuarios/as.
- Al ofrecer, con empatía y tranquilidad, la información que necesite y que pueda tomar decisiones que favorezcan su percepción de mantenimiento de control en estos momentos de cambio.

Se mejora el bienestar emocional

- Al informar sobre el funcionamiento de la Residencia y facilitar conocimiento real sobre el mismo, además de completar la autonomía de la persona, se transmite seguridad y tranquilidad.
- También se genera bienestar en los propios profesionales, al tener un primer contacto con el futuro residente y poder, en ese primer contacto, conocerle lo suficiente para diseñar líneas para relacionarse y trabajar con él en los primeros días tras su ingreso.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Mejora las relaciones interpersonales de las personas usuarias al favorecer un primer contacto con la nueva persona que va a vivir en el centro. Se fomenta que la persona que empieza se sienta, lo antes posible, cómodo y miembro de un grupo pero con opciones de mantener sus espacios/momentos de intimidad.
- Porque desde los primeros contactos con el equipo del centro, se favorecen las relaciones con la familia.
- Y también porque se favorecen las relaciones entre la familia y la persona mayor al realizar esta parte del proceso *juntos*: visitar y conocer el recurso, compartir impresiones, preguntar dudas.

Se protegen derechos

- Porque se garantiza la información que necesita la persona y su derecho a decidir (ejercicio de su autonomía).
- También porque las situaciones o soportes relacionados con procesos de información y comunicación con las personas cuidan los aspectos relativos a los derechos de privacidad, confidencialidad y dignidad.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier persona usuaria de un centro y a su familia. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Ejemplo

Blanca es una mujer muy mayor, de carácter afable, que vive habitualmente en Madrid. Algunos problemas de salud hacían recomendable el clima de Asturias para pasar el verano y sus hijas le alquilaron un piso en Oviedo. Blanca se puso en contacto con la Residencia para valorar la posibilidad de que pudiera comer a diario en la Cafetería durante los meses que estuviese aquí.

Los primeros días que vino a comer transmitió al personal de la Residencia un cierto sentimiento de soledad ya que carecía de vinculación con esta zona.

Se eligió un grupo de residentes que por edad y afinidad pudiese congeniar con Blanca y se formó un pequeño comité cuyo cometido era integrarla en las actividades habituales de estos residentes: paseos, salidas al mercado, parchís...

Además desde la Residencia se le informó de las actividades programadas para el verano y a las que ella se podría incorporar.

Principales instrumentos de apoyo

- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Asturias apoya. Para encontrar la Residencia que se convierta en el nuevo hogar*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.

ÁREA DE MEJORA 3. BIENESTAR PSICOAFECTIVO: EMOCIONES, COMUNICACIÓN Y CONVIVENCIA

3.2.

BP clave: El trato personalizado

- Porque las personas somos diferentes, y por tanto, no podemos ser tratadas de una forma uniforme.
- Porque la atención personalizada fomenta el bienestar de la persona y su adaptación al centro.
- Porque conocer las preferencias de las personas usuarias y saber cómo quieren ser tratadas, nos permite construir una relación basada en el respeto a su dignidad en el entorno institucional.

Esta BP se dirige a conocer el estilo de vida de la persona usuaria, sus preferencias y deseos en relación con el centro, para procurar una atención personalizada huyendo de una asistencia uniforme.

Detalla algunos elementos esenciales como son el comprobar que la información de que disponemos respecto a estas preferencias se ajusta a lo que quiere la persona en este momento; asegurarnos que el personal dispone de la información necesaria para saber cómo tiene que tratar a cada persona y que el uso que da a la información cumple las normas éticas y profesionales y que, por supuesto, se lleva a la práctica en el día a día.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo en el centro de esta BP dirigida a garantizar el trato personalizado a las personas usuarias deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Poniendo en valor la biografía y las preferencias de cada persona y situándolas en el eje de su Plan personalizado de atención

Es fundamental que desde el centro respetemos la identidad de cada persona usuaria y actuemos con el criterio de *coherencia biográfica*, es decir, siendo conscientes de la historia de la persona, de sus roles y de la forma de vida y de relación que ha tenido y tiene.

El PPA debe tener en cuenta aspectos biográficos para permitir que las intervenciones en los centros se sitúen en coherencia con las identidades personales y permitan seguir desarrollando y mejorando, los proyectos de vida que todas las personas tenemos.

Instrumentos como la Historia de vida o el Álbum personal (ver BP-clave 3.3. El Libro de historia de vida y el Álbum personal) nos ayudarán a obtener conocimientos significativos para la mejora atención de las personas en el centro.

Conocer lo que a la persona usuaria le gusta y lo que le disgusta nos permite conocer aspectos de su Historia de vida y adaptarnos a sus costumbres anteriores.

Conocer y respetar las preferencias de las personas usuarias en referencia a los asuntos cotidianos en el centro, resulta imprescindible para adaptar nuestro desempeño profesional y el recurso en su conjunto a la persona, evitando que sea siempre el usuario quien se vea obligado a adaptarse a las normas del centro o a procedimientos establecidos de forma idéntica para el conjunto de personas allí atendidas.

Toda esta información debe ser recogida y convertirse en el eje sobre el cual donde articular el PPA.

La sistematización de los datos e información referida a las preferencias de la persona forma parte del PPA de cada persona usuaria (tal y como se expone en la BP-clave 4.2. dedicada al Plan personalizado de atención). En la parte del PPA que se refiera a las preferencias de la persona debemos tener identificadas éstas referidas a los diversos contextos cotidianos o momentos (procesos) de nuestro centro.

b) Identificando cómo la persona quiere ser tratada

Deberemos ser capaces de hallar las formas de relación y los instrumentos oportunos que faciliten la expresión de preferencias por parte de las personas usuarias y la gestión de sus propios asuntos.

Los momentos cotidianos en el centro son la esencia del trato personalizado. Por ello, puede ser de utilidad tener en cuenta actuaciones como las siguientes.

■ Recogida y registro de las preferencias de las personas en los asuntos cotidianos del centro

En lo que se refiere al modo en que la persona quiere ser tratada, al incorporarse la persona al recurso se deberá dedicar un tiempo para identificar estas preferencias y hacer constar esta información en el PPA.

En los casos de personas usuarias con más heteronomía deberemos contar con otros *informantes* (familiares o personas de su entorno) para recoger esta información, pero ello no significa que no debamos hacerlo.

Debemos contemplar, dentro de la situación y las variables de personalidad de cada usuario, sobre sus preferencias relacionadas con:

- La comunicación con la persona: cómo debemos iniciar nuestra comunicación con la persona, el modo en cómo quiere que se le llame, hay que conocer tanto el nombre por el cual quiere ser llamado, así como la cercanía o confianza que desea recibir (trato de *tú* o de *usted*, distancia, tono de voz, etc.).
- La toma de decisiones: qué tipo de elecciones podemos proponerle a lo largo del día.
- El cuidado personal: sus hábitos, sus preferencias, sus costumbres relativas al cuidado de sí mismo (del aseo, de higiene íntima, del vestido, de la estética, etc.).
- Sus enseres y espacios: cómo le gusta tener sus cosas, usar su habitación, etc.
- Sus gustos y preferencias en la alimentación, especialmente en lo referido a las diferentes comidas del día.
- Los talleres y actividades en los que participa con agrado y motivación.
- Las situaciones informales y actividades de ocio que le agradan especialmente.
- Las relaciones o actividades comunitarias que le gustan.

■ Detección del bienestar o malestar que generan algunos elementos de la vida cotidiana en el centro

Ampliando algo más el registro de preferencias que acaba de ser recomendado, debemos ser capaces de conocer más específicamente qué cosas o situaciones le agradan o generan bienestar y cuáles le disgustan o le producen ansiedad o malestar.

Concretamente deberemos saber cuál es la repercusión emocional que conlleva algunos aspectos como los que se presentan en esta tabla.

	Que le agradan, le generan bienestar	Que le disgustan, le producen ansiedad o estrés
Hábitos propios de la persona		
Formas de trabajo, hábitos del personal (criterios de realización)		
Formas de relación interpersonal (tipo de trato, cercanía, intimidad, etc.)		
Situaciones, entornos especiales		

Para recoger esta información debemos formular preguntas abiertas o emplear sistemas alternativos de comunicación (tableros de elección, pictogramas adaptados, etc.). En caso de personas con cierta heteronomía deberemos emplear técnicas de reformulación que nos permitan reconocer la congruencia de la información que hemos registrado. En cualquier caso deberemos estar seguros de la veracidad de la información y pedir su consentimiento para dar a conocer sus preferencias al resto del equipo.

En el caso de personas con grave afectación y alta heteronomía el registro de estas cuestiones debe realizarse con la información proporcionada por su círculo cercano (familia, amigos...), completándola siempre desde *la mirada* en el centro.

Esta información debe quedar registrada en el PPA en un documento sencillo, elaborado con un lenguaje realista y concreto que sirva de referente para las relaciones y situaciones cotidianas y que esté validado por la persona usuaria o por su familia, si ésta no pudiera.

c) Comprometiéndonos con el respeto de las preferencias de las personas usuarias

Algunos instrumentos pueden ser de gran utilidad para que el centro adquiera compromisos en cómo atender a cada persona asumiendo sus preferencias. En este sentido se recomienda consultar el ejemplo de BP Los diez mandamientos, soporte donde cada persona expresa sus diez preferencias en la atención y el centro se compromete a asumirlas.

En este tipo de instrumentos es básico el consenso y el compromiso del centro, lo que en ocasiones requerirá cambios en la organización y revisión de las normas.

La información referida a las preferencias de las personas debe ser actualizada ya que las personas cambiamos con el tiempo. Conviene realizar revisiones para asegurarnos que la información se encuentra actualizada. De no hacerlo podemos quedarnos con una imagen fija de la persona (por ejemplo de cuando ingresó en el centro) cuando, a lo mejor, las personas han ido asumiendo nuevos roles, y adquirido más confianza con otros usuarios y con los profesionales. Por otra parte con el tiempo, los profesionales del centro dispondremos de más conocimiento acerca de lo que la persona prefiere, ya que la conocemos mejor.

Deberemos asegurarnos que todo el personal conoce esta información y de que se actúa acorde a ella. Hay que asegurarnos de que tratamos a cada persona de forma individualizada, como desea serlo, y que ello lo hace todo el personal. También debemos buscar mejorar la calidad en las formas de relación, propiciando comunicaciones sinceras, naturales y que presenten coherencia entre el lenguaje verbal y no verbal.

Aplicar esta BBPP requiere de los profesionales habilidades relacionales, capacidad para establecer interacciones con estilos diferentes, atendiendo a los interlocutores. Deberemos ser capaces de adaptarnos a cada relación y a cada persona, haciéndola diferente. Esta flexibilidad permitirá generar la cercanía necesaria para formar parte del entorno relacional y afectivo de la persona.

También se requiere ser respetuosos con esta información referida a las preferencias de las personas y hacer un uso ético de la misma.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Falta de sensibilidad a cómo se ha de tratar a las personas usuarias

Respuestas y alternativas propuestas:

- Realizar acciones formativas y de sensibilización a los profesionales sobre la necesidad de la individuación en las relaciones, habilidades de comunicación y la importancia del trato.
- Conocer y compartir información de cómo quieren ser tratados.
- Supervisar y motivar formas de trato idóneo.
- Evitar formas de denominación genérica o particular que demuestren desprecio o estereotipen a las personas.

b) Falta de respeto hacia ideas, preferencias e información personal

Respuestas y alternativas propuestas:

- Realizar acciones formativas y de sensibilización a los profesionales sobre el uso de la información privada y confidencial.

c) Las actitudes profesionales se centran más en las técnicas de trabajo que en la personalización y el bienestar

Respuestas y alternativas propuestas:

- Aplicar el PPA centrado en el bienestar de la persona (en calidad de vida).
- Repensar formas de realización de tareas, sustituyéndolas por aquellas que personalizan más la relación.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a avanzar en un trato personalizado a las personas usuarias, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Porque se logra una mejor autoestima y bienestar de la persona al sentir que es identificada y reconocida. Al poder decidir como quiere ser tratado y poder, de este modo, también mantener su identidad personal.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque se refuerza la autoestima al recibir un trato más ajustado a sus gustos y peculiaridades.
- Porque perciben respeto, importancia y que son los verdaderos protagonistas de nuestro trabajo.

- Porque se da respuesta a sus demandas de interacción en un lenguaje que les es propio y desde su perspectiva personal.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Puesto que nos permite para conocer mejor a las personas usuarias desde sus significados y deseos.
- Porque al conocer aspectos aparentemente triviales de cada relación interpersonal nos adaptamos más a sus gustos, preferencias.
- Porque al evitar lo que a la persona le genera malestar, se favorece el acercamiento y la mejora en las relaciones entre la persona usuaria y los profesionales.

Se protegen derechos

- Porque se respeta el derecho a la persona a ser única, a elegir cómo quiere ser tratada y a que esta información sea tratada atendiendo a criterios éticos y profesionales.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier usuario/a y familia. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Ejemplo

El equipo técnico de una Residencia decide revisar si se está tratando a cada persona usuaria del modo adecuado, y si sus preferencias son conocidas y se han incorporado a las formas de relación y trabajo en ella. Se decide que cuando la persona tenga una alta heteronomía o no pueda expresar sus preferencias, entonces la fuente de información y de intervención de esta BP sea la familia.

El equipo se plantea las siguientes cuestiones que se proponen responder entre todos:

Respecto a la forma de ser tratada la persona

- ¿Sabemos cómo quieren ser llamadas cada una de las personas residentes? ¿Existe una información actualizada?
- ¿Consta esta preferencia especificada en su PPA?
- ¿Todo el personal conoce dicha información?
- ¿Todo el personal la cumple? Si es que no: identificar personas y momentos. Establecer un sistema para modificarlo.
- ¿Este modo de ser llamado es para todo el mundo o con alguna persona de más confianza desea ser llamada de otro modo? ¿Hay alguien que usa esta confianza y no es adecuado que lo haga?
- ¿Le hemos preguntado a la persona si está contenta (satisfecha) con la forma de trato que recibe? Si es que no, identificar la mejor persona.

Respecto a otras preferencias

- ¿Sabemos lo suficiente acerca de sus preferencias? ¿Se trata de una información actualizada? ¿Necesitamos revisarla o mejorarla?
- ¿Constan estas preferencias en su PPA?
- ¿Todo el personal que necesita saberlo conoce dicha información?
- ¿Todo el personal la cumple? Si es que no: identificar personas y momentos. Establecer un sistema para modificarlo.

Una vez realizada esta reflexión conjunta, se consensúan las siguientes propuestas

- Hacer una revisión del modelo de PPA ya que no incluye la información relativa a las preferencias de la persona.
- Revisar la organización cotidiana de los apoyos/cuidados de cada persona y cómo se prestan. Empezar por las personas usuarias que más van a beneficiarse por estos cambios. Hacer sesiones monográficas relativas a estas personas y revisar con detalle nuestra forma de trabajo y relación con ellas. Preguntarles su opinión.
- En las personas con más heteronomía o que más riesgo de despersonalización en el cuidado puede tener, escribir en un cartel algunos datos de la persona (nombre, profesión, lo que le gustaba...) que nos ayuden a recordar con quien estamos tratando, siempre previo Consentimiento informado de la persona y/o de su familia (ver para ello la BP-clave 3.3. sobre el Libro de historia de vida y el Álbum personal).

Principales instrumentos de apoyo

- Guisset, M.J. (2008). "Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevo escenario". Boletín sobre envejecimiento. *Perfiles y tendencias*, nº 34, septiembre. IMSERSO, Madrid.
- Zamarrón, D. (2006). "El bienestar subjetivo en la vejez". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 52. Lecciones de Gerontología, II [Fecha de publicación: 09/06/2006]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf>
- Documento soporte para la elaboración del Plan personalizado de atención.
- Documento "Los diez mandamientos".
- Ficha de recogida de gustos y preferencias.
- Modelos de Consentimiento informado.

ÁREA DE MEJORA 3. BIENESTAR PSICOAFECTIVO: EMOCIONES, COMUNICACIÓN Y CONVIVENCIA

3.3.

BP clave: El Libro de historia de vida y el Álbum personal

- Porque estos instrumentos son valiosos para avanzar en la atención personalizada y apoyar los procesos de planificación de la propia vida en la Residencia.
- Porque permite desarrollar la construcción de la propia identidad dando valor a aspectos significativos de la Historia de vida personal.
- Porque facilita la comunicación de la persona usuaria con su entorno social, tanto en el centro, como fuera del mismo –con su familia y allegados–.

Esta BP se dirige a orientar la elaboración de instrumentos de puesta en valor de la identidad (Libro de historia de vida y el Álbum personal) por parte de las personas usuarias que así lo deseen. En ambos casos son elaborados por la persona usuaria incluyendo imágenes, textos, anécdotas referidas a experiencias presentes y/o pasadas significativas en su vida.

Esta BP detalla cómo desarrollar estos instrumentos de apoyo para trabajar los referentes de cada individuo y cómo a partir de éstos podremos ofrecer oportunidades para su vida actual y apoyar su proyecto de futuro.

Realizar con ellos su Libro de historia de vida o el Álbum personal nos permite contactar con su mundo personal (momentos, personas, lugares) lo que le ha construido como un ser diferente a los demás.

Esta BP busca que la persona se sienta bien, disfrute y, a la vez, que los profesionales encontremos espacios y contenido para establecer y mantener una comunicación significativa con cada persona.

En esta BP se recogen los principales fundamentos, fases y acciones para elaborar de un modo personalizado estos instrumentos de apoyo con las personas usuarias del recurso.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Elaborar estos instrumentos con las personas residentes implica reconocer la importancia de la historia de su vida y su importante papel en la identidad personal y social de cada individuo. Para su desarrollo es recomendable tener en cuenta aspectos y realizar actuaciones como las que a continuación se describen.

a) Entendiendo la Historia de vida como un instrumento para el refuerzo de la identidad y la coherencia personal

La Historia de vida puede ser definida como un tipo particular de narración donde la persona mayor elabora un relato de su propia vida. A diferencia de la biografía, que es realizada por otras personas, la historia vital es un relato, generalmente oral (si es escrito hablamos de autobiografía), narrado por la propia persona.

Las Historias de vida cumplen un importante papel en las personas mayores ya que refuerzan la identidad personal, y permiten dar sentido a muchos aspectos de nuestra trayectoria vital integrando los cambios que en ella se han ido produciendo. La Historia de vida contribuye a consolidar en la persona mayor una visión estable y coherente de su propia vida, enfatiza su individualidad, y además, con carácter general, permite llevar a cabo evaluaciones positivas de uno mismo.

La elaboración de Historias de vida pueden tener dos finalidades y en correspondencia formas de ser utilizada: como revisión (*life review*) y como reflexión (*life reflection*). En el primer caso la Historia de vida tiene un fin terapéutico y su objetivo se centra en ayudar a resolver conflictos no resueltos de la persona y a elaborar significados más positivos de episodios complejos de la vida, situando la intervención en un ámbito clínico. En el segundo caso la Historia de vida se utiliza como una estrategia de estímulo a la reflexión de la propia persona mayor. Es como una estrategia para favorecer el recuerdo y la reinterpretación de su pasado, ofreciendo a la persona validación emocional de lo vivido para reforzar su identidad y coherencia personal. Con este enfoque nos planteamos la construcción de Libros de historias de vida en los Centros residenciales.

b) Trabajando la Historia de vida de una forma personalizada

Para el desarrollo de estos instrumentos es importante desarrollar un trabajo individualizado en un entorno que facilite la confianza y una comunicación adecuada donde cada persona identifica y comparte sus vivencias significativas. Debemos huir de elaborar los Libros o Álbumes de una forma seriada y uniforme (para todos, de idéntica forma o en el mismo momento).

Para ello, en este proceso de trabajo individualizado es recomendable ir contemplando diferentes elecciones.

■ Escoger un espacio privado y amigable

Elegir un lugar tranquilo, amigable, donde no haya elementos disruptivos, nos permite trabajar la personalización y la transmisión de los significados otorgados a las experiencias vividas por cada persona usuaria.

■ Escoger quién o quiénes participan en la elaboración de estos instrumentos

Otro aspecto importante es el de decidir qué personas son las que van a trabajar la Historia de vida de la persona. Se recomienda que dicho proceso pueda ser trabajado por profesionales de diversas disciplinas (como el Trabajador/a social, el Educador/a social, el Psicólogo/a, el Terapeuta ocupacional) y, de forma complementaria, también por su profesional o Auxiliar de referencia.

Asimismo este proceso nos ofrece una oportunidad para involucrar a la familia o allegados en el mismo, ya que emergen espacios y anécdotas de historia compartida entre la persona usuaria, sus familiares y allegados, quienes constituyen sus referentes en el ámbito emocional.

■ Elegir el momento adecuado para su desarrollo

Debemos diferenciar si la persona lleva tiempo en el centro o si, por el contrario se incorporará al mismo, o ha llegado recientemente. En todo caso, la persona debe aceptar y desear nuestra propuesta. En caso de falta de autonomía será la familia quien ejercerá esta aceptación. No debemos olvidar que para cada persona habrá un momento adecuado: para unas será al ingreso, para otras más adelante, otras simplemente no querrán.

- Para **personas recién incorporadas** ésta es una propuesta que puede hacerse en la fase de acogida al centro, incorporando a la familia en un proceso que nos permita además personalizar espacios del centro. En el momento del ingreso se puede proponer a la persona y a la familia esta tarea a realizar durante el periodo de los tres meses siguientes, para así conocer mejor a la persona, así como dar valor a la historia compartida entre la persona usuaria y el familiar, desarrollando espacios de cooperación entre ambos.
- Para **personas que hace tiempo que viven en el centro** la elaboración de su Libro de historia de vida o Álbum personal puede ser planteada en cualquier momento. En estos casos, la propuesta puede ir acompañada con la realización de un pequeño homenaje a la persona, destacando su trayectoria más significativa, su importancia para los demás y sus planes de futuro. Este acto puede concebirse de un modo privado, es decir de reconocimiento del grupo próximo (profesional de referencia), como hacerlo extensible a otras personas que el usuario/a quiera (familia, amistades, compañeros/as del centro, otros profesionales...). En todo caso es una estrategia potente de refuerzo de la identidad, de la autoestima así como de puesta en valor de sus capacidades ante los demás.

c) Recogiendo el relato de la persona y construyendo con ella su Libro de historia de vida o su Álbum personal

Su elaboración requiere las siguientes acciones:

■ Desarrollo del relato biográfico

La Historia de vida, como relato de la propia persona, o en su caso la recopilación de la biografía por parte de sus allegados, debe ser construida partiendo de elementos que sean significativos para la persona usuaria. Se propone así desarrollar el relato y la recogida

de información como un esquema biográfico y abierto (puede ser enunciado mediante preguntas directas) que recoja temas o contenidos como:

- **Nacimiento:** lugar, padres, contexto social o momento histórico.
- **Infancia y juventud:** crianza, hermanos y otra familia, escuela y estudios, amistades infantiles y juegos, primeros trabajos, amistades, juventud y ocio.
- **Vida adulta:** familia, trabajos, ocio y aficiones, experiencias vitales y recuerdos especiales, valores fundamentales.
- **Vejez y proyecto vital actual:** cese del trabajo, viudedad, familia: nietos/as, aficiones proyectos actuales y futuros, deseos, asuntos pendientes...

■ Identificación de los aspectos más relevantes para la persona

Tras este relato que sigue una línea argumental de la vida de la persona llegaremos a disponer de información clara referida a los aspectos que mejor resumen su vida:

- Sus personas más queridas. Familiares, amigos, compañeros con los que la persona guarda especial relación.
- Sus lugares preferidos. Su domicilio, la casa del pueblo, el centro, la habitación, otras ciudades en las que ha vivido...
- Las anécdotas que le gusta recordar. Eventos culturales, viajes, convivencias...
- Los intereses actuales, personas más importantes ahora, deseos actuales y planes de futuro.

En este momento y con este esquema el profesional o el familiar puede acompañar a la persona usuaria, con una escucha activa, en un proceso de resumen que supone la identificación y **reminiscencia** de las experiencias más significativas de su vida. Es el momento de ayudarle a que pueda definir e incorporar nuevas metas o planes en su momento vital actual. Es importante recordar que se trata de una reminiscencia informativa, que no pretende hacer evaluaciones o juicios del otro.

Esta reminiscencia permite situaciones en las que sentirse bien compartiendo vivencias y emociones. Permite dar valor a la experiencia pasada, así como fijar los referentes personales presentes y hacia el futuro, desarrollando la identidad personal y los mecanismos de identificación social y sentimiento de pertenencia. Sitúa a las personas en una mejor posición para disfrutar de una mejor relación y socialización en el entorno residencial, con sus familiares y, si es posible, con la comunidad.

■ Construcción del Libro de historia de vida o el Álbum personal

La persona mayor, contando con el apoyo del profesional que le acompañe, deben decidir si prefiere hacer un libro siguiendo la línea temporal (en este caso sería el Libro de historia de vida) y estaría desarrollado siguiendo un orden cronológico (infancia, juventud, vida adulta,...) o si prefiere hacer un Álbum personal que resumiría su vida pero organizada según otros elementos como: personas importantes (familia nuclear, hijos o nietos, amigo/a, etc.), lugares de vida (su pueblo, su casa, su lugar de trabajo, etc.), anécdotas preferidas o sus mejores experiencias (ceremonias, encuentros, eventos, viajes,...) y deseos, anhelos, intereses presentes o futuros.

Como ambos *productos* no son incompatibles y algunas personas pueden disfrutar mucho haciendo ambos es muy conveniente que lo hagan pero cuidemos que se secuencien

en el tiempo, tratando de mejorar el estilo o formato de uno a otros, buscando disponer de más material para hacer el segundo... Pueden ser estrategias que mejoran el resultado, la satisfacción de la persona y que también ayudan a mantenerse motivada.

Un aspecto de gran importancia es que el producto final genere respeto y dé valor a la persona, ofreciendo una visión adulta y empoderadora de la persona. Por ello deberemos lograr un producto que tenga un acabado estético y de calidad. Para ello habrá que cuidar de una forma especial no infantilizar las expresiones y evitar que propicie actitudes proteccionistas o que generen sentimientos de lástima cuando sea leído por otras personas. Para ello deberemos esmerar:

- La elección de fotografías y textos que irán en el libro. Partiendo de los aspectos que se han definido como *significativos* se deben recopilar fotografías o textos que los ilustren. Siempre con la persona como autora y nosotros ocupando un *rol facilitador* (seremos sus manos si no puede manipular, escribir, pegar, etc.). La persona deberá definir donde irá cada fotografía, qué texto le acompañará... así como los colores, el formato, etc.
- Que el formato elegido permita la actualización constante del mismo, y poder ir integrando referencias nuevas: tanto de personas (nacimiento de biznietos, nuevos amigos o compañeros, etc.) como de actividades o recuerdos (celebraciones significativas, etc.).

Una vez concluido el libro, no debemos olvidar que éste es siempre propiedad de la persona usuaria, decidiendo ésta sus usos y con quien quiere que sea compartido o a quién puede ser mostrado. Su uso consentido por la persona usuaria y cuidando que la confidencialidad esté siempre garantizada.

Antes de finalizar recordemos que estos productos son siempre instrumentos (y el instrumento no es un fin), medios para facilitar procesos de empoderamiento, identidad y bienestar de la persona usuaria.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) La confidencialidad, el valor de los objetos, el peligro de trivializar desde las actitudes profesionales algo que para la persona es de vital importancia

Respuestas y alternativas propuestas:

- Permitir que la persona usuaria elija el valor de lo que ella quiera dar a conocer, voluntariamente, de su vida.
- Sensibilizar y formar a los profesionales para que refuercen positivamente estos aspectos significativos de cada persona para que sean respetados y valorados (no son “batallitas”, es su vida).
- Hacer un taller con los profesionales en el que cada uno haga en breve un Libro o Álbum y pueda compartirlo con sus compañeros (ejercicio de aprendizaje vivencial).

b) El hecho de trabajar con las emociones de las personas puede ser una dificultad, ya que una actividad de esta tipología puede generar emociones agradables, placenteras o que entristezcan a la persona

Respuestas y alternativas propuestas:

- Formar a los profesionales sobre el uso de dichas técnicas y aportar instrumentos que permitan trabajar la contención de emociones teniendo claro que las personas tienen el derecho a expresar sus emociones, sean éstas de alegría o de tristeza.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de estos *productos* que refuerzan la identidad de las personas residentes se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Porque se confiere confianza a la persona ya que el proceso refuerza, hace consciente y visualiza lo que ésta es capaz de hacer. La persona ve reforzada su identidad y ello tiene un efecto empoderador.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque la persona se sitúa como actor protagonista de su vida, incluso –aunque viva en una Residencia–, lo cual produce un efecto positivo en la autoestima. Permite que se reflexione acerca del sentido de la vida propia.
- Además, al ser recogido en un producto visible y con posibilidad de ser compartido, genera efectos positivos en la opinión de los demás, tanto referido a lo que la persona es (lo que hemos sido nos acompaña y define siempre y hasta el final) como acerca de sus deseos y capacidades actuales.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Porque nos ayuda a conocer mejor quién son las personas con las que trabajamos, conociendo sus experiencias y sus capacidades y tratando de comprender los significados que para ella tienen. Este conocimiento favorece el acercamiento y mejora las relaciones entre persona usuaria, la familia y el equipo profesional. Favorece el trato personalizado y humaniza las relaciones de apoyo y/o cuidado.

Se favorece el desarrollo personal

- Porque ayuda a la persona a continuar siendo un ser único e irreplicable, a ser diferente y único. Esta BP permite el estímulo y desempeño de capacidades cognitivas y funcionales de la persona en una tarea significativa centrada en sus propios referentes personales. A los profesionales nos facilita la identificación de necesidades, intereses y deseos actuales

de la persona y poder dar respuesta a éstos con conocimiento y comprensión. Y así podemos contribuir mejor a su desarrollo personal.

Se protege derechos

- Ya que se realizan como procesos personalizados donde se cuida la privacidad. Además la persona decide su elaboración y determina sus usos. Los profesionales se comprometen a la confidencialidad de todo lo referido al mismo (desde los contenidos vertidos hasta los sentimientos e informaciones evocadas en el proceso).

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier usuario/a y familia.

Existirán limitaciones cuando la persona no dé su consentimiento o cuando la repercusión que pueda producir el recuerdo o la elaboración del mismo genere en la persona más perjuicios que beneficios (por ejemplo si se producen situaciones de trastornos de conducta o emociones de angustia, dolor o tristeza muy intensas).

Ejemplo

Antonio es un señor de 82 años que reside en la Residencia desde hace ya varios años. Sin embargo, hace un par de meses ha tenido un accidente cerebro-vascular en el que ha perdido mucha movilidad y cierta capacidad de habla (pues aunque se le entiende, lo hace con dificultad). Antonio era contable y siempre le ha gustado escribir mucho; de hecho era de los más activos en el periódico de la Residencia –cuando todavía se editaba–, escribía relatos para leer en ocasiones especiales, etc.

Siempre dijo que quería escribir sus memorias pero ahora, tras el ACV es cuando más empeñado está, precisamente ahora que es cuando tiene más dificultades para hacerlo él solo.

Nos planteamos en el equipo que Antonio necesita apoyo para hacerlo, además, él mismo reconoce que hacer ahora sus memorias es un modo de recapitular, de que quede constancia de su vida, ahora que se siente más mayor, más impedido, más enfermo.

Logramos que la Asociación de Mayores envíe a Benito, un señor voluntario de 68 años al que Antonio ya conoce, que además es voluntario del Taller de informática. Entre la Psicóloga y Antonio han diseñado cómo quiere hacer sus memorias (estructuradas en fases cronológicas y en temas significativos como en un Libro de historia de vida). Nos reunimos después con Benito para solicitar su colaboración que va a consistir en escuchar los relatos de Antonio (haciendo un calendario previo de modo que Antonio puede pensar y estructurar sus ideas con antelación) y, junto con él ir escribiéndolo en el ordenador. Se hará en el ordenador disponible del centro para uso de los residentes. Tras imprimirlo, Antonio podrá revisarlo y corregirlo. Antonio, que le gusta mucho calcularlo

todo, ha pensado la extensión de cada parte, y hasta cuanto tiempo tardarán en escribirlo si cumplen con la programación que ha hecho.

Principales instrumentos de apoyo

- Villar, F. (2006). “Historias de vida y envejecimiento” Madrid, Portal de Mayores. *Informes Portal Mayores*, nº 59. Lecciones de gerontología, VII (Fecha de publicación 29/06/2006). <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/villar-historias-01.pdf>
- Peña-Casanova, J. (1999). *Activemos la mente. El libro de la memoria*. Barcelona, Fundación La Caixa.
- Guisset, MJ. (2008). “Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevo escenario”. Boletín sobre envejecimiento. *Perfiles y tendencias*, nº 34, septiembre. IMSERSO, Madrid.

ÁREA DE MEJORA 3. BIENESTAR PSICOAFECTIVO: EMOCIONES, COMUNICACIÓN Y CONVIVENCIA

3.4.

BP clave: Bienestar, confort e identidad. **La importancia de la imagen personal**

- Porque las personas tienen derecho a ser diferentes y dar una imagen a los demás personalizada y elegida por ellas mismas.
- Porque mantener el control de la imagen personal favorece que uno se sienta mejor consigo mismo y con su cuerpo.
- Porque precisar de ayuda en el cuidado personal no significa que la persona no tenga derecho a controlar y a elegir su aspecto.
- Porque la imagen personal es resultado de la identidad de la persona y mantener sus criterios es reconocer a la persona como ser único y como merecedor de respeto.

Esta BP se dirige a potenciar la autoestima y una imagen positiva de la persona, fomentando el desarrollo de su capacidad de elección y ejecución en todo lo relativo a su imagen personal.

Para ello se indican elementos esenciales como la sensibilización del personal en la importancia y cuidado de la imagen personal de cada usuario y la necesidad de incluir sus preferencias en referencia a su imagen en el Plan personalizado de atención. También se hace referencia a que para incrementar su independencia en el autocuidado será necesario valorar que apoyos y/o cuidados son necesarios y prestar sólo aquellos que son imprescindibles, evitando incrementar la dependencia.

Se proponen formas de asegurar una imagen personal adecuada y propia que favorezca la participación e inclusión social, ofreciendo un tiempo de dedicación exclusiva en el cuidado de la imagen personal, como actividad placentera, tanto para la persona usuaria como para el profesional.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Fomentar el cuidado de la imagen personal de uno mismo permite hacer visible la dignidad y el respeto hacia la imagen personal generando situaciones de confort y bienestar.

Estar satisfecho con la imagen que ofrecemos a los demás permite mantener la autoestima y el sentimiento de valía. Ayuda a sentirse bien con los años y a aceptar los cambios que el tiempo produce en nuestro cuerpo. Para ello, es necesario desarrollar algunos aspectos básicos y realizar actuaciones como las que a continuación se describen.

a) Sensibilizando a los profesionales sobre la importancia de la imagen externa de las personas residentes

Presentar un buen aspecto, mantener una buena imagen nos hace sentir bien a todas las personas. En el caso de las personas más mayores, además les permite seguir siendo ellas mismas, conectar con su pasado y con su identidad.

Una buena imagen dignifica socialmente, favoreciendo la aceptación por parte de los demás, la relación interpersonal y, por tanto, la socialización. Por el contrario, el descuido de la imagen personal contribuye al mantenimiento de los estereotipos sociales, y facilita que se generen situaciones de rechazo hacia la persona.

Mantener la propia imagen personal implica una serie de tareas que deberá realizar la persona (con ayuda si lo precisa) y constituye una valiosa actividad tanto por el significado que tiene para ésta como porque requiere la puesta en marcha de las dimensiones de capacidad personal.

Al profesional que apoya estas tareas le permite centrarse en la persona, ayudarle a mantener su identidad y en su imagen hacia los demás. El cómo se desempeña esta función de apoyo es de vital importancia. Todos los profesionales y los familiares debemos ser conscientes de ello. Aprender habilidades que permitan mejorar la estética de las personas residentes es importante para atenderlas de una forma adecuada. Si no nos sentimos con conocimientos suficientes sobre cuestiones de estética, deberemos capacitarnos al respecto, asumiendo que es una parte importante de nuestro trabajo en tanto que afecta a la calidad de vida de las personas que apoyamos y atendemos.

Esta BP no sólo es de aplicación para las personas con preservación de su autonomía, sino para las personas con alta heteronomía, en quienes es importantísimo seguir cuidando su aspecto físico, cuando ya ellas no son capaces. No hacerlo aumenta las posibilidades de rechazo de otras personas usuarias, de la familia y del propio personal. La buena imagen es importante para todos y todas.

b) Incluyendo la imagen personal y las preferencias de la persona en su Plan personalizado de atención

El PPA será el instrumento donde debemos recoger la distinta información y conocimiento de la persona. En primer lugar debe incluir información relativa a aspectos biográficos, identitarios, gustos y deseos referidos a su imagen personal.

Por otra parte, el PPA recogerá la información relativa a la valoración de sus capacidades (dimensiones de capacidad personal) y la necesidad de apoyo que puede requerir para cada tarea implicada (desnudarse, asearse, peinarse, elegir su ropa, etc.).

La participación de la persona en este momento del proceso es imprescindible para que los profesionales y familiares respeten sus gustos y preferencias en lo que atañe a su vestido e imagen personal.

Deberemos prestar especial atención a:

■ **Conciliar la mejor imagen con las necesidades funcionales**

En muchas ocasiones deberemos proponer soluciones muy personalizadas compatibles con los sistemas de organización o de cuidados. En todo caso deberemos evitar que el único criterio para la elección de la ropa u otras atenciones corporales sea la comodidad del personal.

■ **El cuidado de la imagen en las personas con alta heteronomía**

Para personas con alta heteronomía, las preferencias las deberán manifestar sus familiares más directos. Éstos deben percibir nuestro interés por cuidar también el aspecto estético e identitario de su familiar. En caso de que no exista familiar ninguno, deberemos ser nosotros mismos, con criterios de *buen gusto* y de sensibilidad, quienes asistiremos también en este aspecto a la persona. Simplemente pensando en cómo nos gustaría a nosotros que nos *arreglaran*.

En personas con niveles de autodeterminación y capacidad cognitiva limitada en la toma de decisiones, deberemos utilizar la observación de comportamiento y comunicación no verbal para conocer su grado de acuerdo con nuestras elecciones.

Verbalizar sentimientos de satisfacción ante su imagen (decir que guapo/a estás, preguntar por si se siente a gusto) es muy importante y permite observar como responde o reacciona la persona.

■ **Singularizar, huir de la homogeneización**

Es importante evitar que la forma de vestir o una imagen despersonalizada genere sentimientos de lástima o de compasión que la estigmatizan más. La personalización en el vestido depende, a veces, de mínimos detalles que es imprescindible cuidar y que manifiestan que es un ser único por cómo viste y por la imagen que ofrece de sí.

Se deben evitar imágenes uniformadas que, si bien facilitan el trabajo, crean un ambiente despersonalizado que revierte en la baja autoestima de las personas residentes.

■ **Las relaciones de apoyo y/o cuidado empoderadoras**

Recordemos que según cómo interaccionamos con la persona estaremos ayudando a, o por el contrario dificultando, tener conciencia de su capacidad de elegir y decidir. Dar opciones en la cotidianidad de un modo natural, permite mantenerse interesado e ilusionado por estar *“guapo/a”*.

La imagen personal, la estética y el bienestar de la persona con ella son cuestiones que hemos de tener más en cuenta tanto en los PPA como en las formas de apoyo y/o de cuidado de las personas.

A cada persona se le han de proporcionar los apoyos necesarios para el desarrollo de estas labores, en su justa medida, y de este modo fomentar su autonomía e independencia y su implicación en estas tareas. Es muy importante secuenciar, y organizar las tareas para facilitar su competencia. Los apoyos se deben prestar de la manera menos invasiva posible y respetando las elecciones propias de la persona en relación a su cuerpo y su imagen.

■ **Estar abiertos a nuevas tendencias y aprender nuevas técnicas**

Que el personal se capacite en técnicas de estética y arreglo personal no es algo alejado de nuestras competencias. Entra de lleno en la atención integral a las personas.

Mirar prensa de actualidad, tendencias de peinado o maquillaje, revistas de moda, etc. tanto para los propios mayores como los profesionales y sus familiares, puede ayudar también a que mejoremos el abordaje.

c) Evaluando el valor que ocupa la imagen personal en nuestro trabajo y las mejoras logradas

Dar importancia a este tema implica tratar el tema en el equipo y realizar seguimiento en las personas. Es importante identificar y valorar los logros obtenidos, en relación a la satisfacción de la propia persona usuarias y/o de su familia.

Podemos fijarnos utilizando algunos indicadores que nos ayuden a conocer la eficacia de la BP en relación al bienestar de la persona, de su aceptación social y de la dignidad otorgada a las personas que se percibe en la institución.

■ **En personas con más autonomía**, algunos de estos indicadores pueden ser:

- Los niveles de participación de las personas residentes en la elección de su ropa y complementos (vestido, anillos, pulseras, colonia, perfume, etc.).
- Las veces que la persona recibe signos de aprobación por su imagen y aspecto.
- La sensación de bienestar de la persona con la imagen que ofrece.
- La posibilidad de hacer elecciones sobre su atuendo (para lo que debe disponer de varias opciones) atendiendo a la actividad (celebraciones, visitas, salidas) o las relaciones sociales (visitas).
- El nivel de relación, aceptación e inclusión social.
- La motivación e implicación del personal hacia el cuidado de la imagen personal.

■ **En personas con alta heteronomía**. A pesar de saber que en muchos casos se deba priorizar la funcionalidad en el cuidado, siempre podemos valorar:

- Cierta grado de personalización de su atuendo (uso de ropa adaptada pero propia)
- Mantenimiento de algún rasgo estético que la persona deseaba (brillo de labios, corte de pelo, cuidado de uñas, colonia favorita), mantenimientos de atuendos que no implican riesgo ni incomodidad, elementos que personalizan el entorno más próximo (fotografías, etc.).
- La motivación e implicación del personal hacia el cuidado de la imagen personal de estas personas.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Actitudes paternalistas o uniformadoras por parte de algunos profesionales

Respuestas y alternativas propuestas:

- Formación y sensibilización de los profesionales acerca de la necesidad de fomentar la autonomía y las decisiones referidas a su imagen de las personas en relación con su bienestar personal. La imagen y la dignidad de la persona son derechos que prevalecen y no pueden eliminarse en aras de la comodidad del personal ya que ello despersonaliza.

b) Dificultades para armonizar las decisiones de la persona residente con las necesidades de atención y/o cuidados

Respuestas y alternativas propuestas:

- Potenciar las oportunidades de elección sobre cómo vestir y cómo arreglarse ofreciendo alternativas funcionales: adaptar o confeccionar prendas para los casos que lo requieran, haciéndolo compatible con sus gustos y tendencias estéticas.

c) Falta de implicación de las familias en este tema

Respuestas y alternativas propuestas:

- Sensibilizar su importancia para dignificar a su familiar (mayor autoestima y por ende mayor integración social).
- Agradecer su colaboración al aportar la ropa que le gusta y resulta cómoda para la persona. Facilitar y dar seguridad en la custodia de sus accesorios.

d) Hacer compatible esta forma de trabajo con la organización del trabajo. Falta de tiempo a algunas horas del día

Respuestas y alternativas propuestas:

- Hacer las tareas de elección y preparación de la ropa y los complementos el día anterior, en relación con las actividades o visitas que recibirá al día siguiente.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una buena práctica dirigida a mejorar la imagen, estética e identidad de las personas residentes se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Porque las elecciones que realiza el residente en relación a su ropa y peinado muestran y fomentan su autodeterminación.

- Porque se da respuesta, con empatía y tranquilidad, a las necesidades de apoyo que la persona necesite para fomentar mejoras en su cuidado personal y que le confieren seguridad.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque poder decidir sobre tu propia imagen, sentirse a gusto con la imagen que tu quieres mostrar, genera sentimiento de seguridad (saber que estás bien, que das buena imagen) y de bienestar.
- Porque se produce un mayor bienestar en cuanto mejora la autonomía de la persona. La formación encaminada a la estética personal así como las pautas o protocolos de apoyo en el cuidado de la imagen generan que una actividad de esta tipología sea un espacio en el que la persona residente pueda compartir placenteramente una actividad personal con otra persona.
- Porque se facilita que la persona tome decisiones y ello genera satisfacción y reporta beneficios en su autoestima.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Porque una buena imagen personal minimiza la posibilidad de rechazo social y facilita las relaciones interpersonales de las personas usuarias entre ellas, con sus familiares y con los profesionales.
- Porque se favorecen las relaciones de la familia con el equipo al compartir la sensibilidad y la importancia de la imagen de la persona, facilitando la complicidad en la búsqueda concreta de estrategias aplicables en cada persona.

Se propicia el desarrollo personal

- Porque poder colaborar y tomar decisiones referentes al cuidado personal genera satisfacción y crecimiento.
- Porque permite desarrollar, claramente, el estímulo de capacidades funcionales, emocionales, cognitivas y por lo tanto, desarrollar aquellos talentos que los residentes poseen, alejando la sustitución sistematizada que a menudo desarrolla y acentúa, aún más, los procesos de dependencia.

Se incrementa la inclusión social

- Porque una buena imagen de uno mismo facilita que la persona se sienta bien y con una mayor seguridad para interactuar en su entorno disponible.

Se protegen derechos

- Esta BP garantiza el derecho a ser diferente, permitiendo que las personas decidan el manejo que hacen de su propia imagen.
- Porque se vela por los derechos de privacidad y confidencialidad, intimidad y dignidad.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier persona usuaria y a su familia. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Ejemplo

Pepita es la hija de Josefa, quien vive en la Residencia desde hace ya tres años. Hasta hace poco su madre podía ponerse la ropa que siempre había utilizado o la que le compraba ella, que sabía perfectamente lo que le gustaba y le quedaba bien.

Sin embargo, el estado de salud de Josefa ha empeorado bastante, se ha hecho muy dependiente para las actividades de la vida diaria (AVDs) y necesita muchos cuidados. Le dicen que ya no pueden ponerle la ropa de siempre. Las faldas demasiado estrechas no facilitan el mantenimiento de su higiene, al estar más tiempo en la cama tampoco resultan cómodas, no puede ponerse sus collares, etc.

El personal de atención directa le recomienda que ya no se preocupe tanto por la imagen de su madre, que tal y como está, no es un tema prioritario, que le van a poner batas –de esas que se abren por delante para facilitar los cuidados cuando está en la cama–... pero Pepita sabe que a su madre sí le importa pues le gusta *estar bien* y ello le ayuda a *sentirse bien*.

Reunidas Josefina, Pepita y la profesional de referencia buscan soluciones. Pepita, haciendo compatible los criterios de funcionalidad que indica esta profesional va a confeccionar nueva ropa para Josefa. Serán faldas de vuelo, con gomas y adecuadas al tiempo (fresquitas en verano y de tela más gruesa para invierno), y vestidos, abiertos con botones por delante para cuando está levantada. Si puede Pepita llevará, con la ayuda de su marido y de su hijo, a Josefa a ver las telas a la tienda para que las elija. Si no es posible, traerá al centro alguna muestra para que lo haga allí.

Continuará cuidando (entre el personal y Pepita, como hasta ahora) los detalles que Josefa desea y son posibles: depilándole la barbilla, arreglándole las uñas y pintándose las de rosa suave, poniéndola con frecuencia ese lápiz de labios hidratante con un poquito de color, y ayudándola a ahuecarse el pelo...).

Principales instrumentos de apoyo

- Díaz, P; López, A. y Navarro, A. (2009). *Así soy, así me gusto. Guía para el cuidado de la imagen personal de las personas en situación de dependencia*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales (en prensa).
- Moya, A. y Barbero, J. (2006). *Malos tratos a personas mayores: guía de actuación*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instrumentos habituales para la valoración de la capacidad de la persona para el desarrollo de las actividades instrumentales de la vida diaria Lawton & Brody-BAYER ADL.

ÁREA DE MEJORA 3. BIENESTAR PSICOAFECTIVO: EMOCIONES, COMUNICACIÓN Y CONVIVENCIA

3.5.

BP clave: Relaciones de pareja afectivo-sexuales

- Porque las relaciones afectivo sexuales son una parte importante para el bienestar emocional para las personas y tener libertad para mantenerlas es un derecho.
- Porque la negación de esta faceta del ser humano puede conllevar un importante malestar en la persona y provocar alteraciones de conducta.
- Porque abordar y normalizar este tema ayuda a las familias a aceptar esta circunstancia y genera confianza y una buena colaboración con el personal de la Residencia.

Esta BP busca favorecer en las Residencias el normal desarrollo de relaciones afectivo-sexuales, reconociendo que los usuarios son personas adultas, capaces y deseosas de poder manifestar sus expresiones de afecto y de establecer relaciones afectivo-sexuales de modo natural. El mantenimiento de estas oportunidades entre personas adultas indica que estamos proporcionando oportunidades de un vida normalizada y con calidad.

Esta BP aporta un conjunto de actuaciones dirigidas a sensibilizar y formar tanto a las personas usuarias, familias como profesionales sobre la necesidad de incorporar y normalizar la expresión de los afectos y sexualidad en la vida cotidiana como una faceta más del ser humano.

Esta BP permite y favorece el mantenimiento de relaciones afectivo-sexuales, sin que el centro suponga un impedimento, siempre que las personas lo deseen y haya consentimiento, no se produzcan situaciones de desigualdad que puedan suponer malestar o abuso por alguna de las partes y respeten las normas y convivencia general.

Se aborda el papel de los profesionales en estas situaciones. Este papel implica asesoramiento sobre sus derechos y sobre las posibilidades que les ofrece el centro. También supone estar alerta y proteger a las personas que puedan estar en situación de vulnerabilidad y cuidar para que esas situaciones no generen conflictos con otras personas residentes, entre los componentes de la pareja, o, incluso con sus propios familiares.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Reconocer la afectividad y sexualidad como una faceta intrínseca del ser humano implica abordar el tema de las relaciones de pareja y las conductas sexuales como una expresión natural de la persona usuaria. En los centros de atención a personas en situación de dependencia deberemos trabajar este reconocimiento, muchas veces tema tabú, en los tres agentes: personas residentes, familias y los propios profesionales.

Para que el centro no se convierta en un obstáculo y facilite que las personas residentes puedan desarrollar relaciones significativas y emocionalmente positivas y relevantes, es necesario tener en consideración los siguientes elementos y acciones que a continuación se describen.

a) Reconociendo e integrando las relaciones de pareja y las expresiones de afecto de las personas usuarias como un aspecto deseable y natural de su vida

La intervención dirigida a las personas usuarias para conseguir este propósito debe partir de una actitud comprensiva y normalizadora por parte del equipo de la Residencia y puede integrar actuaciones como las siguientes:

■ Información

Es fundamental informar a las personas usuarias acerca de sus derechos y sus opciones en lo relativo a este tema. Asegurándonos de que entienden que ellos tienen libertad, como adultos que son, para sentir y expresar sus sentimientos y deseos. Y que nuestro papel es de asesoramiento y/o orientación sobre sus derechos y sobre las posibilidades (y en su caso, los límites) que les ofrece el centro pero que ellos son los responsables de sus actos y decisiones.

Es imprescindible que perciban nuestra normalidad al afrontar el tema. La broma y la censura no pueden tener cabida. Esta BP sólo es posible en un clima de confianza, respeto y aceptación que permita plantear y resolver dudas o cuestiones que sobre este tema puedan surgir.

■ Talleres de educación afectivo sexual

Puede resultar de gran interés llevar a cabo talleres de educación afectivo-sexual dirigidos y adaptados al ciclo vital y a los intereses, necesidades y capacidades de las personas.

■ Apoyo y orientación individualizada

También es muy importante que las personas entiendan que los profesionales podemos ofrecer nuestra colaboración en caso de que ello pueda facilitar o ayudar a su bienestar.

Para ello se pueden realizar tanto intervenciones individuales como de pareja. Si nos lo pidieran, se podrá proporcionar apoyos específicos ante algunas dificultades o dudas que les pueda surgir en la relación. Desde luego, ejerciendo nuestro papel con la idea de favorecer la autodeterminación de las personas y estableciendo relaciones de empoderamiento y en un entorno de respeto y confianza.

También podremos realizar, sólo si se considera necesario, cierto seguimiento (siempre guardando la necesaria distancia y con la suficiente discreción) si la situación así lo requiere.

Las situaciones más complejas se producen cuando un miembro de la pareja presenta algún tipo de deterioro cognitivo y parece desear mantener relaciones sexuales con otra persona. Esto requerirá una evaluación específica de sus competencias de decisión para mantener relaciones sexuales, el bienestar que ello genera (frente al malestar de no permitirle) así como constatar que no existe una situación de abuso por parte del otro miembro. En estos casos es imprescindible contar con la familia, trabajar con ella, valorar la oportunidad o no de incapacitación (no siempre es conveniente) abordando el delicado equilibrio entre las capacidades/derechos/bienestar de la persona.

■ Apoyo y abordaje individualizado de comportamientos sexuales socialmente no aceptados

Algunas personas pueden presentar en los centros comportamientos desinhibidos, manifestando conductas sexuales (masturbación en público, desnudarse, acosar a terceras personas...) Estos se asocian habitualmente a patologías o lesiones de ciertas áreas cerebrales. El manejo de estas situaciones siempre debe ser individualizado una vez analizados los elementos del entorno que pueden controlar estas conductas. Los profesionales, en cooperación con la familia, deberán una vez valorada la situación proponer pautas de manejo de estos comportamientos y seguirlas de una forma coordinada.

b) Sensibilizando y orientando a las familias

No siempre las familias entienden el establecimiento de nuevas relaciones, ni aceptan de modo natural las decisiones de sus progenitores.

Será tarea de los profesionales favorecer la aceptación por parte de la familia de una relación que se inicia. También lo será el que se puedan minimizar el riesgo de aparición de conflictos con la familia. Saber proporcionar la información en el modo y momento adecuado es algo imprescindible para ello.

Las acciones formativas grupales dirigidas a familias abordando aspectos afectivo-sexuales en las personas más mayores pueden ser promocionadas desde el centro. Además de adquirir nuevos conocimientos sobre un tema no exento de tópicos, puede servir para generar reflexión grupal y facilitar que se puedan normalizar experiencias vividas con sus familiares.

c) Revisando y mejorando la forma de abordaje de los profesionales y de la organización del centro

La actitud de los profesionales y los modos cómo abordan la expresión del afecto y de la sexualidad en el centro es un elemento nuclear para posibilitar esta BP.

■ Sensibilización

Es posible que no todos los miembros de una organización estén sensibilizados y sean lo suficientemente respetuosos con estas situaciones, en las que fácilmente los valores personales interfieren y dificultan aceptar la situación y elecciones de los demás. En esos casos será necesario desarrollar acciones de sensibilización y formación para que todos sepan enfrentarse a situaciones de relación entre personas residentes y sepan demostrar las actitudes adecuadas, para que lo vean como algo normal y les apoyen y validen.

Es conveniente tener un adecuado conocimiento sobre estas posibles relaciones de manera que nuestras actuaciones y comentarios no puedan ser causa de malentendidos o conflictos, tanto entre ellos como de ellos con sus propios familiares o con otros miembros del equipo.

Hemos de diferenciar dos situaciones de abordaje distinto: las personas competentes para mantener relaciones afectivas sexuales y las personas en situación de falta de competencia o alta dependencia donde se pueda producir una situación de abuso.

■ Actitudes y criterios generales de actuación de los profesionales

- La implicación y coordinación *de todos* (vincular a los profesionales de todos los departamentos en apoyar a las personas usuarias en sus decisiones, en definir la forma de abordaje y las actuaciones de forma consensuada, en la detección de situaciones de riesgo o manteniendo una actitud prudente y respetuosa de observancia).
- La protección del derecho a la intimidad de las personas, proporcionándoles o no limitando el que puedan disponer de la mayor intimidad posible, y, por su puesto, no sean nunca recriminadas por su relación o deseo de expresión de afectos y deseos (siempre que éstos se desarrollen dentro de *la normalidad*).
- La protección del derecho a la privacidad (confidencialidad) de las personas residentes informando únicamente de los aspectos imprescindibles a terceras personas, y siempre de forma justificada.
- Un abordaje coherente y adulto de estas situaciones que pueda requerir la implicación de la Junta de residentes, por ejemplo, en la búsqueda de ideas y propuestas que ayuden a mejorar la calidad de vida, normalizando estas situaciones, buscando alternativas de intervención hacia las personas más vulnerables, etc.

■ Actitudes y criterios de actuación de los profesionales ante situaciones de sospecha de posible riesgo de abuso para una persona

- La implicación y coordinación *de todos* en el establecimiento de medidas de observancia y detección de estos posibles *casos de riesgo*, que pueden deberse a situaciones evidentes de desigualdad desde el punto de vista cognitivo y/o funcional (pérdida de capacidad de autonomía y/o de independencia) y coloque a una persona en situación de vulnerabilidad. En estos casos se deberán realizar los necesarios seguimientos –que han de registrarse convenientemente– para garantizar la no aparición de abusos.
- En caso de detectar alteración en alguno de los miembros de la pareja, será necesario un adecuado seguimiento e intervención con las medidas acordes a la gravedad de la situación (incluyendo, por ejemplo, la aplicación del reglamento de régimen interno, su participación o no de algunas actividades, e incluso, el cambio de centro).
- En los casos de sospecha de abuso (en caso de personas heterónomas y/o con dependencia) se deberá seguir la siguiente secuencia:
 - Reunión del equipo interdisciplinar para el análisis del caso. Diseño y posterior seguimiento exhaustivo del caso.
 - Establecimiento para cada caso específico de unas pautas de actuación que han de ser adecuadamente transmitidas a los distintos departamentos y profesionales y que resultarán de necesario cumplimiento.

- Implicación de los órganos de participación habitual (como por ejemplo de la Junta de residentes) para el diseño de mejoras (uso de espacios, actividades, etc.) que mejoren las condiciones de vida del colectivo de personas residentes más vulnerables.
- Comunicación de estas incidencias a los responsables superiores de la organización.
- Aplicación, si fuera necesario, de medidas de carácter extraordinario (Reglamento de Régimen Interno, etc.).

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Prejuicios y estereotipos de los profesionales

Respuestas y alternativas propuestas:

- Realizar acciones de sensibilización y formación sobre estos temas.
- Generar empatía y respeto.
- Normalizar estas relaciones o situaciones puntuales.
- Validar a las personas, evitar siempre ridiculizar, hacer chistes o bromear.

b) Aplicación de sus propios criterios morales a las actuaciones de las personas residentes

Respuestas y alternativas propuestas:

- Tratar el tema con profundidad y sensibilidad.
- Buscar acuerdos dentro del equipo y exigir su cumplimiento por parte de todos (las decisiones son vinculantes).
- Saber dar a la familia el papel que debe / puede tener según cada caso (desde escuchar su opinión y comprender sus reacciones hasta implicarles por su responsabilidad en las decisiones a tomar).

c) Discrepancia entre los miembros del equipo y/o de éstos con los familiares de las personas residentes implicadas

Respuestas y alternativas propuestas:

- Tratar el tema con naturalidad.
- Proporcionarles espacio y tiempos para que puedan estar juntos sin ser enjuiciados por otros.

d) Dificultades a la hora de detectar y demostrar casos de abuso

Respuestas y alternativas propuestas:

- Prevención de situaciones, supervisión por parte del auxiliar de referencia y resto de profesionales.
- Mantener canales de comunicación con los residentes para poder conocer aspectos que puedan quedar invisibles a los trabajadores o a sus responsables.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a normalizar y facilitar las relaciones afectivo-sexuales de las personas residentes, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se fomenta la autonomía

- Porque favorece la capacidad de decidir con quién y cómo relacionarse. Favorece la capacidad para elegir dar y recibir afecto. Permite sentir en libertad.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque no impide la vivencia y la expresión de emociones y promueve el natural desarrollo afectivo. Produce bienestar psicológico y genera condiciones para que disminuya la soledad, el aislamiento o los conflictos.

Se fomentan las relaciones interpersonales

- Porque fomenta el establecimiento de lazos afectivos de mayor calidad e intensidad. También la cooperación y la solidaridad entre residentes.

Se propicia el desarrollo personal

- Porque proporciona ilusión por vivir y supone estímulo para relacionarse, mejorar el uso de capacidades y el funcionamiento global de la persona.

Se potencia el bienestar físico

- Porque a mejor bienestar psíquico, mejor bienestar físico. Unas relaciones afectivas satisfactorias reducen la ansiedad y la sintomatología depresiva. También influyen en la mejora del apetito (mejor nutrición) así como en su sentido del olor y del tacto. Favorece un mayor interés por la imagen personal y favorece el autocuidado.

Se incrementa la inclusión social

- Porque normaliza el estado emocional, establece vínculos de afecto y compromiso, favoreciendo las relaciones y, por tanto, la integración.

Se protegen los derechos

- Porque permite el ejercicio de la libertad individual, además de requerir que se cuiden las condiciones de privacidad e intimidad que cada persona o relación necesitan. Se permite la autodeterminación en un entorno organizativo de confidencialidad y privacidad. Se protege la dignidad de la persona.
- Porque evita los abusos contra las personas.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier persona usuaria y familia. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Ejemplo

Paloma es una residente de 56 años que vive en el centro desde hace años. Está incapacitada legalmente por retraso mental ligero y su tutora es una hermana suya. Inicia una relación sentimental en septiembre de 2007 con otro residente de 65 años que ingresa ese mismo año en el centro. Solicitan habitación matrimonial para iniciar convivencia.

Se llevan a cabo las siguientes acciones: entrevista con la familia por parte del Psicólogo, entrevista con ambos miembros de la pareja, juntos y por separado, análisis del caso por el equipo interdisciplinar, diseño y establecimiento de pautas de actuación respecto a la incapacitación y seguimiento del caso. Se admite la posibilidad de convivencia.

La relación de pareja se mantiene, para satisfacción de todos, sin que se generen dificultades o conflictos dignos de mención. Los demás residentes ven estas relaciones con total normalidad.

Principales instrumentos de apoyo

- García, J. L. (2005). "La sexualidad y la afectividad en la vejez". Portal Mayores. *Informes Portal Mayores*, nº 41.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-sexualidad-01.pdf>
- López-Sánchez, F. (2005). "Experiencia amorosa en la vejez". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40: 135-137 o
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/prieto-sexualidad-01.pdf>
- Prieto Chincolla, S. (2006). "La sexualidad de las personas mayores". Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 57.
- *Sexualidad en los mayores*. Recopilación de recursos (documentos, guías y folletos, noticias, enlaces) de interés para conocer mejor la sexualidad en las personas mayores.
<http://www.imsersomayores.csic.es/salud/sexualidad/index.html>
- Sexualidad, preguntas y repuestas.
<http://www.imsersomayores.csic.es/salud/sexualidad/pyr.html>
- Bohorquez, A. (1994). "La sexualidad en el anciano". En Guillen Llera F. y col. *Síndromes y cuidados en el paciente anciano*. Barcelona, Masson (285-293).
- Modelo de Consentimiento informado.

ÁREA DE MEJORA 3. BIENESTAR PSICOAFECTIVO: EMOCIONES, COMUNICACIÓN Y CONVIVENCIA

3.6.

BP clave: Alteraciones de conducta en las personas usuarias

- Porque muchos comportamientos disruptivos son la forma de expresar el malestar subjetivo de las personas ante ciertos estados o situaciones.
- Porque estos comportamientos también causan malestar a otros usuarios y dificultan el normal desarrollo de las actividades de la Residencia.
- Porque para velar por la calidad de vida de las personas residentes necesitamos minimizar estos comportamientos y abordarlos de forma conjunta, desarrollando estrategias compartidas por todo el equipo interdisciplinar.

No es infrecuente que en los centros nos encontremos con personas que presentan alteraciones de conducta, expresando así su malestar, lo que además lo genera en los demás y dificulta un adecuado funcionamiento y un buen clima de convivencia en el Centro.

Episodios de agitación o agresividad (hacia otros usuarios y personal o autolesivas) son conductas altamente disruptivas y su manejo requiere una forma de actuación concreta y coherente, así como el aprendizaje de modos alternativos de comunicación más adecuados, eficaces y satisfactorios para todos.

Esta BP se dirige tanto a las personas usuarias con deterioro cognitivo que asocian al mismo alteraciones de comportamiento, como a otras personas con problemas conductuales que en ausencia de deterioro cognitivo alteran de forma importante la convivencia del centro (personas violentas o muy intolerantes que faltan el respeto gravemente a otros y generan frecuentemente conflictos).

Esta BP aborda cómo ahondar en las causas de estos comportamientos y cómo afrontarlos de una forma multidimensional y coordinada por parte de los equipos de los centros.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para realizar esta BP dirigida a un manejo adecuado de las alteraciones de conducta en el centro, deberemos tener en cuenta algunos elementos básicos y actuaciones como las que se describen a continuación:

a) Reconociendo las conductas disruptivas como una expresión del malestar de las personas

Una cuestión importantísima y previa al abordaje de las conductas disruptivas es una reflexión acerca de su significado, lo que sin duda, propiciará un acercamiento más adecuado a las mismas.

Deberemos considerar que, al menos en parte, las alteraciones de conducta son una manifestación de malestar o de disconfort de las personas que las presentan. Bajo esta concepción, aprender a indagar en las posibles causas que las generan resultará fundamental para un abordaje profesional dirigido a prevenirlas y minimizarlas.

Por otra parte, estas conductas disruptivas causan un gran impacto, normalmente muy negativo, en el resto de las personas residentes y en el ambiente general del centro.

Su abordaje va a requerir por parte del personal de atención directa altas dosis de profesionalidad y sensibilidad. Serán necesarias, por tanto, en muchos casos acciones de formación y la adquisición de competencias necesarias para la comprensión y el manejo de las alteraciones de comportamiento que pueden presentarse.

b) Abordando las situaciones de forma global y como un reto profesional para el equipo

Estas situaciones no pueden ser abordadas si no es con una predisposición al consenso de todos los profesionales que conocen y están implicadas en la relación con esa persona y su entorno.

Ciertamente, en ocasiones, el manejo de estas situaciones resulta muy complejo, y por ello enfocar estas situaciones como un reto profesional (frente a un problema del sujeto) al que de forma profesional deberemos dar respuesta resulta muy conveniente. Una respuesta profesional que conlleva dos actuaciones: por un lado saber escuchar a la persona (observar sistemáticamente) e intervenir de forma flexible y coordinadamente. En este sentido, cabe destacar que algunos autores y equipos profesionales prefieren la denominación de “conductas desafiantes” frente a “alteraciones comportamentales”, poniendo el énfasis por lo que suponen de reto o desafío profesional.

Así, el desarrollo de un trabajo interdisciplinar que permita establecer estrategias unánimes de actuación resulta imprescindible. Ello va a requerir la aportación de todos, aunque, lógicamente, con una implicación acorde con su formación y nivel de responsabilidad.

Cabe distinguir, siempre analizando cada situación individual, en el proceso de abordaje profesional varias fases:

■ 1ª Fase de análisis

Una vez que sean detectados los *comportamientos-problema-retos* es necesario mantener una reunión del equipo técnico para recopilar información actualizada relativa a las posibles causas o desencadenantes de cada comportamiento objeto de intervención.

- Buscar toda la información que nos pueda aportar su entorno familiar.
- Conocer si ha recibido abordaje farmacológico previo para el control de las mismas, sus resultados y su última actualización (en caso de continuar empleándose).
- Hacer un análisis y registro de estas conductas y sus antecedentes: tipo de conducta, lugar, momento del día, intensidad, otras personas o desencadenantes implicados, etc.
- Analizar y valorar el efecto de estas conductas: en la propia persona, en otras personas usuarias, en el ambiente del centro, en el personal, su gravedad, frecuencia, impredecibilidad, sensibilidad o fragilidad de los otros, etc.

■ 2ª Fase de intervención y seguimiento continuo

Con toda esta información, y siempre de una forma flexible y liderada por el profesional de la psicología, los profesionales del equipo deberán diseñar un plan de actuación de carácter individual de las intervenciones con el fin de prevenir su aparición, evitarlas o abordarlas adecuadamente y minimizar el impacto negativo que pueden producir.

Buscaremos propuestas de actuación, apostando por abordajes multidimensionales que contemplen de forma complementaria:

- Técnicas de validación, expresión emocional, contacto y adecuación de la comunicación (verbal y no verbal).
- Técnicas de modificación de conducta.
- Oportunidades de acción, relación y expresión para estas personas: participación en actividades gratificantes que puedan entretenerle, hacerle sentir mejor y estar más integrado en el grupo.

Es importante tener **conocimiento del impacto que los comportamientos de algunos usuarios pueden tener en otras personas usuarias**, en el adecuado desarrollo de las actividades y en la convivencia en el centro y en la organización (en el personal). En algunos casos será imprescindible evitar la convivencia forzosa de personas que no se enriquecen de esa interacción. El personal deberá saber escuchar y ser sensibles a las quejas o manifestaciones de desagrado implícitas de las otras personas residentes (aislamiento, mayor pasividad, negarse a participar en actividades o grupos, etc.). Sólo una cuestión para no olvidarlo: *¿Cómo nos sentiríamos nosotros si estuviésemos en su situación?*

Cualquier medida adoptada deberá ser constantemente valorada para conocer su efecto y eficacia. El establecimiento de una persona en el equipo responsable de supervisar a la persona de modo individual, o bien de sacarlo del contexto en los momentos de conflicto pueden ser buenas medidas.

La **evaluación continua**, en caso de que persistan los problemas, hace necesario aplicar pautas específicas individualizadas de control de esas conductas disruptivas por parte del

equipo. El seguimiento periódico nos permitirá introducir cambios cuando las soluciones aplicadas dejen de ser eficaces.

En casos muy concretos y excepcionales, y ante el fracaso de cualquier otra medida previa puede ser necesario la adopción de medidas de contención física, lo que requerirá el establecimiento de un protocolo de actuación específico (véase la BP-clave 1.6. El uso limitado de las contenciones físicas).

El **abordaje farmacológico** puede resultar también necesario de forma complementaria a las pautas de manejo conductual y en la interacción. Siempre que se haya constatado que un abordaje conductual no sea por sí sólo suficiente (véase la BP-clave 1.7. El uso limitado de las contenciones farmacológicas).

Los familiares de las personas que presentan estas conductas han de estar informados y recibir las explicaciones que necesiten al respecto de las pautas establecidas con el equipo en relación a su familiar. Esta intervención con los familiares requiere la comprensión de sus sentimientos. No es infrecuente encontrarnos con familiares que presentan importantes dificultades para comprender por qué se comporta así su familiar o que presentan sentimientos de culpa y vergüenza ante la aparición de este tipo de comportamientos. Prestarles el apoyo emocional que precisen será parte de la función del profesional del área. Ofrecerles que participen en los grupos de familias puede también ayudarles y resultarles muy positivo.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Espacios reducidos, y compartidos, dificultan el abordaje de estas situaciones de forma individualizada

Respuestas y alternativas propuestas:

- Trabajar en grupos pequeños.
- Mayor conocimiento de la persona para poder adelantarnos a las situaciones que provoquen alteraciones, y en caso de producirse, conducirlo a otro entorno más adecuado y tranquilo.

b) Diferencias de criterios entre el personal a la hora de intervenir

Respuestas y alternativas propuestas:

- Abordar el tema de forma participativa en reuniones de equipo.
- Una vez que las decisiones han sido tomadas éstas son vinculantes.
- Facilitar su cumplimiento colocando información (adecuada a normativa -véase BP-clave 1.1. relativa al Derecho a la información de las personas usuarias-) que recuerde cómo debe actuarse (máxime ante cambios del personal o de forma de intervención).

c) Prejuicios y estereotipos de los profesionales hacia las personas que presentan alteraciones de comportamiento, sobretodo agresividad y conductas disruptivas en general (insultos, lenguaje obsceno...)

Respuestas y alternativas propuestas:

- Desarrollar acciones de formación especializada en alteraciones del comportamiento, modificación de conducta y manejo del estrés y de las situaciones conflictivas.
- Promover la empatía, la tolerancia y la asertividad.
- Favorecer el sentido del humor (sin faltar respeto a la persona) como estrategia que mejore tolerancia.

d) Cambios de los equipos, modificaciones de turnos y de horarios

Respuestas y alternativas propuestas:

- Establecer sistemas de intercambio de información ágil y eficaz entre turnos y entre todos los profesionales.
- Diseñar mejoras en la organización del personal para poder realizar el acompañamiento, los apoyos o estimulación individuales necesarias.

e) Intolerancia de otras personas residentes autónomas

Respuestas y alternativas propuestas:

- Evitar, si es posible, la convivencia forzosa.
- Abordar el tema con naturalidad y de forma positiva.
- Tratar de fomentar la empatía y la asertividad con el fin de promover conductas tolerantes.
- Buscar alternativas para las personas que más se ven “dañadas” por estos comportamientos.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a detectar y abordar de una forma multidimensional las alteraciones de conducta, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se fomenta la autonomía

- Puesto que las conductas disruptivas se traducen en una pérdida de la autonomía aumentando el control de éstas puede mantener una cierta independencia (por ejemplo en las AVDs) y no dañar más la autoestima de la persona. Ello sucede incluso aunque la persona usuaria tenga un grado moderado de heteronomía.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque mejora el clima de convivencia en el centro y controla mejor éstas situaciones y, por tanto, el nivel de ansiedad y de frustración tanto de la persona que las produce como en quienes la rodean (otras personas residentes y, en menor medida, los trabajadores).
- Porque reduce el nivel de estrés en las personas usuarias y mejora el control de estos comportamientos y de las situaciones desagradables que desencadenan.
- Porque genera bienestar y protege el estado emocional y de salud de las personas.

Se fomentan las relaciones interpersonales

- Porque si logramos minimizar el impacto negativo de estos comportamientos (que no se interrumpa la actividad, que no perjudique conversaciones o situaciones agradables, que el ambiente de grupos o zonas de estar no estrese...) la convivencia es más fácil y la tolerancia más posible.
- Porque facilita la interacción verbal o gestual con los miembros del equipo, otras personas usuarias y familia. La relación es más gratificante, se convierte en un refuerzo positivo, sin producir aversión.
- Porque las personas usuarias se encuentran más tranquilas, relajadas y confían en las personas que les cuidan y les rodean (“son amigos, no enemigos”).

Se incrementa la inclusión social

- Porque un estado de ánimo más positivo favorece la participación más activa y una mayor aceptación por parte del entorno (compañeros, familia, personal, mayores del Centro social...).
- Porque la capacidad para elegir con quien relacionarse o estar es una condición necesaria para una adecuada socialización (la inclusión que no debe imponerse).

Se protegen los derechos

- Porque al evitar que la persona exhiba conductas disruptivas (inadecuadas o desinhibidas que en otro momento de su vida no exhibiría) se vela por su dignidad.
- Porque se mantiene la confidencialidad y privacidad relativa a esas situaciones, lo que favorece la dignidad a la persona.
- Porque protege el bienestar de los otros residentes.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier usuario que presente alteraciones en su comportamiento. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Ejemplo

Enriqueta tiene 80 años y siempre vivió en su pueblo, con una hermana mayor que la cuidaba. Ahora su hermana está muy delicada e ingresa por temporadas en el hospital, ahora ella ha ingresado en la Residencia.

Desde el principio siempre se ha querido marchar. Se adaptó aceptablemente a algunas actividades aunque presentaba una gran labilidad emocional, desorientación, ansiedad... que alteraban su bienestar y la convivencia. Viendo la necesidad de intervenir, el equipo propone buscarle actividades más significativas.

Observamos que los momentos de más alteración emocional correspondían con los momentos de inactividad. Como Enriqueta era trabajadora y es muy activa, decidimos proponerle actividades relacionadas con el tipo de vida que ella tenía (escoger legumbres mezcladas para echar a remojo, *esbillar* y seleccionar alubias, estrujar maíz, regar plantas, poner la mesa, pelar patatas, doblar servilletas, manteles, colaborar en pequeñas tareas de limpieza y orden en el centro...).

Cada vez que presentaba esas conductas (quitar la zapatilla para pegar, arañar, tirar del pelo, lanzar objetos, lanzar objetos a los profesionales) todos teníamos que proceder de una forma unánime. Para ello elaboramos unas pautas claras de actuación:

- Lo primero: mantenerse alejados de ella, una distancia suficiente para que no pudiese agredirnos físicamente.
- Aplicar técnicas de validación afectiva (como parafrasear, observar e imitar los movimientos y emociones de la persona, emplear ambigüedad, usar tono de voz amable, claro y suave, evocar reminiscencias para reestablecer métodos de control...) para intentar mantener controlada su ansiedad y poder acercarnos a ella y realizar las AVDs.
- Trasladamos a los demás residentes algunas de estas pautas para que supieran cómo actuar si Enriqueta se *ponía rara*. Cada vez lo está menos y se relaciona con mayor normalidad con los otros residentes.

A los demás compañeros ya no les importa que Enriqueta este haciendo *sus cosas* mientras ellos participan en otras actividades (pintura, bingo, etc.). Hemos descubierto que le gusta mucho cantar y que lo hace muy bien; en esos momentos ella parece feliz.

Principales instrumentos de apoyo

- Naomi, Fiel (2002). *Validación: un método para ayudar a las personas mayores desorientadas*. Ed. Herder.
- Peña-Casanova, J. (1999). *Activemos la mente. Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona, Fundación La Caixa.
- Guisset, M.J. (2008). "Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevo escenario". Boletín sobre envejecimiento. *Perfiles y tendencias*, nº 34, septiembre. IMSERSO, Madrid.
- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Asturias apoya. Para aprender a cuidarse y cuidar mejor*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- Izal, M.V.; Montorio, I. y Díaz, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Moya, A. y Barbero, J. (2006). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

ÁREA DE MEJORA 3. BIENESTAR PSICOAFECTIVO: EMOCIONES, COMUNICACIÓN Y CONVIVENCIA

3.7.

BP clave: Gestión de los conflictos entre las personas usuarias

- Porque una adecuada resolución de los conflictos que se producen en los centros promueve un ambiente y unas relaciones más satisfactorias y mejora el bienestar de las personas usuarias.
- Porque la aplicación de técnicas idóneas para la gestión de conflictos favorece unas relaciones interpersonales basadas en el mantenimiento de su *rol* de adulto y supone un reconocimiento de los derechos y responsabilidades de todas las personas.

Esta BP se dirige a mejorar el clima de convivencia de la Residencia y minimizar las situaciones de conflicto que en ella se producen, ya que éstas influyen en las condiciones cotidianas para la convivencia, y por tanto, en el bienestar de las personas residentes, y en su calidad de vida.

Esta BP permite el reconocimiento de los derechos y libertades de las personas, haciéndolos compatibles con los de las demás. Permite a las personas aprender a conocer y a respetar opiniones, creencias y hábitos de los otros, a la vez que se les son respetados los propios.

No se refiere a la mediación en los casos de situaciones de conflicto en los que participan personas que presentan deterioro cognitivo o problemas mentales graves al precisar éstas de un abordaje diferente.

Algunos de los elementos básicos que esta BP señala son la inclusión de la resolución de los conflictos en la agenda del equipo, su definición e identificación, la realización de su análisis y abordaje o el desarrollo de roles de conciliación por parte del personal.

Esta BP busca que las personas optimicen y utilicen sus propios recursos para la solución de estos problemas (mantenimiento de *rol* adulto). Se propone que las intervenciones de mediación se realicen sólo en los casos que se considere pertinente y necesario hacerlo.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo de una buena práctica dirigida a trabajar las situaciones de conflicto en nuestro centro, deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Incluyendo el abordaje de los conflictos en la agenda del equipo

Las Residencias son organizaciones complejas que requieren la convivencia de muchas personas con intereses, deseos, valores y formas de actuar muy diferentes. El conflicto es parte natural de las mismas, es por ello necesario tener las competencias adecuadas y saber abordarlas. Evitar su abordaje, querer esconder los conflictos no sólo no los soluciona sino que los aumenta.

Debemos construir una forma de trabajo que incluya la observancia, el acompañamiento o la intervención ante las situaciones conflictivas, a fin de que éstas se produzcan con la menor frecuencia o intensidad posible, de modo que no influyan demasiado en el clima de convivencia y que no colisionen con los derechos fundamentales de las personas residentes.

Las ideas en las que se fundamenta esta BP y que son aplicables tanto a las personas usuarias de los recursos como a su personal, son las siguientes:

- Cada persona tiene la responsabilidad de sus propios actos y, por tanto, de sus consecuencias.
- En los recursos es necesario y debemos hacer compatible.
- El respeto hacia uno mismo, y el derecho a hacer posible sus deseos, necesidades y valores.
- El respeto hacia los demás y el derecho que tiene a hacerlos posibles (comprensión de los deseos del otro).
- La existencia natural de “conflicto de intereses” hace necesario reconocer que puede ser necesario disponer de ayuda “externa” para resolver estas situaciones.

Un abordaje adecuado de los conflictos es imprescindible para propiciar el bienestar de las personas, para el reconocimiento en la práctica de sus derechos. Sin ello su calidad de vida puede verse comprometida. No actuar en los casos que es necesario deja indefensas a las personas frente a otras y, en general, frente a la organización.

b) Partiendo de un concepto claro de lo que es un conflicto y valorando si se requiere intervención profesional

El conflicto se caracteriza por la prevalencia y continuidad de situaciones de malestar a causa de intereses contrapuestos de diferentes personas que inciden en el funcionamiento general de la organización, en la convivencia cotidiana en el centro y/o en el estado emocional de las personas usuarias o del equipo.

Debemos tener en cuenta que los conflictos:

- Expresan relaciones de enfrentamiento entre dos o más partes.

- Obedecen a causas múltiples pero son frecuentes la divergencia de intereses, valores y actitudes.
- Implican relaciones y problemas *de poder*.
- No tienen por qué suponer ruptura de la interacción social.
- Son procesos muy dinámicos y cambiantes.
- Constituyen una posible fuente de cambio.

Además, es fundamental identificar si el conflicto requiere o no mediación profesional, ya que no toda situación en la que se evidencian discrepancias entre las personas debe ser considerada como conflicto.

Debemos huir del exceso de intervencionismo y evitar caer en el peligro de considerar que todo sea un conflicto. La existencia de situaciones conflictivas forma parte de la vida y debemos saber cuándo hay que mediar y cuándo sólo es preciso observar y acompañar situaciones de diálogo.

En el contexto de los centros de atención a personas en situación de dependencia, el conflicto debe ser tratado como tal cuando trasciende el ámbito personal y condiciona la calidad de vida y el bienestar de las personas usuarias que allí conviven.

El conflicto conlleva procesos negativos pero también proporciona oportunidades si va ligado a experiencias de cambio. Para resolver conflictos, hay que encontrar herramientas y mecanismos de transformación creativa y tranquila de modo que conflicto y posibilidad de cambio sean parte de un mismo proceso.

Debemos tener en cuenta que las situaciones complejas debidas a deterioros cognitivos o estados mentales no han de ser consideradas como formas de conflictos sino como consecuencias de situaciones de trastornos de comportamiento, que deberán ser abordadas desde otras perspectivas relacionadas con la prevención de la aparición de trastornos. (véase la BP-clave 3.6. Alteraciones de conducta en las personas usuarias).

c) Analizando el conflicto y sus consecuencias

En primer lugar, es conveniente identificar a qué tipo de conflicto nos enfrentamos, según las personas implicadas. Podemos distinguir entre:

- Conflicto entre personas usuarias.
- Conflicto entre persona usuaria y el equipo (o parte) del equipo profesional.
- Conflicto entre la persona usuaria y sus familiares.
- Conflicto entre familiares y equipo profesional.
- Conflicto entre familiares de distintas personas usuarias.
- Conflicto entre profesionales del equipo del centro.

En segundo lugar, analizaremos el mismo. Elaborar un **mapa** del conflicto facilita aclarar la información de que disponemos. Proponemos algunas cuestiones que nos ayudarán a analizar dónde reside la raíz del conflicto que nos ocupe.

Será necesario realizar **el análisis de hechos** pues, a menudo los conflictos aparecen después de un hecho anecdótico que no es sino “*la espoleta*” de otras realidades ocultas.

Para analizar los hechos podemos centrarnos en responder a varias cuestiones específicas que nos pueden ayudar a definir el alcance de la situación de conflicto. Proponemos cumplimentar el siguiente cuadro:

Descripción de la situación	
Antecedentes	
Personas implicadas	
Cuándo aparece	
Dónde aparece	
Cómo se desarrolla (secuencia)	
Reacciones que “alimentan” el conflicto	
Soluciones intentadas y efectos logrados	
Soluciones efectivas	

Saber reconocer las secuencias de conflicto entre residentes nos permite ver de antemano lo que puede ocurrir y por lo tanto, anticiparnos a su aparición, prevenirlo. Una parte esencial de su resolución es poner nombre a las problemáticas y conocer aquellos aspectos y situaciones que generan o condicionan no sólo la aparición, sino también el desarrollo de situaciones de conflictividad.

Asimismo es necesario analizar **los efectos de los mismos** (sus consecuencias). Podemos identificar en el entorno de convivencia las consecuencias del mismo con el siguiente cuadro:

Cómo incide en otras personas usuarias	
Qué sentimientos y comportamientos genera en ellos	
Cómo incide en el equipo	
Qué actitudes toma el equipo	
Qué sentimientos genera en el mismo	
Qué afrontamientos desarrolla	
Qué efectos tiene en la organización, en la convivencia, en las formas de hacer del equipo, etc.	

Tan importante es tener información sobre las dinámicas del conflicto, como saber si disponemos de la información necesaria sobre la situación y cómo esta información es percibida y sentida por las partes que están enfrentadas entre sí (todos deben sentirse escuchados).

d) Desarrollando procesos de mediación, cuando sea preciso

Una vez analizado el conflicto podemos desarrollar procesos de mediación a partir de metodologías del “diálogo apreciativo” centradas en dinámicas de:

- Lograr una escucha “activa” y “apreciativa” por parte de todos (pues existirá parte de razón en ambas partes).
- Promoción de alternativas buscando la participación para buscar un acuerdo.
- Definición del acuerdo: definido por escrito y que contemple:
 - a) Acciones para su desarrollo.
 - b) Acciones para su seguimiento.
 - c) Acciones de reparación mutua.
- Establecer límites: Definir lo que se puede y lo que no se puede hacer.
- Indagar si la estructura organizativa (sistemas de organización del trabajo, hábitos de los profesionales, etc.) también están influyendo en la aparición del conflicto. Implementar propuestas para la mejora del ámbito organizacional.
- Promover una *cultura* del diálogo y la mediación que evite ocultar los conflictos y busque soluciones desde la perspectiva de “*tu ganas-yo gano*”.

e) Fomentando las actitudes necesarias para el abordaje y la prevención de los conflictos

Generalmente las personas afrontamos situaciones de conflicto de diversa manera. Las siguientes las ilustran:

- 1. Afrontamiento mediante la competición.** Es estar centrado en los objetivos propios y en lo que uno defiende. Implica una actitud que no admite el diálogo ni el consenso pues lo importante está en ganar, por encima de todo y en que los demás pierdan. Consiste en el “*yo gano-tu pierdes*”.
- 2. Afrontamiento mediante la acomodación.** Es cuando se mantiene una actitud de conformismo y de no confrontación con la otra parte. Se renuncia a hacer valer los argumentos propios para no provocar más tensión o malestar, o directamente por miedo. Es claudicar en la defensa de los derechos propios. En esta situación, la persona aguanta hasta que no puede más. De forma implícita se apropia una actitud evasiva, en la que la persona no se enfrenta a los conflictos por miedo o por pensar que se resolverán por sí solos.
- 3. Afrontamiento mediante la cooperación y la negociación.** Es un modelo en el que sólo sirven soluciones tipo “*yo gano-tu ganas*”, es decir, cuando se busca que *todos* ganemos. Se trata de conseguir los propios objetivos pero cuidando la relación. Hay que cooperar pero sin renunciar a aquello que nos parece fundamental (hay que aprender a no ceder en lo fundamental). Se busca que ambas partes ganen en lo fundamental –ya que no pueden llegar al cien por cien– por lo que hay que saber ceder en lo que es menos importante y así facilitar una solución.

Las dos primeras maneras de afrontar los conflictos no resultan positivas para las personas ni para sus relaciones. Favorecer el desarrollo de afrontamientos mediante la cooperación y la negociación permitirá capacidades comunicativas y generar oportunidades de diálogo y entendimiento.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Falta de competencias en técnicas y abordajes para la mediación en conflictos

Respuestas y alternativas propuestas:

- Desarrollar acciones de sensibilización y formación sobre este tema.
- Generar empatía, respeto y desarrollo de estrategias para llegar a acuerdos, buscando comprender las necesidades y deseos de la otra persona o personas.

b) Hacer un conflicto de toda situación de desacuerdo

Respuestas y alternativas propuestas:

- Definir las situaciones de conflicto cuando estas sobrepasan el ámbito personal e inciden en procesos que implican a más personas de los centros.
- Consensuar y definir criterios que delimiten lo que es y lo que no es un conflicto en el que se debe intervenir.
- Ser flexible en esta apreciación y valorar los impactos en las personas.

c) Dificultades en promover un exceso de intervencionismo

Respuestas y alternativas propuestas:

- Antes de intervenir debemos tener en cuenta las soluciones que aportan las personas implicadas y preguntar por ellas (no minimizar capacidades de las personas).
- Esperar a conocer bien causas y consecuencias antes de intervenir. Identificar posibles situaciones de riesgo y formas adecuadas y rápidas de actuación.

d) Dificultades en asumir una cultura de la negociación

Respuestas y alternativas propuestas:

- Aplicar en los conflictos en el propio equipo, una metodología similar a la que se emplearía con las personas usuarias (que las personas experimenten las ventajas de esta forma de relación *entre las personas*).

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a mejorar la gestión de los conflictos en las Residencias, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Porque responsabilizarse de los actos propios, poder participar en la solución de los conflictos y en toma de decisiones, tener que asumir los acuerdos establecidos mantiene el rol adulto y promueve el desarrollo de la persona usuaria.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque favorece la convivencia y la resolución situaciones problemáticas cotidianas.
- Porque al minimizar situaciones estresantes y de que disminuyan los conflictos y/o las alteraciones de comportamiento genera mejores condiciones para el bienestar psicológico.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Se fomenta el establecimiento de acuerdos y de responsabilidades buscando la comprensión del otro. Permite desarrollar la cooperación y la solidaridad entre personas usuarias y lograr un mayor reconocimiento de los derechos propios y los de los demás.
- Establece vínculos de aceptación y compromiso. Favorece situaciones de diálogo.

Se propicia el desarrollo personal

- El dialogo apreciativo conlleva el desarrollo de actitudes de escucha y comprensión lo que favorece el desarrollo de las capacidades de reflexión y cooperación y define estrategias que favorecen el crecimiento personal.

Se protege derechos

- Porque se basa en la resolución de situaciones de conflicto a partir del reconocimiento de los derechos y libertades propios así como de los demás.
- Porque permite el ejercicio de la libertad individual.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica pero no es aplicable a cualquier persona usuaria y familia.

Tiene limitaciones cuando en los conflictos están involucradas personas en situación de heteronomía (con deterioros cognitivos o estados mentales graves) en cuyo caso no son personas responsables de sus actos.

Ejemplo

El caso de Julia y Bernabé ya tiene su historia. Julia vive en la Residencia desde hace ya 18 años. Es una mujer risueña, dicharachera, soltera y que siempre ha sido *“muy libre”*. También tiene bastante carácter. Aunque necesita silla de ruedas desde que era joven por un accidente, desde hace 8 años se desplaza con una eléctrica que maneja de maravilla.

Bernabé ingresó hace un año, es parlanchín y muy bromista, y si no fuera por que no puede beber vino en el centro, como el dice, volvería a sus hábitos de beber.

Aunque la Residencia es bastante grande (con unas 170 plazas), la realidad es que personas con las que conversar, como ellos, no hay muchos y suelen coincidir en las actividades y en los grupos informales.

La costumbre de Bernabé de *meterse* con la gente es por todos conocida. Y en general los compañeros lo toleran pero no es el caso de Julia, quien se siente ofendida con sus comentarios excesivos o fuera de lugar. Ello sucede desde que ingresó Bernabé pero cada vez las respuestas de Julia son más agresivas (grita, le insulta, digamos que al “*contraataque*”) y como casi siempre se produce en contextos grupales, las actividades se interrumpen y se genera un mal ambiente. Los compañeros han empezado a decir que no quieren bajar a las actividades si va a haber estas discusiones. En este punto se decide intervenir desde el equipo. Se realizan las siguientes acciones:

La Directora de la Residencia se reúne con cada uno de ellos de forma individual. Y aclara dudas y matiza percepciones de ellos y la propia. La impresión es que Bernabé es una buena persona pero que, aún sabiendo el alcance de sus bromas, le divierte hacerlo (más aún a Julia que responde de una forma directa) Como él dice: “*siempre hice esto...*”.

Lo primero que intenta es que lo hablen delante de ella y encuentren entre ellos una solución. Pero ante la negativa de Julia (“*con ese hombre no se puede hablar nada, ya lo he intentado, y tiene usted que tomar cartas en el asunto...*”) ha de tomar un papel más directivo, y tras escuchar a ambas partes y que Bernabé reconozca que su comportamiento no es aceptable, ella establece un *pacto de respeto mutuo* al que se comprometen ambas partes.

Acuerdan que en caso de no cumplirlo, Bernabé no podrá acudir a las actividades grupales en las que está Julia (que en realidad son todas) en un periodo por determinar. Sí continúa en esa actitud, tampoco podrá ir a las salidas (y esto sí que le duele a Bernabé). Si Julia le provoca o responde de forma muy agresiva (lo que no ayuda a que Bernabé se contenga) también tendrá restringida su participación en los grupos.

Se informa al personal del acuerdo pues si se produce el conflicto en su presencia, deben *romper* la situación y minimizar el impacto en el grupo, pero también hacer un informe que describa los hechos y pasarlo a dirección.

A sus compañeros habituales también se les ha reunido e informado de la situación. De este modo todos comprueban que estas situaciones no son admisibles y que el equipo trata de ser justo y de solucionar los conflictos del mejor modo posible.

Principales instrumentos de apoyo

– Armandans I. y cols. MEDIMAYOR (2008). *La mediación como instrumento de gestión de conflictos en el ámbito de las personas mayores autónomas y dependientes*. Barcelona, Universidad de Barcelona.

ÁREA DE MEJORA 3. BIENESTAR PSICOAFECTIVO: EMOCIONES, COMUNICACIÓN Y CONVIVENCIA

3.8.

BP clave: Atención al final de la vida

- Porque una atención integral y humana al final de la vida es parte de la atención que debe prestarse en los Centros residenciales y, por tanto, forma parte de nuestra competencia profesional.
- Porque ayudar a las personas y a sus familiares a vivir estos momentos difíciles dignifica a la persona y evidencia nuestra calidad profesional y personal.

Esta BP se dirige a procurar la satisfacción o alivio de las necesidades físicas, sociales emocionales y espirituales que puede experimentar la persona usuaria de forma intermitente o continua, a lo largo de la última etapa de su vida.

Esta BP es el ejemplo máximo de planificación centrada en la persona y requiere una forma de trabajo con la propia persona y con sus familiares diferente a lo habitual. Por su excepcionalidad y extrema importancia requiere un especial esfuerzo por parte de todos.

Esta BP contiene actuaciones dirigidas a facilitar el bienestar a las personas que viven en Residencias al final de su vida en todas sus dimensiones. Ello va a requerir hacer posible que la familia esté con su ser querido en estos momentos y que participe en todo el proceso para que pueda proporcionarle todo el apoyo, afecto y bienestar posible.

Además de los conocimientos y las competencias profesionales específicas, esta BP requiere habilidades personales como saber comunicarse, saber demostrar comprensión y empatía así como fomentar y respetar las decisiones de la persona y/o de su familia.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Es necesario considerar la atención al final de la vida como parte de la atención que se presta desde el Centro residencial, y por tanto, parte de nuestro trabajo. Para poder proporcionar ésta deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Abordando en la organización el tema del final de la vida

Lograr calidad de vida al final de ésta va a requerir una dosis extra de profesionalidad y humanidad en todos los profesionales cercanos a la persona usuaria y a su familia. Ser capaces de abordar la situación con una perspectiva más global y personalizada va a exigir al equipo optimizar sus capacidades de comunicación y coordinación para ofrecer acciones complementarias e integrales.

También, para lograr ciertos objetivos comunes y asegurar el bienestar de la persona y de sus allegados, los límites disciplinarios pueden desdibujarse y, en cada caso, cada profesional actuar de modo que se acerque a lo que cada persona y su familia necesitan.

El final de la vida es una situación en la que se pone en evidencia si la Residencia, como organización, y las personas que la integran son capaces de ponerse al servicio de la persona y de sus allegados.

Saber afrontar la muerte en la Residencia, además de saber estar a la altura de las circunstancias en los momentos finales, es una tarea que hay que ir trabajando tiempo antes. Es imprescindible que existan reuniones del equipo y con la dirección del centro para preparar a la organización de modo que desde ésta se pueda ofrecer una atención de calidad cuando sea preciso. En algunas de estas reuniones se deberán abordar aspectos relativos a la planificación de las intervenciones. Algunos de los temas que han de quedar bien definidos son:

- El empleo de forma normalizada de **instrumentos que garanticen el derecho de las personas** a estar informadas y a decidir sobre sus cuidados en este periodo si así lo desean. Para ello es muy conveniente introducir instrumentos que recojan sus opiniones y deseos en el expediente individual o en el PPA, como la Historia de valores o el documento de voluntades anticipadas.
- **La asignación de responsables de ciertas tareas de apoyo y logística** para garantizar que en el momento necesario se pueda disponer de un entorno adecuado para esa persona y su familia, capaz de proporcionar la privacidad y calidez necesaria.
- La definición de las **medidas institucionales** que podrán ofrecerse desde la organización para proporcionar la comodidad y el confort de la persona en fase terminal y de su familia. Ello supone establecer qué límites y qué excepciones se podrán hacer en estas circunstancias que requieren flexibilizar la aplicación de ciertas normas que habitualmente afectan a residentes y familiares tales como los horarios, el acceso al centro en horarios excepcionales, la permanencia en la habitación de la persona 24 horas, la utilización de recursos institucionales (el teléfono, comer allí, etc.).

- **La asignación de responsables en el acompañamiento a la persona y a su familia** y quiénes deberán en estos momentos y a quiénes, en razón de sus responsabilidades y horarios, les corresponde **dar malas noticias** (por ejemplo, el agravamiento del estado de salud de una persona si sucede por la noche). Es imprescindible capacitarse específicamente para el desempeño adecuado de estas funciones.
- **La motivación y la capacitación del personal** ha de estar acorde con su responsabilidad y cercanía a las personas en situación de final de la vida y a sus familiares, y la institución deberá facilitar que ello sea así.

Además de ello, y ante cada nuevo caso, el equipo deberá reunirse para adaptar sus recursos a la persona y familia, para poder personalizar cada situación, pero partir de unas reflexiones y decisiones organizativas de carácter más general va a mejorar la capacidad de abordaje a cada persona en particular.

b) Apoyando a la persona en proceso de muerte

Será preciso ofrecer una atención personalizada, y por tanto flexible, cuidando todas las dimensiones que influyen en la calidad de vida en el proceso de final de ésta. Algunas de las acciones fundamentales implicadas en la atención integral centrada en la persona en su periodo final de vida y de despedida de la misma pueden ser éstas:

■ Información adaptada a la persona y a su momento

El derecho a saber es el primero que deberemos atender, siempre que la persona lo desee. Ello requiere que la persona pueda hablar de ello y disponer de información que le permita hacer elecciones. Esta información puede referirse tanto a su estado (pronóstico, posibles complicaciones, miedo al dolor, etc.) pero también a otros aspectos concretos que pueda decidir respecto al final de su vida.

Hay que saber proporcionar la información de modo adecuado (puede consultarse la BP-clave 1.1. referida al derecho a la información de la persona usuaria). Garantizar el derecho de la persona a disponer de información es evitar lo que se ha venido a llamar “la conspiración del silencio”, que priva a las personas del derecho a saber y en la que pueden estar implicados sus familiares y los profesionales. Indudablemente ello va a requerir el que sepamos regular la información que puede y quiere recibir, en función, también, de su estado. Ésta es una difícil pero importante competencia que los profesionales debemos desarrollar.

Es imprescindible que la persona disponga de un interlocutor adecuado, de un “confidente” que le proporcione la confianza y la seguridad como para hablar de estos los temas que le preocupen. Si ya existe el documento de Historia de valores y una relación fluida y cercana, por ejemplo, con el psicólogo/a, ésta puede ser la persona más adecuada. Pero si ello no es así o si la persona prefiere que sea un familiar, el profesional de atención directa de referencia, u otro residente o miembro del personal con quien tenga especial confianza, hay que facilitárselo.

Este confidente será la persona responsable de transmitir sus últimos deseos si no existe la Historia de valores o si la persona ha cambiado de opinión respecto a la atención religiosa, su posible hospitalización o traslado a urgencias, a sus pertenencias, últimas voluntades, etc.

■ La Historia de valores

Es un instrumento que sirve para recoger de forma sistematizada los deseos y preferencias de la persona, a fin de poder garantizar su derecho a ser protagonista de estos momentos finales de su vida. Es ofrecer, siempre voluntariamente, a la persona la posibilidad de hablar de los aspectos que considere importantes de su vida, tales como: documentos legales escritos, sus deseos relacionados con procedimientos médicos específicos, su actitud hacia su salud y su opinión del papel del médico y de los otros miembros del equipo al respecto de decisiones importantes de su salud, sus pensamientos sobre su auto-determinación y el control de vida, sus relaciones personales, su actitud hacia la vida y hacia la enfermedad, el proceso de muerte, así como sus valores, creencias religiosas, deseos referentes a su fallecimiento (entierro, esquila, etc.).

Realizar la Historia de valores exige al profesional **sensibilidad y disponibilidad**. Debemos realizar entrevistas con la persona y dedicarle el tiempo que necesite y siempre de forma secuenciada, ya que poco a poco el profesional responsable debe generar una relación de confianza. No existe un tiempo determinado sino que ha de ser cada persona la que marque el ritmo hasta recabar lo relativo a los siguientes aspectos:

- Acerca de sus pensamientos y la importancia que tiene para esa persona la autonomía y el control de vida (qué teme al respecto y qué le gustaría).
- Si cuenta con amigos, familia y/u otras personas que le apoyen en sus decisiones (respecto al tratamiento médico actual o para el futuro).
- Si tiene aspectos importantes que le gustaría dejar resueltos (económicos, legales, despedidas, etc.).
- Lo que será importante cuando esté muriendo (por ejemplo: confort psicológico, ningún dolor, presencia de su familia o de un sacerdote, etc.).
- Sobre dónde preferiría morir y su opinión sobre el uso de medidas artificiales de sostenimiento de la vida en caso de enfermedad terminal, coma permanente o enfermedad crónica irreversible (como la enfermedad de Alzheimer).
- Si tiene creencias religiosas y si respecto a la muerte encuentra ayuda en alguna religión. Sobre en qué ritos o sacramentos religiosos le gustaría participar. Deseos referentes a su entierro, si ha tomado decisiones sobre su funeral, si le gustaría tener esquila, etc.

Con la información recogida se elabora el documento que deberá ser firmado por el residente (con su DNI) y por tres testigos. No debemos olvidar que este documento se propone y sólo se realiza con la voluntad y total aceptación de la persona.

■ Cuidados integrales

El bienestar de la persona requiere abordar diversas dimensiones que además tienen influencia entre sí, de modo que deberemos tener siempre una visión integral de todas ellas. Deben estar claras las funciones y responsabilidades de los diversos miembros para facilitar el bienestar en cada una de las áreas. Ser flexibles de los modos y pautas de actuación habituales es imprescindible para lograr la meta del bienestar integral de la persona.

Respecto al bienestar y confort físico es imprescindible asegurar el control de síntomas y variables implicadas. Puesto que el alivio de sufrimiento es central, deberemos intentar

evitar los traslados a urgencias y hospitalizaciones innecesarias siendo nosotros quienes lo cuidemos, como *en casa*, siempre que dispongamos de los recursos materiales –entorno y equipamiento– y humanos necesarios para ello.

El cuidado debe ser esmerado de todos los aspectos vinculados al bienestar de la persona (cuidados de piel, boca, hidratación y reposo/sueño), no sólo estando alerta para detectar manifestaciones de dolor para aliviarlas, sino actuando de modo preventivo evitando que lleguen a producirse (incluso en personas con alta heteronomía como las que producen los estados avanzados de demencia) en los que las personas no pueden expresar ese dolor de un modo evidente (desarrollo de los cuidados paliativos necesarios).

c) Apoyando a la familia (u otros allegados) y facilitando su presencia

Para ayudar a la familia en su acompañamiento de la persona que se muere y así aliviar su sufrimiento, consideramos importante tener en cuenta:

- Facilitar la accesibilidad y el confort de la familia para que pueda acompañarte en un entorno de privacidad (habilitar una habitación individual). Permitir y facilitar su presencia las 24 horas del día si la familia lo desea y le resulta posible.
- Disponer de información actualizada y continua acerca del estado de su ser querido y ofrecerle que participe, junto con la persona usuaria (siempre que sea posible o siguiendo lo definido en la Historia de valores o en el testamento vital), en decisiones muy importantes tales como el tratamiento, la satisfacción de sus necesidades espirituales o religiosas, etc.
- Si la familia quiere y puede, organizar un diseño conjunto y el reparto de tareas en el cuidado y acompañamiento de la persona en sus últimos días (horas/semanas).
- Poner a su disposición otros servicios de la institución (teléfono, comida, información para facilitar los trámites al fallecimiento, etc.) y ofrecerle nuestro apoyo en todo momento.
- Facilitar la participación de allegados y de otros residentes en el desarrollo en el centro de los ritos o ceremonias que la persona o su familia deseen.

En relación con otros allegados y compañeros de la Residencia, es importante ofrecer cierta información de la situación de la persona, facilitando y ofreciendo que participen (en su despedida, en ritos, oraciones, etc.) de modo que podamos evitar “la conspiración del silencio” entre profesionales y personas residentes.

Deberemos evitar que actitudes paternalistas y excesivamente proteccionistas impidan a la persona ejercer su derecho a saber y a actuar acerca de las personas que aprecia o quiere (como pueden ser sus compañeros de Residencia). Infantilizar a las personas va, en general, en contra de su dignidad. Tan sólo en casos específicos deberemos cuestionarnos la limitación a su derecho a la información, siempre tras un proceso de deliberación adecuado y que valore riesgos asumibles.

Es necesario facilitar a las personas allegadas la elaboración de su propio duelo (previniendo un duelo complicado o patológico) y ello se facilita con estrategias de apoyo emocional y de escucha adecuada.

d) Cuidando algunos aspectos tras el fallecimiento

Celebrar los actos socialmente relevantes en honor a la persona es un modo de facilitar el duelo de reconocer el valor de la persona que despedimos. Así pues, informar al resto de los residentes u otros allegados y favorecer que participen en su despedida (oraciones, ritos religiosos, homenajes, esquelas, etc.) y evitar “la conspiración del silencio” es necesario y ayuda a compañeros, familiares y profesionales.

Ayudar a los familiares en las gestiones necesarias tras el fallecimiento es una tarea que va a minimizar el estrés y el dolor a quienes no tienen experiencia o presentan una situación personal complicada.

Apoyar a la familia o allegados en la posterior elaboración del duelo también debe ser entendido como una parte más del proceso de atención. Mantener alguna entrevista o contacto posterior al fallecimiento con la familia puede suponer un apoyo valiosísimo. Hacer una llamada pasado el tiempo (al mes, por ejemplo) para interesarnos por el familiar de referencia, hacerle llegar los últimos objetos personales de su ser querido es un gesto que demuestra continuidad e interés por su bienestar.

En caso de detectar complicaciones patológicas del proceso normal del duelo, deberemos sugerir la consulta a un servicio profesional de salud mental.

e) Evaluando y siendo capaces de aprender de la experiencia

Resulta imprescindible que al finalizar un proceso de muerte el equipo se reúna y realice una valoración de cómo ha sido éste.

Es importante que en esta valoración podamos discriminar qué aspectos son particulares de cada situación y de cuáles podemos extraer consecuencias para el futuro. Si bien cada persona y circunstancia de final de vida es diferente, siempre pueden extraerse aprendizajes de carácter transferible. De este modo podremos ir aprendiendo de la experiencia de las diversas situaciones vividas y detectar puntos fuertes y débiles que podremos mejorar en las siguientes: aprender de la experiencia y generar un conocimiento compartido de la misma es una herramienta muy importante en la mejora en esta BP.

Esta valoración del abordaje deberá analizar cómo se ha desarrollado cada uno de los diversos aspectos con el fin de establecer propuestas de mejora para posibles nuevas situaciones:

1. Abordaje de la muerte antes de que se produjera.

2. Durante el proceso

– Bienestar y confort físico:

- Eficacia y capacidad para el manejo y control de todas las variables implicadas: disponibilidad de recursos materiales y técnicos, capacitación adecuada del personal, etc.
- Colaboración y coordinación con los servicios sanitarios correspondientes (hospitalizaciones, visitas a urgencias, unidad de cuidados paliativos).
- Adecuación del entorno y de los instrumentos y equipamiento para ello.

– Bienestar emocional:

- Calidad del alivio de sufrimiento proporcionado a la persona usuaria y a su familia.
 - Información, intimidad proporcionada, colaboración establecida con la familia, etc.
3. Bienestar social, emocional y espiritual: accesibilidad y confort de la familia, del acompañante, calidad e idoneidad de la información ofrecida a la persona y/o a su familia, participación de ésta en las decisiones y en las tareas de cuidado.
4. Actuaciones tras el fallecimiento:
- Analizar si se han respetado los ritos que la persona (o la familia).
 - Comprobar si se ha permitido la participación de allegados y de otros residentes.
 - Calidad del apoyo emocional proporcionado.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Prejuicios y temor de los profesionales para enfrentarse al sufrimiento, a la terminalidad, a la muerte

Respuestas y alternativas propuestas:

- Especializar al personal y favorecer la voluntariedad del personal que asume este compromiso (formar, motivar, valorar y recompensarlos).
- Sensibilizar a todo el personal en este tema, así como favorecer la empatía y la humanización.

b) Entorno cultural y sanitario tendente a alargar la vida sin ningún tipo de calidad de vida. Atención sanitaria defensiva, poca humanización, empatía y sinceridad

Respuestas y alternativas propuestas:

- Ofrecer a los profesionales formación específica en bioética.
- Asumir la atención al final de la vida y a la familia como parte del trabajo de los profesionales que trabajamos en las Residencias de personas en situación de dependencia.
- Reconocer los esfuerzos realizados para llevar a buen término estas actuaciones.
- Apoyar a los profesionales tras procesos en los que se hubieran sentido más implicados.

c) Los profesionales creen saber siempre que es lo mejor para el residente

Respuestas y alternativas propuestas:

- Ofrecer una formación y sensibilización adecuada en aspectos de bioética y derechos de las personas.
- Incluir en el PPA la Historia de valores o similar como un instrumento que recoge la voluntad de la persona.
- Reconocer otros ejemplos de participación de la persona en sus decisiones.

d) Limitaciones espaciales y ambientales (espacios, mobiliario, privacidad suficiente, etc.)

Respuestas y alternativas propuestas:

- Habilitar espacios (habitación sólo usada por la persona en proceso de final de la vida y por su familia).
- Priorizar este momento sobre otras cuestiones del día a día de los centros.
- Dotarse de recursos, coordinarse con quien puede proporcionarlos (unidades de cuidados paliativos) o realizar el traslado al mejor recurso para la persona.
- Que los responsables tengan en cuenta el consumo de recursos materiales y humanos necesarios para desarrollar con éxito esta BP dirigida a dignificar.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a mejorar la atención de la persona en la fase final de su vida, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se fomenta la autonomía

- Porque al prevenir la conspiración del silencio se permite que la persona pueda (si tiene capacidad y deseo de hacerlo) ser protagonista de su proceso de final de vida: despedirse de sus seres queridos, tomar las últimas decisiones, y que, si lo desea, compartir estas decisiones con su familia.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque se respeta su individualidad e identidad (valores, creencias, gestiones o despedidas, etc.).
- Porque se le proporciona información y se le tranquiliza respecto a síntomas o a otros aspectos que más teme la persona y se les pone alivio.
- Porque se le aporta percepción de control de la situación y poder reducir en algo su incertidumbre.
- Porque se le proporciona el apoyo emocional (presente y preventivo) que la persona necesita pues conocemos sus temores, preocupaciones, miedos y podemos hacer un tratamiento preventivo de la angustia.
- Porque al permitirle la expresión de sentimientos y deseos y despedirse, ello favorece poder superar las etapas del duelo y que éste sea menos doloroso en familiares y compañeros.
- Porque se ofrece un ambiente que permita la comunicación verbal y no verbal.

Se fortalecen las relaciones interpersonales y la inclusión social

- Porque al proporcionar una atención integral a la persona, familia y entorno relacional (otros residentes) se posibilita una interrelación sincera y honesta entre persona residente/familia/equipo.
- Porque se ofrecen espacios y tiempos de comunicación entre la persona y sus seres queridos, estimulando el contacto y la despedida.
- Porque se permite que otros residentes más allegados o miembros del personal tengan información de la situación y se les da la oportunidad de que puedan visitarlo, expresarle su afecto, *despedirse*,... y también de participar en la realización de actos de homenaje, funerales o en la elaboración de las esquelas.

Se potencia el bienestar físico

- Porque se cuida el bienestar físico y se busca el máximo confort (control de síntomas, comodidad y confort, prevenir dolor, etc.).

Se protegen los derechos

- Porque se emplean todos los medios técnicos y humanos posibles y se le ofrece información que la persona desea sobre su proceso, facilitándole que pueda tomar decisiones.
- Porque el uso de la información personal a lo largo del proceso cumple con todas las características de confidencialidad y se cumple con el secreto profesional.
- Porque hacemos posible una muerte digna, buscando satisfacer sus necesidades físicas, psíquicas, emocionales y espirituales.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable siempre que se disponga en la Residencia de los recursos necesarios para garantizar el confort y calidad de fin de vida de la persona.

Esta BP no debería realizarse en los casos en los que no es posible lograr el bienestar físico de la persona por escasez de medios terapéuticos. Tampoco en los casos en los que su traslado a otro recurso garantice un mayor bienestar integral y calidad de vida a la persona en sus momentos finales.

Ejemplo

José Luís, 58 años, no tiene familia cercana ni ha recibido apoyo familiar durante el tiempo de vida en el centro. Es una persona diabética con pierna izquierda amputada y probabilidades de amputación de la pierna derecha. Presentó un agravamiento importante de su estado de salud con riesgo de fallo multiorgánico. Posee sus facultades mentales conservadas y su capacidad de decisión sobre su vida.

Aunque la recomendación de su médico de atención primaria es el ingreso hospitalario, José Luís se muestra remiso, al principio, y luego directamente se niega.

El equipo de enfermería, tras varias conversaciones con él, detecta que su negativa a ir al hospital se fundamenta a su temor a la amputación de la otra pierna. Tanto su médico de Atención Primaria como el personal sanitario de la Residencia hablan con él de sus temores, apoyándole en las decisiones que él tome respecto a la atención sanitaria que desea. Él y el resto del equipo decide asumir los riesgos derivados de no ingresar en el hospital. Ante su decisión firme y argumentada, ésta es respetada por el equipo.

Durante los últimos días se le proporcionaron todos los cuidados necesarios para minimizar el dolor y aumentar su bienestar y calidad de vida (ponerle música, ver sus fotos, visitas de amigos residentes y por deseo propio celebró las últimas navidades con turrón y dulces –coincidía con el periodo navideño–). Sabemos que tuvo el mejor final posible y eso nos llena de satisfacción.

Principales instrumentos de apoyo

- Clavé, E. (2000). *Ante el dolor. Reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte*. Madrid, Ed. Temas de hoy.
- Bermejo, J.C. (2005). *Estoy en duelo*. Ed. PPC.
- Moya, A. y Barbero, J. (2006). *Malos tratos a personas mayores: guía de actuación*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Lorente, X. y Sagristá, M. (2009). “Programas para mejorar el bienestar ante situaciones de pérdida y duelo”. Bermejo, L. (Dir.) *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con mayores: Guía de Buenas Prácticas*. Madrid, Panamericana (en prensa).
- Modelo de Consentimiento informado.
- Modelos de Testamento vital, de Últimas voluntades e Historia de valores.

ÁREA DE MEJORA 4. INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y SISTEMAS ORGANIZATIVOS

4.1.

BPclave: El trabajo en equipo interdisciplinar

- Porque el trabajo en equipo es el único modo de garantizar una atención adecuada: personalizada, integral y digna.
- Porque todos somos necesarios para lograr mejorar la calidad de vida de las personas usuarias y la mejora de funcionamiento del centro.

Esta BP trata de mejorar la forma de trabajo del equipo para que, de este modo, pueda mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas residentes refiriendo a cómo desarrollar una metodología de trabajo del equipo que sea más sistematizada y rigurosa. Una metodología de trabajo clara, conocida y compartida por todos.

Busca mejorar la forma en que el equipo interdisciplinar toma las decisiones más relevantes que afectan a las personas usuarias y garantiza su cumplimiento.

Con esta BP, se mejora tanto la calidad asistencial del recurso en general como la calidad de vida de las personas usuarias del mismo. La implicación de los profesionales permite mejorar su práctica profesional y, con ello, la satisfacción y el bienestar de las personas usuarias.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

a) Cuidando los aspectos formales de los equipos y grupos

■ Estableciendo una metodología eficaz para las reuniones interdisciplinares

Una cuestión previa y fundamental para garantizar la eficacia del trabajo en equipo es que se desarrolle una metodología adecuada y sistematizada. Una metodología capaz de dar respuestas adecuadas a cada objetivo planteado y que permita implicar a todos los miembros del equipo a lo largo de todos los momentos del proceso: planificación, implementación y evaluación de las intervenciones profesionales.

Las reuniones del equipo constituyen una herramienta esencial para el funcionamiento de éste. De su calidad dependerá gran parte de la eficacia de la metodología del equipo.

El desarrollo óptimo de las reuniones implica que transcurran, básicamente, según hayan sido planificadas y que se logren los objetivos marcados. En este sentido, resultará primordial:

- Adecuar el diseño y la convocatoria a cada tipo de reunión. Para ello habrá que identificar adecuadamente quiénes serán los participantes y elegir bien fecha, hora y lugar (ello es especialmente importante si se quiere incluir a quienes tienen más dificultades para asistir a las mismas).
- Definir previamente los objetivos, los temas a tratar y la secuencia a seguir. Será necesario tener todo preparado: documentación, información necesaria, etc.
- Diseñar y compartir con todos los miembros las normas de actuación en las mismas.
- Asegurar sistemas de registro y seguimiento de los acuerdos tomados.
- Favorecer una adecuada supervisión de los equipos por agentes externos si hay disfunciones y dificultades.

■ Diseñando formas de trabajo adecuadas a los diferentes tipos de reuniones interdisciplinares

El equipo debe reunirse en muchas ocasiones pero no todas las reuniones tienen los mismos objetivos, participantes ni metodologías. Las reuniones más importantes del equipo son:

- **Las reuniones de diseño de los planes personales de atención (PPA).** En estas reuniones (o al menos en una parte de ellas), se favorecerá la participación de las personas usuarias (y/o de sus familias, si procede) y el equipo considerará siempre sus opiniones y deseos en todo lo que le concierne. Para ello, podrá convocarle a estas reuniones o bien reunirse con él en otro contexto, si con ello facilita su participación. Sentirse informado, consultado y considerada su opinión es un punto de partida imprescindible para mejorar la calidad de la atención a la persona y que ésta se sienta validada (véase la BP-clave 4.2. El Plan personalizado de atención coparticipado desde los intereses y preferencias de las personas).
- **Las reuniones de revisión de casos.** Son reuniones que de forma periódica han de hacerse para el seguimiento de la situación de las personas usuarias. En éstas el

papel del profesional o auxiliar de referencia es esencial. También la persona interesada (o en su defecto su familia) puede participar en la misma.

- **Las reuniones de programación, planificación y evaluación.** En ellas se abordan asuntos relacionados con la organización de programas, actividades, así como la evaluación anual del centro o la revisión del PGI, entre otros asuntos.
- **Las reuniones para el análisis y la revisión del propio modo de trabajo del equipo.** En un proceso de mejora y de sistematización de sus formas de trabajo, los equipos (con un coordinador o responsable que actúe como conductor) han de hacer revisiones de su propio funcionamiento.
 - Un aspecto imprescindible es la **valoración de sus reuniones**, para lo que hay que analizar: el contenido, la duración, la calidad de la participación de los miembros, los aspectos logísticos y de organización (idoneidad de horarios y lugares, fases preparativas –documentación e información necesaria–), y su resultado final –eficacia y eficiencia–.
 - Es importante conocer la **opinión y satisfacción en los miembros del equipo** (en relación a los sistemas de información, comunicación y de trabajo del equipo), recoger sus propuestas de mejora así como sus necesidades de formación.
 - Es imprescindible ser capaces de identificar y valorar **los logros del equipo en relación con la mejora de la calidad de vida de las personas residentes** (qué hemos logrado que no hubieran sido posibles de no trabajar de forma coordinada e interdisciplinar).

Además no hemos de pasar por alto que todos los aspectos que influyen en el funcionamiento del recurso y en la calidad de vida de las personas usuarias han de ser abordados por el equipo en sus reuniones. Cabe destacar algunos de ellos como:

- El funcionamiento de los cauces de participación de personas usuarias, de las familias, de los trabajadores y de otras personas de la comunidad.
- Las actividades de apoyo planificadas más *formales*: los programas de intervención –terapéutica, sanitaria, los de intervención con familias, ambiental–.
- Las actividades de apoyo planificadas más *informales*: actividades y entornos de intervención psicosocial (actividades socializadoras, de ocio, recreativas, relaciones informales).
- La calidad del ambiente en el centro, las relaciones entre personas usuarias y los problemas de convivencia (influencia y abordaje de los problemas de conducta).
- Las formas de trato del personal con las personas usuarias (hacia cada una diferentemente) y su influencia en las relaciones entre el personal y las personas usuarias.
- Las relaciones entre personal y su influencia en el clima del centro, en las reuniones y en el trabajo cotidiano.
- El funcionamiento de otros servicios básicos o complementarios de los centros.
- Etc.

■ Coordinando adecuadamente las reuniones interdisciplinares

Sea quien sea el profesional, la responsabilidad de la coordinación de las reuniones, debe ser asumida por alguien que sepa:

- Regular las intervenciones (impidiendo el exceso de protagonismo de algunos, estimulando a los silenciosos, reorientando al tema y al objetivo –la calidad de vida de la persona–, impidiendo discusiones y enfrentamientos personales, etc.).
- Administrar bien el tiempo de que se dispone y conducir adecuadamente la secuencia prevista de la reunión. Hay que evitar que la reunión se agote sin haber conseguido sus objetivos, resultado que desalienta con frecuencia a los equipos y hace que consideren estos espacios como una pérdida de tiempo.

b) Cuidando los aspectos más informales de los equipos

El trabajo en equipo no es en absoluto sencillo. A la enorme complejidad de la tarea en sí misma (proporcionar atención integral y personalizada a cada persona usuaria sin duda, lo es) se añade el componente personal. No obviar la importancia del factor humano es decisivo pues, queramos o no, estamos influidos por ello. Es frecuente que estos aspectos informales influyan decisivamente facilitando o entorpeciendo los objetivos formales que el equipo se plantea.

El coordinador/a deberá cuidar el clima y los aspectos relacionales de las reuniones. Las siguientes acciones tienden a posibilitarlo:

- Fomentar una comunicación agradable, un ambiente agradable que propicie la comprensión entre miembros y disciplinas.
- Cuidar las formas y demostrar habilidades de relación y escucha y tratar que el resto también lo haga.
- Implicar a todos los miembros; que conozcan y compartan la metodología, el sentido y la importancia de las reuniones.
- Reforzar las aportaciones y comportamientos funcionales; los que facilitan la tarea y crean un buen clima de cooperación.
- Ayudar a los miembros a reconocer la eficacia/eficiencia señalando los logros del equipo.
- Contener la situación en casos de conflicto o de enfrentamientos personales (mantener e inducir a la calma).

c) Asegurando el cumplimiento de las decisiones acordadas por el equipo

La eficacia de las reuniones exige el cumplimiento por parte de todos. Para ello es necesario garantizar, algunos aspectos como:

- El registro de lo sucedido en cada reunión y elaboración de acta o del *Libro de reuniones* en el que se identifiquen claramente aspectos como *qué, quién, cómo y cuándo* en relación a las decisiones acordadas.
- La accesibilidad o distribución del acta o del *Libro de reuniones* (o al menos de los principales acuerdos) a todos los miembros del equipo.
- La distribución *adecuada* y compartida de tareas y responsabilidades entre todos los miembros.
- La identificación de un responsable que compruebe el cumplimiento de lo acordado e informe al equipo.
- Asegurarse de que se informa a todas las personas implicadas de las decisiones tomadas (personas usuarias, familiares, otros miembros del personal, etc.).

- La previsión de acciones o documentos que deben realizarse previamente a la próxima reunión.

d) Estableciendo estrategias específicas para abordar problemas o situaciones especialmente difíciles

La cada vez mayor complejidad de los temas y su frecuencia justifica que los equipos dispongan de herramientas específicas que les ayuden en su abordaje. Definir una secuencia para estas situaciones es una propuesta para la que se aportan algunos aspectos que se deberían contemplar:

- La identificación correcta del problema a tratar y del objetivo a lograr.
- La identificación de respuestas institucionales previas: *¿Cómo solemos responder habitualmente a esta situación/problema? ¿Cómo ha funcionado en otras ocasiones?*
- La búsqueda de respuestas alternativas centradas en la persona: *¿Qué formas de actuación lograrían mejorar su calidad de vida? ¿Son positivas para el resto de las personas usuarias? ¿Y para toda la organización?*
- La valoración de todas y la elección de la mejor opción.
- La definición de la propuesta de intervención: la decisión acordada, tanto sea referida a personas usuarias, a familiares o a temas organizativos o propios del equipo, requiere especificar:
 - *Qué hacer* (acciones previstas).
 - *Quién* debe hacerlo (asignación de responsabilidades y tareas entre todos los miembros).
 - *Cuándo* (acciones de *fecha cerrada* o *fechas límite*, próxima revisión y reunión).
 - *Cómo* (buscar semejanzas con las BBPP, sistematizar formas de actuación).
 - Informar, –y consultar si procede– a personas usuarias y/o familiares afectados.
- El diseño del plan de seguimiento: *Quién* será el responsable y *cómo* lo hará.
- La evaluación de la decisión y su cumplimiento: Detectar dificultades encontradas y proponer mejoras. Sacar conclusiones y aprendizajes para el futuro.

e) Competencias y actitudes profesionales necesarias para esta BP

La complejidad de los abordajes de carácter más sistémico, que integren además los deseos y criterios de las personas usuarias, hacen la atención a las personas cada vez más compleja. Es, por ello, cada vez más necesaria, una verdadera capacitación de los profesionales en habilidades de comunicación interpersonal y, sobre todo, en técnicas específicas de trabajo en equipo.

La mejora de los equipos está íntimamente relacionada con la mejora de la comunicación entre profesionales y disciplinas pues ello facilita el desarrollo de las intervenciones, mejora el ambiente y mejora la eficacia de nuestro trabajo. La capacitación de los profesionales ha de orientarse a que cada miembro del equipo:

- Tenga claro y comparta las metas de la atención y del equipo, las cuales deben situarse siempre en un plano superior a las de su disciplina y deben estar inequívocamente centradas en la persona y en su calidad de vida.

- Sepa y asuma sus competencias y funciones (las de su disciplina) en relación a esta meta. No debemos olvidar que, normalmente, los objetivos de cada disciplina suelen ser herramientas para el logro de la meta. Debemos ser conscientes de los límites de nuestra competencia (disciplina).
- Conozca las competencias (las posibilidades) de otros profesionales (disciplinas) y respete su trabajo.
- Participe activamente en las tareas del equipo y contribuya a su consolidación. Esto se logra cuando, entre todos, fomentamos la comunicación, la cordialidad, la confianza, el reparto equilibrado de tareas y la orientación a la tarea conjunta (que no es otra que la calidad de vida de las personas usuarias).
- Sea capaz de escuchar, aceptar sugerencias, propuestas y críticas de los otros. Que sepa, a su vez, darlas de una forma correcta a los demás.

Consideramos que es muy conveniente que, sea quien sea, exista en cada centro una persona legitimada y formada específicamente para desempeñar la función de coordinación del equipo.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Inadecuada programación de las reuniones. Dificultad del personal para acudir

Respuestas y alternativas propuestas:

- Elegir horas en las que pueda participar el mayor número de personas posible y facilitar la asistencia de todos.
- Organizar la asistencia rotativa del personal de atención directa.
- Diseñar los turnos del personal según necesidades y fomento del bienestar de las personas residentes y del trabajo en equipo.

b) Reuniones largas e ineficaces

Respuestas y alternativas propuestas:

- Contemplar la figura del coordinador de las reuniones interdisciplinares. Capacitarle y darle competencias para que pueda hacerlas más operativas y satisfactorias.
- Formarnos todos en formas de comunicación y de trabajo en equipo. Priorizar los temas y ser realistas.
- Analizar nuestras formas de trabajo en equipo y aprender de nuestros aciertos y errores: introducir mejoras.

c) Poca conciencia de equipo. Falta de implicación del personal en el mismo

Respuestas y alternativas propuestas:

- Revisar las formas de trabajo y de reunión actuales.
- Desarrollar metodologías más participativas y motivadoras.
- Demostrar en la práctica que tenemos mucho que decir.

- Escuchar y respetar las visiones de todos.
- Repartir responsabilidades, valorar éxitos.
- Fomentar soluciones creativas centradas en el bienestar de las personas usuarias.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a proponer una metodología interdisciplinar que permita un adecuado abordaje integral con el trabajo en equipo, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se fomenta la autonomía

- Porque siempre que el contenido de las reuniones afecten a una persona, ésta será informada y consultada, su opinión será tenida en cuenta y, si es posible, participará en éstas.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque las decisiones del equipo siempre tienen como meta el bienestar de la persona, desde una perspectiva integral y, por tanto, consideran su punto de vista y/o el de su familia. Porque se contemplan y valoran los factores más subjetivos y emocionales de la persona.
- Como se cuenta con todos los profesionales, también se mejora el bienestar de éstos y ello repercute positivamente en su forma de trabajo y en el ambiente del centro.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Porque se consideran las relaciones de las personas usuarias entre ellas y con el propio personal un tema importante y que nos compete y exige nuestro abordaje. La faceta interpersonal se incluye en la agenda del equipo y se trata explícitamente en sus reuniones y ocupa un lugar relevante en las herramientas de trabajo (por ejemplo, en el PPA).
- Respecto al equipo, la posibilidad de expresarse y de participar en la toma de decisiones favorece que se mejoren las relaciones entre sus miembros. Este clima es siempre favorecedor de un ambiente más positivo en el centro y en la relación con las personas usuarias.
- También se verán favorecidas las relaciones con la familia al ser éstas informadas y consultadas por los equipos.

Se propicia el desarrollo personal

- Porque no se fija sólo en los déficits o limitaciones de la persona sino que indaga y promueve sus capacidades para su desarrollo personal.
- Porque incluye, siempre que sea posible, a la persona en las decisiones que le afectan (o en su defecto a su familia) y le permite mantener el control de su vida.
- La satisfacción del personal también mejora en la medida en la que se sienten partícipes de las decisiones y de la marcha del centro. Dignifica el ejercicio profesional.

Se incrementa la inclusión social

- Porque la vivencia y el sentimiento de pertenencia de la persona forman parte de la calidad de vida de la persona y, por tanto, están presentes en los objetivos del equipo.
- Porque esta BP no excluye a ninguna persona de la organización, pues desde cualquier tarea y categoría profesional se pueden implicar en la mejora del funcionamiento general del centro y, en particular, en la atención que requiere y desea cada persona usuaria, participando en estructuras de trabajo en equipo.

Se protegen los derechos

- Porque sólo con una visión integral y personalizada, con la visión de todos y ligados por una meta común que sobrepasa la competencia de cualquiera, se puede prestar la mejor atención que la persona merece.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable siempre. No encontramos ninguna limitación en su aplicabilidad.

Ejemplo

Dos Auxiliares observan el empeoramiento de Palmira en sus relaciones con otras personas y en algunas actividades que habitualmente realiza. Se están produciendo conflictos de convivencia que antes no se daban.

Se decide tratar el tema en una reunión de equipo. Algunos miembros plantean enseguida cambios para Palmira (en la mesa del comedor, de grupo de actividades,...) pero tras escucharnos todos, descubrimos que no tenemos información suficiente para tomar decisiones.

Desconocemos si se trata de una situación momentánea o si será permanente. Además, desconocemos su etiología (*¿Será por alguna complicación de su salud que todavía no se ha manifestado o desconocemos? ¿Por algún problema de convivencia con otros residentes? ¿Por una discusión con su hija con quien la relación no es buena?*).

Decidimos buscar más datos, hablar con Palmira y con su Auxiliar de referencia. También proporcionarle más atención y apoyo, tanto por parte de su profesional de referencia como de otros miembros que tienen más trato y confianza con ella.

Confirmamos que no se trata de problemas de salud sino que es consecuencia de los problemas de relación con su hija y que se siente sola (con falta de apoyos y vínculos afectivos en la Residencia -su mejor amiga murió hace dos meses-).

Tras consultarlo con ella, decidimos, que la Trabajadora social hable con su hija y que Palmira cambie de mesa de comedor pues ingresó una nueva residente con quien creemos puede conge-

niar. Cada profesional sugiere lo que puede aportar (en su actividad, en los momentos en que se relaciona con ella, etc.) y se analizan. Registramos las decisiones tomadas, definiendo roles y tareas para cada uno. Ponemos en marcha las acciones y vamos haciendo un seguimiento por parte de las personas establecidas (Auxiliar de referencia y Enfermera con quien mantiene una relación más íntima). Transcurrido un tiempo volvemos a hablar en el equipo y con Palmira y se realizan nuevos cambios en los grupos de actividad en los que participa.

Principales instrumentos de apoyo

- Márquez, M. et al. (2005). "Habilidades y conocimientos necesarios para trabajar con personas mayores". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 32. [Fecha de publicación: 18/05/2005].
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-habilidades-01.pdf>
- Modelos de actas o registros de las reuniones interdisciplinares.

ÁREA DE MEJORA 4. INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y SISTEMAS ORGANIZATIVOS

4.2.

BP clave: El Plan personalizado de atención (PPA) coparticipado desde los intereses y preferencias de las personas

- Porque sitúa en el eje de la atención los deseos, preferencias y valores de la persona, haciéndolos compatibles con las formas de trabajo y de organización de la Residencia.
- Porque es una herramienta de planificación centrada en la persona que permite recoger por escrito toda la información y conocimiento relativo a la persona usuaria y expresa una propuesta de atención específica que deberá ser seguida por todo el equipo.
- Porque visibiliza las competencias de las personas, garantizando sus derechos y la calidad asistencial en el Centro residencial.

Con esta BP podremos concretar un proyecto de atención adecuado a cada persona. Se trata de un instrumento muy valioso por cuanto recoge: cómo es la persona usuaria (valoración integral), qué puede ofrecerle nuestro recurso para su calidad de vida (propuesta de intervención integral) y qué debemos y cómo hacer cada uno de los trabajadores del recurso para lograrlo (previsión de apoyos y/o cuidados y criterios de realización de éstos).

Este plan personalizado es integral y se elabora partiendo de dos visiones complementarias: la de la persona usuaria (y/o su familia) y la profesional y de la organización. Ello va a requerir sensibilidad para ser capaces de integrar ambas miradas y que converjan en la persona; evitando propuestas profesionales inconexas o incoherentes con la idea de calidad de vida. También va a requerir cierta capacidad para aceptar que estas visiones no siempre coinciden.

Esta BP propone el Plan personalizado de atención como un instrumento flexible que recoge toda la relación de la persona con el recurso (desde su preingreso hasta su salida) con las modificaciones que la persona (sus necesidades y deseos) pueda experimentar.

En esta BP se proyecta el modelo asistencial que subyace en la Residencia y en los profesionales que lo integran. Muestra lo que consideramos valioso y lo que no, y si somos capaces de ver las posibilidades de las personas y no sólo sus déficit. El PPA es el instrumento más importante de cualquier recurso de atención personal y nos permite adaptar éste a la persona y, por tanto, posibilitar su calidad de vida.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

El PPA es el instrumento más importante para favorecer una atención centrada en la persona y favorecer, por tanto, su calidad de vida. Adecuadamente elaborado e implementado permite integrar los deseos y objetivos de la persona usuaria y los detectados por los profesionales. Para el desarrollo de esta BP se deben considerar los siguientes elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan:

a) Partiendo de una definición de PPA centrado en la persona y que busca su calidad de vida

El PPA es el instrumento que recoge la propuesta del centro para la persona, partiendo de la situación actual de ésta, con una perspectiva integral y con el objeto de favorecer su calidad de vida.

El PPA debe reflejar de forma clara y concreta para cada persona residente, en qué medida y de qué modo los diversos ejes de intervención favorecen las capacidades de la persona. Por ello debe contener objetivos relativos a las dos dimensiones de capacidad personal: la promoción y ejercicio de la Independencia Funcional y de la Autonomía Moral.

El PPA debe contener objetivos relativos a cómo la persona puede *utilizar* estas dimensiones y para prevenir su deterioro (prevención de la dependencia y de la heteronomía). Debe ofrecer oportunidades a la persona usuaria para la *gestión de su vida*; lo que implica el cuidado de *uno mismo*, la gestión de su espacio y sus objetos y la toma de decisiones respecto a su vida cotidiana.

Cada Plan de atención, partiendo de las capacidades de cada persona, debe poseer una perspectiva empoderadora, es decir que busca la estimulación de las capacidades, a la par de ofrecer oportunidades para su utilización.

De este modo, el PPA busca:

- **Capacitar:** pues somos *estimuladores* de sus capacidades, ofreciendo entornos, situaciones, programas y actividades para su promoción, mantenimiento o rehabilitación.
- **Dar poder:** pues somos también *receptores* de esas capacidades, facilitando, para ello situaciones en las que la persona pueda aplicar, disfrutar, beneficiarse de sus competencias personales (*oportunidades de realización personal*).

El PPA implica el necesario ajuste de dos visiones: la de la persona usuaria y/o de su familia, si procede (sus expectativas, preferencias y deseos) y la profesional o de la organización (las necesidades objetivas detectadas y los recursos disponibles).

El PPA siempre afecta a nuestra forma de trabajo, ya que define cómo han de ser nuestras formas de actuación, concretando para cada persona: a) los tipos e intensidad de apoyos necesarios que debemos proporcionar en cada situación y b) los criterios de realización de éstos (cómo hay que hacerlo: pautas comunes y específicas para cada profesional) así como las funciones, tareas y responsabilidades compartidas e individuales.

b) Implicando y contando a la persona usuaria (y/o a su familia –si procede–) en todos los momentos del desarrollo del PPA

El PPA es un proceso que será completado cuando nuestra propuesta sea validada por su protagonista (y o su familia o su representante legal si éste no pudiera). Para ello es imprescindible:

- Aportar la información adecuada (cantidad y formato –lenguaje adecuado y comprensible, con apoyo documental, por escrito, etc.–).
- Incluirle en todos los momentos del proceso (desde su planificación, durante su implementación y en la valoración continua del mismo).
- Incorporar las modificaciones propuestas por la persona y/o su familia (ha de ser flexible e integrar ambas miradas).
- Diseñar y personalizar los instrumentos de apoyo necesarios que faciliten esta implicación.

No debemos olvidar que el PPA sólo es un instrumento para acercarnos a la verdadera meta: la calidad de vida de la persona. Así, el PPA deberá ser tan flexible y adaptable como la persona requiera (por cambio de sus deseos, de su estado de salud o de capacidades, etc.), lo que supondrá adaptar los ejes de intervención ofrecidos, pero también, de nuestras formas de trabajo (tipo e intensidad de los apoyos a proporcionar, criterios de realización, reparto de responsabilidades y de riesgos asumibles, etc.).

No debemos olvidar que el PPA sólo es un instrumento para acercarnos a la verdadera meta, la calidad de vida de la persona. Así, el PPA deberá ser tan flexible y adaptable como la persona requiera (por cambio de sus deseos, de su estado de salud o de capacidades, etc.), lo que supondrá adaptar los ejes de intervención ofrecidos, pero también, de nuestras formas de trabajo (tipo e intensidad de los apoyos a proporcionar, criterios de realización, reparto de responsabilidades y de riesgos asumibles, etc.).

c) Recogiendo, registrando y utilizando toda la información referida a la persona (incluidas sus preferencias)

La recogida de información es muy importante ya que nos permite conocer aspectos de la Historia de vida de la persona de cara a mantener el criterio de coherencia biográfica y de respeto a su identidad.

Conocer la historia de la persona usuaria (sus roles, su forma de vida y de relacionarse) es el mejor modo para adaptarnos a sus costumbres y saber cómo debemos tratarla. De no hacerlo, le estaremos privando de la atención que merece y la obligaremos a adaptarse a nuestro estilo y hábitos.

En la incorporación de la persona al recurso el equipo deberá dedicar tiempo para recoger y registrar distinta información, la cual deberá ser contrastada con la persona usuaria o, si no es capaz, con sus familiares cercanos, acordando cómo quiere ser tratado y pidiendo su consentimiento para dar a conocer los contenidos de esta ficha al resto del equipo.

Por supuesto, además de la propia persona podremos contar con otros *informantes* como son sus familiares o personas de su entorno. (Ver la BP 3.2. dedicada al trato personalizado y la BP 2.2. a la cooperación persona usuaria, familia y equipo profesional en el Plan personalizado de atención).

El equipo deberá también dedicar tiempo para compartir entre sus miembros toda esta información y ver las implicaciones de la misma en el PPA.

d) Desarrollando adecuadamente cada fase del PPA

Existen cuatro fases fácilmente identificables que deberemos cuidar: la valoración integral de la persona, la realización de un pronóstico y propuesta de PPA, la implementación y seguimiento del PPA y, por último la valoración del mismo.

■ Fase 1. Conocimiento y valoración integral de la persona

Es el momento de acercarse a cómo es la persona usuaria para poder, posteriormente estudiar qué puede ofrecerle nuestro recurso y concretarlo en una propuesta de PPA.

La valoración integral incluye información relativa a los aspectos biográficos e identitarios de la persona y a sus dimensiones de capacidad personal. El siguiente esquema ilustra aspectos que debemos recabar en esta fase primera³.

1. La persona

A. Biografía e identidad personal:

- Datos personales.
- Historia personal, familiar, laboral, etc.
- Experiencias significativas previas (vinculadas a otros servicios de atención personal, al cuidado de su salud o de otras personas, etc.).

B. Su proyecto de vida actual: aproximación a su concepto de calidad de vida.

- Percepción de la persona acerca de su situación actual y futura: expectativas y proyectos personales, capacidades percibidas, expresiones de seguridad o desalimiento.
- Valores y deseos en relación a todas sus dimensiones: salud, dimensión cognitiva, relacional, afectiva, la *gestión de su vida*, ocupación de su tiempo (gustos, intereses, aficiones).
- La persona en el centro: Expectativas, conocimiento previo, voluntariedad, adecuación del recurso a ella (*¿Qué le gustaría que le ofrezcamos?*), deseos de participación, etc.
- Preferencias de la persona acerca de:
 - El tipo de apoyos que necesita y la forma en que considera que deben prestársele.
 - Lo que desea y quiere (hacer, participar, ser consultado, ser tratado, ser ayudado, etc.).
 - Lo que no desea y rechaza (incluida su imagen personal, uso de ropa, etc.).

2. Sus dimensiones de capacidad personal

A. Independencia/Dependencia

- Estado de salud (datos relevantes).

³ Un mayor detalle de cómo recoger esta información puede encontrarse en la BP-clave 3.2. Trato personalizado y en la BP-clave 2.2. Cooperación persona usuaria, familia y equipo profesional en el Plan personalizado de atención.

- Repercusiones para una vida independiente: su funcionalidad en actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales y avanzadas).
 - Capacidades y dificultades.
 - Gustos y preferencias.
 - Necesidad de apoyos: rehabilitadores, estimuladores, cuidados.

- Riesgos potenciales.

B. Autonomía/Heteronomía

- Estado de salud (datos relevantes).
- Repercusiones para una vida autónoma, para el ejercicio de su autonomía (capacidad y voluntad para el ejercicio de derechos: manifestar opiniones y sugerencias, toma de decisiones, asunción de riesgos, etc.).
 - Esfera cognitiva.
 - Esfera afectiva (vínculos, emociones, expresividad).
 - Esfera relacional (red social existente, tipos de apoyos que disfruta y calidad de los mismos: capacidades y dificultades, gustos y preferencias y necesidad de apoyos: rehabilitadores, estimuladores, educativos, etc.).

- Riesgos potenciales.

C. Competencia para la gestión de su vida: ejercicio de sus derechos, toma de decisiones, voluntad, asunción de riesgos, funcionalidad específica para su ejecución, etc.

- Influencia recíproca de dimensiones personales: Dependencia/Heteronomía.
- Influencia en sus posibilidades cotidianas *de gestión de su vida*.
- Necesidades especiales.
 - de promoción y empoderamiento
 - de adaptación y diseño ambiental
 - de protección (restricción de algunos derechos).
- Capacidades y habilidades especiales (experiencia previa en el uso de TCS, aspectos de su personalidad favorecedores, competencias comunicativas, etc.).
- Riesgos potenciales.

Para obtener esta información, además de los instrumentos habituales de valoración pueden emplearse otros instrumentos de apoyo (de los que hablamos más adelante) como son los instrumentos *identitarios* y biográficos (Biografía e Historias de vida).

■ Fase 2. Pronóstico: propuesta de PPA

Es el momento de plasmar por escrito la meta y objetivos específicos para esa persona, así como la propuesta personalizada respecto a los diversos Ámbitos o Ejes de Intervención, a fin de que pueda ser validada por su protagonista (o por su familia si procede).

A. Meta y objetivos específicos:

- **La meta** será siempre la calidad de vida de la persona (no los objetivos institucionales, que siempre serán secundarios).
- Es el necesario ajuste de dos *visiones* de la persona usuaria (y/o de su familia, si procede): expectativas, preferencias y deseos y los profesionales (necesidades objetivas detectadas).
- Estableceremos diversos tipos de **objetivos**:

- Vinculados a la promoción y ejercicio de la **Independencia funcional** (y prevención de la dependencia) que incluirá otros más específicos relacionados con su salud y su funcionalidad en las AVDs.
- Relacionados a la promoción y ejercicio de la **Autonomía moral** (y prevención de la heteronomía) que requerirán plantear objetivos específicos relacionados con su salud psicoafectiva, y las dimensiones cognitiva, afectiva y relacional de la persona.

- Ambos tipos de objetivos han de verse reflejados en oportunidades concretas para la **gestión de su vida** (para el cuidado de uno mismo, la gestión de su espacio y objetos y el control de las decisiones de su vida).

B. Propuestas personalizadas respecto a tres ámbitos o ejes de intervención

- La gestión de su vida:

- El cuidado de uno mismo: de su imagen personal y el cuidado de su cuerpo (actividades de la vida diaria, la alimentación, medicación, etc.).
- La gestión de su espacio y de sus objetos y enseres.
- El control de vida: hacer elecciones, toma de decisiones:
 - Aceptación y participación en su PPA.
 - Elección de compañías y actividades.
 - Uso de recursos disponibles (servicios complementarios comunitarios al recurso).

- Las Actividades de apoyo planificadas y relaciones:

- Más *formales*: servicios, programas y actividades de estimulación y de rehabilitación de las que puede beneficiarse.
- Más *informales*: programas, actividades y entornos de intervención psicosocial: actividades socializadoras, de ocio, recreativas, relaciones informales de las que puede participar.
- Relaciones en las que disfrutar y enriquecerse.

- Los Apoyos/Cuidados personalizados: referidos tanto a los físicos como a psicoafectivos.

El PPA reflejará en qué medida y de qué modo cada eje de intervención favorece las áreas de capacidad y dimensiones de la persona. Es normal que a medida que pasa el tiempo los ámbitos de intervención sufran modificaciones, tendiendo a *saturar* las columnas más situadas a la derecha de la siguiente tabla:

Ámbitos o ejes de intervención		
Oportunidades para la <i>gestión de su vida</i>	Actividades de apoyo planificadas y relaciones en las que puede participar	Apoyos y/o cuidados personalizados que requiere

Ejemplos de algunas preguntas que deberemos hacernos:

→ **Gestión de su vida:**

¿Qué puede y quiere hacer? ¿Qué apoyos necesitaría? ¿Qué oportunidades reales de realización personal le podemos ofrecer en el centro? ¿Y de vivencia de bienestar personal (físico, material, afectivo, etc.)? ¿Qué necesitamos hacer nosotros –en lo organizativo y en lo relacional– para lograr que la persona pueda gestionar al máximo su vida en la Residencia? (diseño de apoyos y adaptaciones).

→ **Actividades de apoyo planificadas y relaciones:**

¿De qué actividades puede beneficiarse la persona para mejorar sus competencias y/o entrenarlas? ¿De qué relaciones para mejorar su bienestar personal? ¿Estarán en línea con sus deseos? ¿Qué necesitamos hacer? (personalización y adaptación de intervenciones y programas).

→ **Apoyos y/o cuidados personalizados:**

¿Necesita algún tipo de apoyo y/o de cuidado específico de orden físico y/o psico-afectivo? ¿La forma de prestación se ajustará a las preferencias expresadas de la persona? ¿Qué necesitamos hacer? (personalización y adaptación de planes de apoyos y cuidados –criterios de realización–).

Para facilitar la participación e implicación de la persona usuaria y sistematizar su visión (intereses, preferencias, posibilidades de la persona), además de los instrumentos o registros habituales pueden emplearse los Mapas básicos y las Hojas de Ruta Personal y otros documentos de los que hablamos más adelante y que facilitan y garantizan el ejercicio de los derechos de la persona usuaria.

■ **Fase 3. Implementación y seguimiento del PPA**

Tras contemplar las opiniones de la persona usuaria es el momento de llevar a cabo la propuesta definitiva. Todo PPA debe contemplar un plan de seguimiento para asegurar que no nos alejamos de lo planificado. Ello, por supuesto, no implica que éste sea inamovible, bien al contrario, la flexibilidad será una característica esencial de todo.

A. Diseño del plan de seguimiento:

- Metodología de trabajo y reparto de responsabilidades y funciones: para el equipo y para el profesional de referencia (responsable para el seguimiento del PPA de cada persona).
- Periodicidad de las revisiones del PPA.
- Sistemas de registro de información, comunicación y coordinación
 - entre el equipo y turnos
 - entre recursos implicados: servicios sociales generales y especializados: atención primaria de salud, atención especializada...

B. La flexibilidad del PPA. Se contemplará la realización de las adaptaciones necesarias:

- Ante la situación cambiante de la persona en sus deseos, capacidades o necesidades. Deberemos comprobar si los cambios afectan a nuestra propuesta en

la *gestión de su vida*, en su participación en las actividades de apoyo planificadas (programa de intervención) y en los cuidados que necesite.

- En nuestras formas de trabajo: en el tipo e intensidad de apoyos proporcionados, en cómo hacerlo (criterios de realización, pautas) y en las responsabilidades compartidas e individuales (riesgos asumibles).

Es importante observar que cuando preguntamos a la persona por sus preferencias, al poco de incorporarse al recurso, hace que la información que pueda aportarnos sea todavía escasa. Deberá pasar un tiempo para que la persona elabore un juicio y criterio más preciso acerca de sus preferencias en su nueva vida en el centro. Es por ello necesario actualizar, como parte del proceso de seguimiento, esas preferencias (para lo cual pueden seguirse las indicaciones de la BP-clave 3.2. dedicada al trato personalizado) para tener la garantía de que sabemos realmente, lo que le gusta y lo que le disgusta en relación a diversos aspectos (hábitos propios, la forma de trabajo del personal, las formas de relación u otros tipos de situaciones).

Para un adecuado desarrollo del PPA podremos ofrecer a las personas usuarias la realización de algunos instrumentos *identitarios* que van a permitir trabajar con ellas aspectos importantes para su calidad de vida (como el Libro de historia de vida, el Álbum personal o la Caja de recuerdos) y a nosotros también nos ayudará a personalizar el trabajo cotidiano.

■ **Fase 4. Valoración del PPA**

Como en cualquier proceso de intervención, la valoración es parte esencial. La valoración del PPA implica analizar la consecución de metas y de objetivos propuestos tanto por el equipo como por la persona usuaria (o su familia si ésta no pudiera).

La Valoración del PPA por el equipo supone revisar objetivos y logros referidos a la promoción y ejercicio de la Independencia Funcional y de la Autonomía Moral de la persona en los ejes de intervención propuestos (*gestión de su vida*, actividades de apoyo planificadas y cuidados).

También deberá valorarse la idoneidad y adecuación del PPA con relación a:

- Si las áreas de intervención han dado respuesta a los deseos y necesidades de la persona.
- Si nuestras formas de trabajo son las idóneas:
 - Por el tipo e intensidad de apoyos proporcionados.
 - En los criterios de realización (pautas empleadas).
 - En la asignación de responsabilidades (compartidas e individuales).

La Valoración del PPA por la persona usuaria (y/o su familia, si ésta no pudiera):

- Opinión general de la persona de su estancia en el centro.
- Opinión de la persona (y/o su familia, si procede) del PPA en relación a su proyecto de vida actual. Deberemos conocer la satisfacción personal y las propuestas de mejora relacionadas con:
 - Las oportunidades para la *gestión de su vida*, las actividades y relaciones disponibles y los cuidados recibidos.
 - Sus preferencias manifestadas –lo que deseaba y lo que rechazaba– respecto al trato, los apoyos, etc.

Para la realización de la evaluación proponemos plantearnos preguntas como las siguientes:

→ **Gestión de sí mismo:**

¿Dispone la persona de oportunidades reales de realización personal? ¿Podemos ampliarlas y/o mejorarlas? ¿Cómo? (diseño de apoyos y adaptaciones).

→ **Actividades de apoyo planificadas:**

¿Le han resultado significativas? ¿Ha repercutido su participación en las actividades en la mejora/mantenimiento de sus competencias? ¿Podemos mejorar la satisfacción de la persona y la eficacia de las actividades? ¿Cómo? (personalización y adaptación de intervenciones y programas).

→ **Apoyos y/o cuidados personalizados:**

¿Se le han prestado los apoyos y/o cuidados específicos que necesitaba? ¿Podemos mejorar su calidad? ¿Se han ajustado a las preferencias de la persona? ¿Podemos mejorar su satisfacción? ¿Cómo? (personalización y adaptación de planes de de apoyos y cuidados y de los criterios de realización).

Deberemos también analizar si se ha cumplido adecuadamente el PAA, detectando si se han producido desviaciones respecto a lo previsto. Será necesario saber detectar las dificultades o limitaciones que hayan surgido, así como encontrar alternativas o soluciones posibles.

e) Empleando las metodologías e instrumentos de trabajo necesarios para personalizar y hacer participativo el PPA

El desarrollo de unas formas de trabajo que hagan posible este tipo de PPA requiere que se empleen nuevos instrumentos que apoyen esta forma de trabajo y nos ayuda a sistematizarlo y a recordarnos el papel que debe tener la persona usuaria y cual nosotros.

Estos instrumentos de apoyo del PPA pueden clasificarse en:

- Instrumentos *identitarios* y biográficos entre los que destacan la biografía y las Historias de vida.
- Instrumentos que facilitan la participación e implicación de la persona usuaria como los Mapas básicos y las Hojas de Ruta Personal.
- Instrumentos *identitarios* que facilitan la personalización en el trabajo cotidiano; el Libro de historia de vida, el Álbum personal o la Caja de recuerdos son los más empleados.
- Instrumentos que facilitan el ejercicio de los derechos de las personas usuarias entre los que destacan Los diez mandamientos, los Consentimiento informados, la Historia de valores, documentos de Voluntades anticipadas, etc.

Para un conocimiento más detallado de estos instrumentos, recomendamos acudir a los instrumentos de apoyo que se recomiendan en esta BP.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Dificultad para tener una *visión integral* de la intervención profesional y que incluya respetar los criterios de la persona usuaria

Respuestas y alternativas propuestas:

- Ofrecer capacitación específica, desarrollar empatía.
- “Aprender haciendo”, trabajando y compartiendo en equipo.
- Empezar a desarrollar los PPA de los casos menos complejos y que pueden beneficiarse más con ello (con resultados más visibles).
- Evidenciar y compartir avances y logros.

b) Rigidez, prejuicios e ideas preconcebidas de algunos profesionales hacia las personas con dependencia y/o heteronomía

Respuestas y alternativas propuestas:

- Proponer formación específica.
- Pensar más en sus capacidades y en sus posibilidades –si acertamos con los apoyos que precisa– que sólo en las limitaciones.

c) La dificultad para diseñar los PPA. Falta de tiempo

Respuestas y alternativas propuestas:

- Es preferible planificar reuniones de equipo específicas para revisar los PPA.
- Ante limitaciones de tiempo y disponibilidad de todos, empezar por las personas que antes o más pueden beneficiarse de ello (personas con más autonomía aunque padezcan dependencia).

d) Falta de capacidad de la persona y/o escasa implicación de sus familiares en el proceso

Respuestas y alternativas propuestas:

- Optimizar las posibilidades de participación de la persona (hacer adaptaciones o simplificaciones necesarias).
- Trabajar con el grupo familiar, motivándolos, haciendo ver la importancia de su participación en el PPA.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Utilizando en la Residencia los Planes personalizados de atención como metodología básica de atención a las personas usuarias del centro, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se fomenta la autonomía

- Porque optimizamos las oportunidades de la persona para mantener el control y la gestión de su vida, independientemente de las necesidades de apoyo o cuidado que requiera.
- Porque permitimos que la persona decida y mejore aspectos cotidianos muy significativos como sus preferencias en las relaciones, en su alimentación, con quién sentarse, cierta flexibilidad en horarios y en la gestión de sus enseres (ropa, espacio, objetos propios) y de su imagen.
- Porque permite que la persona, siempre que tenga capacidad para ello, realice elecciones y asuma situaciones de *riesgo calculado* de ellas derivadas.
- Porque promueve la apropiación del entorno por parte de la persona, motivándole a él/ella y a sus familiares para que mantenga su vida lo más autónoma e independiente posible.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque permite la vivencia de control personal y la expresión de necesidades y deseos.
- Porque personaliza las relaciones e intervenciones profesionales, estimula una comunicación y relación entre profesionales y personas usuarias basada en el reconocimiento del otro.
- Porque reconoce los esfuerzos y logros de la persona cuando se implica en su PPA.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Porque prioriza la dimensión relacional y se facilita que la persona pueda comunicarse, y relacionarse mejor con sus compañeros, con los trabajadores de la Residencia y con sus familiares.

Se propicia el desarrollo personal

- Porque se ofrecen *oportunidades de realización personal* adecuadas a las preferencias y posibilidades de cada persona.
- Porque entre los objetivos del PPA se incluye el propio *empoderamiento* de la persona y estimula el mantenimiento de su *rol adulto* potenciando que asuma sus responsabilidades, en la medida que le sea posible (promoviendo la posibilidad de tomar decisiones y que asuma la responsabilidad de sus actos, el cuidado de su salud, de sus objetos, etc.).

Se potencia el bienestar físico

- Porque el PAA, con su visión integral y sistémica permite optimizar las oportunidades de salud y bienestar de la persona. Estimula el ejercicio de las habilidades y funciones disponibles, da significado a la rehabilitación y a los esfuerzos que requiere a la persona.

Se incrementa la inclusión social

- Porque la dimensión social forma parte de PPA y se mejora las condiciones para la convivencia, contando con las vivencias de sus protagonistas.

- Porque propicia entornos más *amables*, al personalizar el trato y las formas de relación minimizamos los efectos alienadores de las instituciones residenciales.

Se protegen derechos

- Porque ofrece a las personas vías e instrumentos adaptados para que conozca y se implique en todos los aspectos relacionados con su vida durante su estancia en el recurso.
- Porque armoniza la responsabilidad de las instituciones y de sus profesionales, con los derechos y deseos de las personas usuarias.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para todas las personas usuarias. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Ejemplo

Desde que Amparo entró en la Residencia detectamos las posibilidades y sus deseos de participar en su PPA. También la dificultad de armonizar la relación con su hija (Carmen) y su excesivo interés en controlar la vida de su madre (véase ejemplo de la BP-clave 2.2.).

El equipo se planteó el objetivo de que Amparo liderara su propio PPA, para ello necesitaríamos tiempo, ganarnos su confianza y brindarle apoyos. Los plazos se pactaron amplios (requería ir *sin prisas*).

Se dejó que Ella fuera descubriendo la Residencia (las actividades que se organizan; las personas con las que podía establecer relaciones –no son muchas pues la gran mayoría de los residentes presentan problemas cognitivos y pérdida de heteronomía–; las rutinas cotidianas; etc.). Nosotros, a su vez descubrimos que a Amparo le gusta cuidarse y encargarse (hasta lo que puede) de cuidar de su cuerpo, y realiza, con asombrosa habilidad, actividades básicas de la vida diaria que otras personas con menos limitaciones que ella, no hacen. Es muy voluntariosa y se esfuerza por mantenerse (le gusta ir a terapia, a los talleres, a las actividades en las que conversar con los demás,...). Disfruta recolocando y guardando sus objetos y, en general le gusta *“hacer de todo, estar entretenida y acompañada”*.

Al finalizar la *valoración integral de Amparo* conocíamos todo lo referente a su biografía, su identidad y su proyecto de vida actual (su percepción de situación actual y futura, valores, expectativas, deseos de participación, preferencias, etc.) y las dos dimensiones de capacidad.

Planteamos una propuesta de PPA con **objetivos** claros: *“Proponemos que mantengas tus capacidades –participando en actividades de mantenimiento y rehabilitación– y nos gustaría que pudieras hacer todo lo que puedas y desees”*. Le hicimos propuestas concretas relacionadas con la *gestión de su vida* (para el cuidado de sí misma, la gestión de su espacio y objetos y el control de todas las decisiones de su vida). Amparo ha incluido entre *sus tareas* enseñar a pintar a Ángel,

un chico joven que a causa de su discapacidad intelectual vive allí. Como Ángel pasa largas horas sin hacer nada y ella se pone a pintar en la sala de estar por las tardes, ante el interés de Ángel ha decidido enseñarle y se les ve todas las tardes juntos...

Hemos **puesto en marcha el PPA**. Durante este tiempo ya estamos elaborando algunos instrumentos de apoyo del PPA (ya tenemos terminado Los diez mandamientos y algún Consentimiento informado). Estamos terminando la Historia de valores y hemos empezado a realizar la Historia de vida, que está haciendo disfrutar mucho a Amparo (acaba de ser tatarabuela y tiene una foto de las 5 generaciones de mujeres del día que vivieron a verla para enseñarle a la pequeña).

Su hija Carmen ha sido informada, en la medida que lo ha preguntado, de la existencia del PPA. Pero, por petición expresa de Amparo, no ha participado en su elaboración ni sabe demasiados detalles del mismo. Hemos logrado que la relación madre hija *marche* bien y que colabore aportando lo materiales que su madre necesita.

Principales instrumentos de apoyo

- Leturia, F. J. et al (2001). *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Madrid, Cáritas Española-Matia Fundazioa.
- Documento soporte para la elaboración del Plan personalizado de atención centrado en la persona.
- Instrumentos para la valoración integral de la persona y para la recogida de información: Escalas, tests, informes, registros, etc.
- Modelo de Consentimiento informado.
- Instrumentos para el desarrollo del PPA: Mapas básicos, Historias de vida, Historia de valores, etc.

ÁREA DE MEJORA 4. INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y SISTEMAS ORGANIZATIVOS

4.3.

BP clave: Revisando las intervenciones, pensando en las personas

- Porque es necesaria una revisión en las intervenciones técnicas que desplacen el foco de interés desde los aspectos metodológicos de intervención (programas o instrumentos) a la calidad de vida de cada persona que vive en la Residencia (a su bienestar).
- Porque es imprescindible, desde un modelo de calidad de vida, que las intervenciones técnicas sean flexibles y busquen la atención individualizada adaptándose a las características, preferencias y deseos de cada persona usuaria.

Esta BP se dirige a proponer una secuencia de revisión de las actuaciones que se llevan a cabo en la Residencia con el objeto de constatar que éstas se orienten más hacia las personas y se sitúen en coherencia con los principios rectores de los modelos de calidad de vida y menos a objetivos institucionales u organizacionales.

Para ello el equipo interdisciplinar realiza una revisión de los diferentes sistemas organizativos y metodológicos con el objeto de comprobar el cumplimiento de una serie de principios rectores de la atención: autonomía, participación, individualidad, integración social, independencia/bienestar y dignidad. Para ello se identifican tanto las fortalezas como las áreas de mejora.

Se propone la introducción progresiva de cambios consensuados por el equipo, personas usuarias y familias.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo en el centro de una buena práctica dirigida a iniciar un proceso de revisión de las intervenciones técnicas para que éstas estén inequívocamente centradas en las personas residentes, deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Revisando las intervenciones técnicas y los soportes metodológicos

Es preciso llevar a cabo una revisión de las intervenciones técnicas y de los soportes metodológicos que las sustentan en relación con los principios rectores de la atención. Se trata de analizar si estos elementos se supeditan y se sitúan en coherencia a los principios que definen la atención en el centro. Principios inspirados en modelos de calidad de vida y en la ética asistencial.

Concretamente proponemos revisar estos elementos en relación a los principios de competencia y autonomía, participación, individualidad, integración social, independencia y bienestar y dignidad, utilizando algunos indicadores como los que seguidamente se recogen.

■ En relación con el principio de competencia y autonomía

Algunos indicadores que pueden guiarnos:

- Los instrumentos y sistemas de evaluación individual recogen tanto las dificultades y déficits como las capacidades preservadas, las preferencias y los deseos de la persona.
- Los informes técnicos que se realizan sobre las personas usuarias visualizan no sólo los problemas y carencias sino también las capacidades y competencias.
- Los programas de intervención y organización de actividades están diseñados contando con los intereses y preferencias de las personas.
- Las formas de trabajo y de relación contemplan acciones preventivas del incremento de la heteronomía.
- La organización de las tareas y las rutinas cotidianas permiten que la persona pueda gestionar al máximo su persona (cuidado de uno, gestión del espacio y enseres y control de vida).
- Las actividades están organizadas según competencias de las personas.
- Las actividades describen los apoyos que las personas precisan para fomentar sus actuaciones competentes y autonomía.
- En las reuniones interdisciplinarias se incorpora a la persona usuaria, o en su caso de sus representantes, en la toma de decisiones que afecten a sus cuidados.
- Se utilizan instrumentos que garantizan los derechos de las personas (los Consentimientos informados para expresar formalmente su autorización, la Historia de vida, etc.).

■ En relación con el principio de participación

Algunos indicadores que pueden guiarnos:

- Se contempla la participación de la persona, y en su caso de su familia en el diseño de su PPA.

- Existen sistemas y cauces de participación capaces de recoger la opinión de las personas usuarias, de las familias y de los profesionales.
- Existen sistemas de quejas y sugerencias resolutivos y con compromiso en las respuestas (en tiempo, por escrito, ser revisable...).
- Existen sistemas de participación en el centro que incorporan a las personas usuarias, a sus familias y a los profesionales en la evaluación y planificación anual del centro; tanto de sus programas y servicios como de otros aspectos organizativos que afectan a la vida cotidiana de las personas usuarias.

■ En relación con el principio de individualidad

Algunos indicadores que pueden guiarnos:

- Existen soportes documentales que permitan una atención individualizada (ficha de seguimiento de la evolución e incidencias, proyecto personalizado de atención o registros de las preferencias, la Historia de valores).
- Los planes individualizados de atención se realizan partiendo de las Historias de vida de la persona, contando con sus preferencias, deseos y valores.
- Las metodologías de reuniones de equipo atienden el estudio de las necesidades individuales: en su ingreso, periódicamente y ante eventos extraordinarios.
- La figura del profesional de referencia desempeña un papel muy importante para garantizar la atención personalizada de cada individuo.
- El diseño de programas y actividades es realizado partiendo de las necesidades e intereses del grupo de personas usuarias y, a su vez, se ve completado con programaciones o adaptaciones individualizadas.
- Los servicios y programas del centro son flexibles (en horarios, en exigencia de compromiso de asistencia, en las elecciones que permiten a las personas...).

■ En relación con el principio de integración social

Algunos indicadores que pueden guiarnos:

- La programación de servicios y actividades establecen conexiones con el resto de la comunidad, bien permitiendo el acceso de otras personas al centro, bien facilitando el acceso de las personas usuarias del centro a servicios diversos (sanitarios, culturales, ocio...) de la comunidad.
- Se promueve el uso de metodologías intergeneracionales.
- La programación de actividades contempla e integra sucesos y elementos de actualidad que favorezcan la conexión de la persona mayor con la sociedad y eventos de actualidad.

■ En relación con los principios de independencia y bienestar

Algunos indicadores que pueden guiarnos:

- La programación incorpora acciones y programas preventivos del incremento de la dependencia.
- Los PPA tienen como objetivo eliminar el exceso de incapacidad y favorecer la máxima independencia posible.
- La programación del centro incorpora propuestas y apoyos específicos para las personas con mayor grado de afectación.

- Los protocolos de manejo de las alteraciones de conducta están diseñados buscando no menoscabar los derechos de la persona y se busca que la seguridad no lesione la competencia y el bienestar de la persona.

■ **En relación con el principio de dignidad**

Algunos indicadores que pueden guiarnos:

- La documentación personal está sujeta a confidencialidad y existen procedimientos que así lo garanticen.
- Los protocolos de actuación en atenciones corporales cuidan y garantizan la intimidad y la privacidad de la persona.
- Los protocolos de actuación ante alteraciones de conducta que respetan los derechos de las personas usuarias, evitando el uso de castigos.
- Las atenciones personales cuidan una correcta imagen externa respetando la propia identidad.
- Los programas y actividades respetan la edad adulta y los estilos de vida e intereses de las personas usuarias.

b) Liderando los cambios

Una vez realizada esta revisión se trata de identificar y consensuar los cambios que progresivamente habrá que llevar a cabo en el diseño de las intervenciones para que éstas sean acordes a los principios planteados.

Para ello, se propone seguir la siguiente secuencia:

■ **Identificación de las fortalezas**

Es importante iniciar el proceso de mejora identificando y poniendo en valor las fortalezas que el centro en ese momento tiene, lo bien hecho, lo que se sitúa en coherencia con los principios rectores. Esto crea un clima de confianza y pone en valor al equipo técnico y al centro como organización.

■ **Registro de las oportunidades de mejora**

También deben ser señalados los aspectos de las intervenciones que se distancian o confrontan con los principios rectores, así como los vacíos existentes, según la revisión efectuada a través de estos (u otros) indicadores.

Se deberán recoger todas las cuestiones para posteriormente decidir sobre cuáles es posible introducir cambios, cómo y por dónde iniciar los cambios. En ocasiones se detectan funcionamientos objeto de modificación y las propuestas más satisfactorias no son viables en el centro, ya que lo óptimo no es siempre lo posible; se deberá optar entonces por el mejor entre lo posible, resultando también aconsejable que las propuestas óptimas se registren, recordando que lo que hoy no nos podemos permitir en un futuro quizás sí.

■ **Priorización y temporalización de los cambios**

Detectadas las áreas de mejora en el funcionamiento del centro en relación con la revisión efectuada, se trata de llegar a un consenso entre el equipo técnico, las personas usuarias y las familias, sobre las mejoras a llevar a cabo en relación con:

- Los procesos, programas y protocolos a partir de los cuales se organizan ciertas actuaciones profesionales.
- La metodología de trabajo en equipo.
- El proceso de elaboración y desarrollo de los proyectos personalizados de atención.
- Los sistemas de participación (personas usuarias, familias y profesionales).
- La coordinación con otros sistemas (salud, servicios sociales municipales).
- El sistema de evaluación.
- Los instrumentos soporte.
- ...

Es aconsejable empezar con cambios que no resulten excesivamente complejos, para animar y estimular esta dinámica, así como con las cuestiones que se consideren de mayor trascendencia para la garantía de derechos de las personas usuarias.

■ **Puesta en marcha de los cambios y evaluación**

Una puesta en marcha de cambios gradual y programada permite llevar a cabo la evaluación de los mismos. Para ello se recomienda utilizar sencillos indicadores de medida cuantitativa así como valoraciones cualitativas que emerjan de los profesionales, personas usuarias y familias. Esta evaluación continua nos permitirá, a su vez, introducir ajustes para ir logrando la efectividad de las medidas.

■ **Visibilización y reconocimiento de los logros**

Una vez que los cambios propuestos se vayan logrando (cuando los datos de evaluación así lo indiquen), es conveniente y provechoso que los implicados en el mismo lo sepan, es decir, que se valore y refuerce el haber conseguido un cambio relacionado con la mejora en la calidad de vida de las personas residentes. Aprovechar espacios internos y externos al centro para reconocer y visibilizar los cambios suele resultar de gran valor (sesiones internas, jornadas, documentar y difundir la experiencia...).

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Actitud de rechazo por parte de los equipos técnicos al procedimiento de revisión

Respuestas y alternativas propuestas:

- Programar con carácter previo sesiones de sensibilización y formación en torno a modelos de calidad de vida y ética en la intervención social.

b) Detección de un elevado número de aspectos a mejorar

Respuestas y alternativas propuestas:

- Centrarse en los más relevantes y de mayor consenso.
- Establecer programaciones temporalizadas asumibles.

c) Falta de formación de los equipos técnicos para llevar a cabo los cambios

Respuestas y alternativas propuestas:

- Acompañar los cambios con acciones formativas.
- Utilizar documentos técnicos y guías relevantes.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a orientar las intervenciones técnicas a las personas usuarias se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Porque la revisión de las intervenciones aborda como uno de los aspectos centrales la *visibilización* de las capacidades de las personas usuarias y las oportunidades que tiene para ejercer en la práctica su autonomía.
- Porque se favorece también la autonomía de los profesionales al implicarlos en la revisión y la propuesta de cambios.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque la revisión de las intervenciones técnicas contempla como uno de los aspectos centrales la mejora del bienestar desde la perspectiva de las propias de las personas usuarias.
- Y también favorece el bienestar de las familias y de los propios profesionales, al involucrarlos en los procesos de mejora.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Al consensuar los cambios a introducir se favorece la relación y comunicación entre personas usuarias, familias y profesionales.

Se propicia el desarrollo personal

- Porque se tiene en cuenta las preferencias y deseos de las personas en la programación de su atención y de las actividades, en todos los aspectos relacionados con su estancia en el recurso.

Se potencia el bienestar físico

- Porque se enfatiza la existencia de programas preventivos del incremento de la dependencia.
- Porque da contenido y sentido a las acciones estimuladoras y rehabilitadoras y favorece y motiva al uso de competencias propias.
- Y además se valora la existencia de propuestas y apoyos específicos para las personas con mayor grado de afectación.

Se incrementa la inclusión social

- Porque desde la apertura del centro a la comunidad se favorece la inclusión social.
- Porque el uso de metodologías intergeneracionales reduce el riesgo de segregación de los recursos monográficos, genera oportunidades de interacción y de relación.

Se protegen derechos

- Porque los programas e intervenciones se contemplan como oportunidades para las personas y no como imposiciones.
- Porque la esencia de esta BP es la garantía de los derechos de las personas usuarias.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier centro y equipo. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Ejemplo

El equipo de una Residencia procede a la revisión de sus intervenciones técnicas siguiendo la secuencia propuesta y revisando sus sistemas organizativos y programas en función de los principios referidos. Una vez detectadas las principales áreas de mejora, se dan cuenta de que son muchísimas, y en consenso con el comité de representantes de personas usuarias y familias, acuerdan priorizar e introducir inicialmente en los tres meses siguientes los siguientes cambios:

1. Elaboración de un nuevo proyecto de atención individual identificando las dimensiones de capacidad de la persona (autonomía e independencia indicando tanto sus competencias como sus déficits). Recoger sus preferencias y posibilidades relativas a la gestión de sí mismo, de los cuidados y de las actividades de apoyo planificadas.
2. Incorporar, siempre que así lo deseen a las personas usuarias, y en su caso a las familias, a las reuniones interdisciplinarias, donde se diseñan o revisan los Planes personalizados de atención.
3. Revisar las actividades existentes incorporando las sugerencias de las personas usuarias y teniendo en cuenta las biografías personales.
4. Iniciar la elaboración de Historia de valores y de procedimientos de Consentimiento informados para el acceso al recurso y para la aprobación del Plan personalizado de atención.
5. Se programa una sesión semanal de formación/asesoramiento para la facilitación de los cambios guiadas por un experto ajeno al centro.

Principales instrumentos de apoyo

- Sánchez, M. (2007). *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*. Barcelona, La Caixa.
- AIJU/IBV (2004). *Juegos de mesa y personas mayores: la importancia de nuevos diseños*. Valencia, IMSERSO.
- Fabregat, M.E. (2009). "Programas para la mejora de la calidad de vida a través del juego". En Bermejo, L. (Dir.) *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con mayores: Guía de Buenas Prácticas*. Madrid, Panamericana (en prensa).
- "Juegos y personas mayores"
http://guia2007.guiadeljuguete.com/2008/4_juegos-y-personas-mayores.php
- "Experiencias Intergeneracionales", <http://www.imserso.redintergeneracional.es>
- Documento soporte para la elaboración del Plan personalizado de atención.

ÁREA DE MEJORA 4. INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y SISTEMAS ORGANIZATIVOS

4.4.

BP clave: La figura del profesional de referencia

- Porque en el entorno residencial, el profesional de referencia permite una mayor personalización de la atención al disponer de una visión más completa, continuada y profunda de la persona usuaria.
- Porque el profesional de referencia permite reforzar vínculos individuales y estables que proporciona a la persona seguridad y confianza.
- Porque favorece la cooperación con los familiares, y en las personas usuarias con mayor heteronomía se convierte en una referencia muy importante para éstos.

Esta BP ofrece una propuesta de trabajo basada en la definición de funciones de referencia por parte de profesionales de atención directa hacia las personas residentes y sus familiares.

Esta BP logra una mayor personalización del recurso y consigue crear lazos de relación y compromiso entre las personas usuarias y aquellas que les proporcionan apoyos y/o cuidados.

El profesional de referencia facilita que la persona tenga oportunidades de hablar, comentar, tomar decisiones y pactar acuerdos. Alguien más cercano y conocido a quien recurrir tanto cuando se tienen dudas, problemas o simplemente, se quiere compartir algo. Una figura que reconoce los derechos de la persona y le permite implicarse más en todo lo relacionado con su vida en el centro.

Los profesionales de referencia cumplen importantes funciones. En el ámbito organizativo para hacer realidad la planificación centrada en la persona (en la recogida y gestión de la información personal, coordinación de acciones, participación en el PPA de la persona, etc.). En el ámbito emocional y relacional, ofreciendo relaciones y un apoyo personal que humaniza la intervención profesional.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para crear y poner en marcha la figura de profesionales de referencia en el centro, con el propósito de personalizar la atención y generar relaciones de proximidad y confianza, es necesario desarrollar algunos aspectos básicos y realizar actuaciones como las que a continuación se describen.

a) Estableciendo profesionales de referencia desde la acogida

Es de vital importancia recibir a la persona usuaria en un entorno organizativo y relacional que le permita una mayor seguridad y bienestar cuando ingresa en la Residencia.

Estos profesionales de referencia deben ejercer ciertas funciones centradas en la persona, por ejemplo, ofreciendo la información y el apoyo que la persona desee, acompañándole en su conocimiento del centro y facilitando su adaptación (permitiendo la flexibilización de horarios, de participación en actividades, etc.). Ello va a implicar cierta disponibilidad del profesional para estar accesible y poder ofrecer su presencia, máxime en estos primeros momentos.

Este profesional resulta esencial para lograr que la institución se adapte a la persona y no que sea ésta la que deba someter a la organización.

b) Identificando relaciones de referencia y asignando referentes a la persona usuaria

No es deseable asignar directa y definitivamente profesionales de referencia a cada persona, convirtiendo esta iniciativa en algo automático y rutinario. Aunque se hace difícil que en un primer momento la persona pueda elegir quién quiere que sea su profesional de referencia, debemos procurar que en un plazo medio, así sea.

Para ello, podremos, en un primer momento y de forma provisional, asignarle una persona buscando la mayor coincidencia o sintonía posible. Pasado un tiempo y en la medida que sea posible, es deseable que sea la propia persona quien elija por sí misma a ese profesional; para ello es necesario tiempo y oportunidades para conocer y establecer relaciones.

Indudablemente ello va a requerir que los profesionales estén receptivos y disponibles, tanto para ser conocidos como para ser, posteriormente, escogidos. Actitudes por su parte de frialdad, de falta de interés, distancia o evitación imposibilitan el desarrollo de esta BP y son contrarias a ésta.

La asignación del profesional de referencia, debe ser aceptada por la persona usuaria, a la vez que es informada de las responsabilidades y competencias que tendrá dicho profesional. También deberá dejar claros sus límites e informar de otras personas a las que puede recurrir si así lo desea (miembros del equipo técnico, la dirección, etc.).

Si la persona no puede escoger, entonces, y tras un tiempo para valorar las relaciones entre profesionales y personas usuarias, promoveremos aquellas más empáticas y positivas. Es el momento para hacer, si lo consideremos conveniente, otra asignación más beneficiosa para la persona en situación de heteronomía.

Siempre que sea posible, es conveniente tener en cuenta la diversidad que caracteriza no sólo a las personas usuarias sino también a los profesionales. No todos tenemos las mismas habilidades y capacidades. Valorar estos aspectos facilita una mayor sintonía y calidad en las relaciones.

Esta BP busca poner énfasis en la personalización y por ello asume la metodología de la gestión de casos (*case management*) que considera que las relaciones interpersonales son en sí mismas necesarias, positivas –y hasta terapéuticas– para las personas y favorece esta asignación buscando que sea el profesional quien se adapte a la persona usuaria y no viceversa.

c) Asumiendo el profesional de referencia responsabilidades directas relativas a la persona

Como profesional de la gestión de casos debe apoyar a la persona usuaria para mejorar su vida en el centro y conseguir los objetivos *coparticipados* de su Plan personalizado de atención.

Para ello, el profesional de referencia debe:

1. Ofrecerse a la persona, estar a su disposición para lo que ésta necesite. Facilitar la relación interpersonal, dar confianza. Ello supone estar disponible, cercano a la persona usuaria llegando a formar parte de su vida cotidiana, estando disponible en los entornos en los que la persona se desenvuelve.
2. Demostrar actitudes de cercanía e interés. Dar el soporte que la persona desee con actitudes de cercanía, de confianza y aceptación. La persona usuaria debe encontrar en el profesional de referencia la dosis de comprensión que precise para sentirse mejor en la institución. Lo que implica –no debemos olvidarlo– un constante esfuerzo de adaptación a horarios, ritmos, personas, relaciones, actividades, etc.
3. Conocer las necesidades y preferencias, gustos, esperanzas o ilusiones de la persona. Y tratar de que sus expectativas sean satisfechas, al máximo posible, por la organización. También debe conocer sus prejuicios y miedos y tratar de que no se cumplan.
4. Poder identificar las competencias de la persona dando valor y reconocimiento a sus capacidades mantenidas (por ejemplo, ante situaciones de dificultad siempre dar mensajes como “*volvamos a intentarlo*” frente a “*te equivocaste otra vez*”). Ello permite, tanto a las personas como a los propios profesionales, creer más en las potencialidades de la persona.
5. Favorecer la autonomía moral de la persona (fomentar su implicación en la toma de decisiones) y la garantía de sus derechos en la organización.
6. Favorecer su independencia funcional asegurándose que los modos de trabajar del resto de los compañeros (los criterios de realización) también la potencian.
7. Gestionar la información de la persona usuaria con el esmero y los límites que el derecho a la intimidad personal le confieran. No debe informar *de todo* lo que la persona le cuenta en su relación especial de confianza, a otros profesionales o a sus familiares. Sólo aquello que resulte necesario o relevante para su vida en el centro y el desarrollo de su PPA, y, siempre, con el consentimiento de la propia persona. Recordemos que hay que hacer compatible el derecho de la persona a la confidencialidad y la necesidad de información de la organización para prestarles la atención adecuada (véase la BP-clave 1.5. referida a la privacidad e intimidad de las personas usuarias en el tratamiento de su información personal).

8. Colaborar en la coordinación de los recursos (humanos y materiales) del centro para asegurar la integralidad, personalización, continuidad y coherencia de una atención centrada en la persona.
9. Participar activamente en el PPA. Tanto en las reuniones para su diseño, ya que su papel es especialmente relevante al facilitar la participación de la persona frente al resto del equipo. En el caso de que las personas que no pueden participar en estas reuniones, debe aportar todo el conocimiento de la persona que dispone. También debe velar por su adecuada implementación, en su seguimiento y valoración.
10. Respetar su individualidad y velar porque ésta sea respetada por el resto de compañeros y, en general, por toda la organización.
11. Ofrecerse para mantener contacto y cooperación con los familiares de estas personas. Si la persona es autónoma, contando para ello con su autorización.

d) Desarrollando las competencias necesarias para el desempeño de este rol

Cuando hablamos de competencias sabemos que se requiere, por supuesto, tener conocimientos, pero también habilidades concretas y unas actitudes favorables para demostrar a cada persona, en el día a día, su capacidad de:

- Percibir y tratar diferencialmente, de personalizar el trato. Ello supone saber identificar y respetar al otro: sus necesidades, deseos, fortalezas y debilidades.
- Relacionar todas las áreas y los aspectos que intervienen (físicos, emocionales, psicológicos, comportamentales, contextuales, culturales, ideológicos, etc.) en la atención, para llegar así a una visión integral de la persona en el centro.
- Ser discretos, prudentes, respetuosos al manejar la información *valiosa* que les es confiada (confidencialidad).
- Dar apoyo y confianza a lo largo del tiempo. Se trata de una relación estable y duradera en tanto la persona permanezca en el recurso.
- Mostrar madurez personal y profesional, integrando con normalidad los cambios y ajustes que pueden hacer falta en las asignaciones de estas figuras profesionales.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Falta de reconocimiento del personal de referencia por parte del resto de los profesionales

Respuestas y alternativas propuestas:

- Sensibilizar y formar en metodologías de gestión de casos y en el funcionamiento con profesionales de referencia.
- Realizar asignaciones equitativas entre todos.
- Que todos apliquen esta forma de trabajo y les sea valorada su función.
- Promover la implicación y la iniciativa de los trabajadores.

b) Exceso de rotación en el personal

Respuestas y alternativas propuestas:

- Organizar plantillas y turnos buscando personas de referencia estables para los usuarios.
- Ajustar expectativas a realidades. No generar expectativas excesivas en las personas usuarias que puedan sentirse defraudadas.

c) Gran preponderancia de las tareas frente al papel afectivo-relacional del personal

Respuestas y alternativas propuestas:

- Revisar la organización y el reparto de tareas. Rediseñarlas atendiendo a los vínculos establecidos entre personas usuarias y trabajadores.
- Revisar los objetivos de los programas y los PPA, dando más valor a aspectos relacionales. Asignar el personal más cercano a cada persona usuaria.
- Promocionar criterios de realización de las tareas que tengan en cuenta la dimensión relacional.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con la figura del profesional de referencia, se consigue avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Porque se le ofrecen a las personas usuarias vías y momentos para ser escuchadas, poder opinar y tomar decisiones que les conciernen.
- Porque personaliza la organización, permite la flexibilidad y evita el trato homogéneo a todos los usuarios.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque en esta relación se pueden lograr mayores sentimientos de seguridad, tranquilidad y apoyo. El profesional de referencia se interesa por su bienestar emocional (le pregunta por ello, le da su comprensión, trata de ayudarlo para que lo mejore,...).
- Porque permite mantener la identidad personal, tener voz y criterio propio. Si los demás te reconocen, si uno se siente reconocido, se está en mejores condiciones para la relación con los demás, para reconocer también a los demás.

Se propicia el desarrollo personal

- Porque al implicarse e influir en las decisiones que le competen (y el profesional de referencia colabora en ello), las decisiones y estrategias decididas están más adecuadas a la persona (por ejemplo, las actividades y relaciones le resultarán más significativas).
- Porque una coordinación liderada por el profesional de referencia mejora la calidad de las intervenciones, su carácter interdisciplinario e integral. Ello, lógicamente, redundará en

una mejora en diversas dimensiones de la persona (promoción de autonomía e independencia, aspectos relacionales, motivacionales, problemas de salud, etc.).

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier persona usuaria.

El límite puede fijarlo la persona usuaria (o en su defecto su familia) si no desea establecer una relación de este tipo con ninguna persona del centro.

Ejemplo

A su llegada a la Residencia a Amparo se le asignó a Marta, una auxiliar muy veterana, como profesional de referencia. Amparo aceptó la idea y a la persona con normalidad, pero al poco tiempo (unas tres semanas) detectamos que Marta, siendo una gran profesional, no era la persona adecuada para Amparo. Por su larga experiencia, su fuerte carácter y su talante resolutivo y directivo, sin darse cuenta anulaba a Amparo, quien veía en ella a su hija Carmen, y adoptaba el rol de sumisión que tanto ejerció previamente. Fue la psicóloga, entrevistándose con ella para cumplimentar la Historia de valores y haciendo una valoración de su periodo de integración quien lo detectó.

Se le propuso la posibilidad de cambio a Amparo. Ella no quería pues no tenía nada en contra de Marta (*“no ha hecho nada malo, no quiero causar problemas...”*). Se reunieron la psicóloga, Marta y Amparo para dejar claro que Marta no lo vivía mal, que no lo tomaba como nada personal, que ella era un poco mandona y que lo entendía. Al no sentirse ya incómoda Amparo acepta elegir a otra persona. Pregunta si puede ser Ana, una auxiliar –eso si con menos experiencia, pero más sonriente y cariñosa–, con quien tenía una relación muy agradable. Ana se sintió muy bien por ser elegida por Amparo (*“es una señora muy agradable y educada, es muy colaboradora y agradecida yo trabajo muy bien con ella”*) y va a ser la primera vez que ejerce de profesional de referencia. Reconoce que su papel es importante para Amparo pues le ayuda a continuar gobernando su vida y a tratar de disfrutarla.

Marta mantiene una buena relación con Amparo, a quien saluda y se interesa por ella afectuosamente cuando coinciden. Marta demostró madurez personal y profesional al aceptar el cambio con normalidad.

Principales instrumentos de apoyo

- Martínez, T. (2010). *Centros de atención diurna a personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad o dependencia*. Madrid, Panamericana (en prensa).
- Documento soporte para la elaboración del Plan personalizado de atención.

ÁREA DE MEJORA 4. INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y SISTEMAS ORGANIZATIVOS

4.5.

BP clave: Entornos de empoderamiento predecibles para personas gravemente afectadas

- Porque el entorno es determinante en la vida de las personas en situación de dependencia y/o de heteronomía, pudiendo ser éste tanto un elemento facilitador como generador de más incapacidad y dependencia.
- Porque la predecibilidad es una característica del entorno que favorece la capacidad de control del mismo, y por tanto de su adaptación, siendo especialmente importante para las personas que presentan alteraciones cognitivas graves.
- Porque mejorar los entornos y hacerlos empoderadores mejora las oportunidades de desarrollo, satisfacción y de mejora la calidad de vida de las personas que residen en las Residencias.

Esta BP pretende desarrollar un proceso de empoderamiento gracias a los cuales las personas pueden fortalecer sus capacidades, su confianza y su protagonismo en su entorno y en su vida cotidiana.

Estos procesos van a requerir la adaptación de las condiciones ambientales para facilitar la interacción y apropiación del entorno por la persona a la vez que se valoran y controlan los riesgos que ello implica.

Esta BP se refiere a la necesidad de realizar la evaluación de las necesidades y potencialidades de la persona y el análisis causal de las situaciones y de los entornos para poder establecer los objetivos correspondientes en el Plan personalizado de atención de la persona.

Se dirige a favorecer que las propias personas con heteronomía puedan participar en algunas decisiones dotándoles de las adaptaciones/condiciones. También a facilitar el uso de sus capacidades para ser más autónomas, autosuficientes y depender menos de los otros.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo de esta BP es necesario desarrollar algunos aspectos básicos y realizar actuaciones como las que a continuación se describen.

a) Evaluando las necesidades y las potencialidades personales

Es importante evaluar las necesidades de la persona usuaria y del entorno familiar ya en el momento de acogida al centro.

Hemos de observar que a menudo, el entorno se piensa como un medio en el que priman los aspectos de seguridad incluso adelantándonos a situaciones futuras de deterioro. Desde esta perspectiva se desarrollan medidas que no favorecen que la persona usuaria sea capaz de gestionar su entorno sino que depende de que otras personas le faciliten soluciones o le sustituyan en el uso y dominio del mismo. En este sentido, deberemos cuidar y potenciar que las personas usuarias conozcan el entorno en el que viven así como sus potencialidades del mismo a través de estrategias de empoderamiento.

Para conocer necesidades y potencialidades de la persona, el equipo indagará, con la persona usuarias y/o con su familia:

- Las necesidades y potencialidades de la persona (habilidades, actividades significativas, etc.)
- Los temores y miedos conocidos.
- Las relaciones y las personas de apoyo de que dispone.
- Las estrategias de comunicación efectivas con la persona, incluyendo las más adecuadas ante situaciones conflictivas.
- Los elementos estresores capaces de provocar trastornos de comportamiento y pérdidas de autocontrol de la persona (los antecedentes).
- Etc.

Crear un ambiente predecible significa proporcionar control y seguridad a la persona. Todo lo que es predecible para la persona, nos permitirá desarrollar propuestas empoderadoras, ya que podemos manejar mejor la planificación y anticiparnos a muchas situaciones antes de que se produzcan.

b) Desarrollando el análisis causal de las situaciones y de los entornos

Analizar las causas y las consecuencias de los comportamientos de las personas gravemente afectadas es de gran importancia en su abordaje, teniendo en especial consideración todo lo que se refiere a los componentes ambientales que se ven implicados en el mismo. Es el modo en que podremos conocer las situaciones de complejidad, ante las que deberemos encontrar soluciones para que la persona pueda utilizar de la forma más autónoma posible su entorno más próximo.

Para realizar este análisis causal deberemos preguntarnos por aspectos como:

- Cuándo aparecen las situaciones y si existe falta de dominio del entorno.

- Dónde aparecen (características de esos lugares físicos donde suceden).
- Cómo se desarrolla y se desencadena la situación.

Los entornos no *empoderadores* hacen que la persona usuaria se convierta en más dependiente aún. Este sería el caso de los entornos, o centros, que han sido planificados como espacios para estar, pero en los que la persona no pueda desarrollar las actividades que sabe hacer, las que siempre hizo (preparar comida, ordenar su habitación, lavar, etc.). Ello dificulta más aún que la persona sea capaz de llevar una vida normal, más grata, aquella que se asemeja más a lo que siempre hizo. Así, entre sus limitaciones y las que le impone el entorno en el que habita, se convierte cada vez en menos capaz y, por tanto, más dependiente. Si no potenciamos entornos de empoderamiento estamos, sin quererlo, limitando las oportunidades de autodeterminación y autonomía, y por tanto, de mantener su autoestima.

Analizar las características de los entornos nos permite detectar y evaluar situaciones que se producen y que favorecen o disminuyen la probabilidad de aparición de situaciones de falta de dominio del entorno. Para realizar éste análisis del entorno deberemos:

1. Analizar los “**disparadores**” de estrés en el entorno, aquellos que repercuten negativamente en la aparición de situaciones no deseables. Algunos son situaciones que se producen en los centros: una televisión encendida todo el día, gritos constantes, entornos excesivamente cerrados como medida preventiva, aparición de personas desconocidas, familiares de paso, etc.
2. Analizar las **situaciones “facilitadoras” de relaciones positivas**, de las cuales aprender y aplicar en otros espacios similares.

c) Definiendo objetivos en el Plan personalizado de atención relacionados con esta BP

Una vez definidos y analizados los condicionantes estresores o facilitadores, así como las causas que producen situación de falta de autocontrol o fomentan que la persona sea capaz de controlar, debemos desarrollar objetivos personalizados, relacionados con el entorno, y valorando los niveles de intensidad de apoyo necesario en cada caso. Éstos quedarán definidos en el PPA de cada persona y han de plantearse de forma consensuada en el equipo interdisciplinar y con aquellos otros profesionales que pueden verse implicados (personal de servicios auxiliares, etc.).

Estos objetivos podrán estar relacionados con algunos de estos aspectos:

1. Objetivos de modificación del entorno.
2. Objetivos encaminados a la definición de estrategias de empoderamiento hacia la persona y la familia.
3. Objetivos encaminados a trabajar los trastornos de comportamiento por medio de la anticipación a las situaciones predecibles.

d) Definiendo estrategias para la mejora

Una vez definidos los objetivos es el momento para que el equipo:

1. Proponga estrategias para eliminar o minimizar las posibles **causas ambientales** que generan pérdida de control del entorno y desencadenen conductas problemáticas.

2. Implemente estrategias que permitan un mayor autocontrol de la persona, objetivo que también debe guiar la intervención ante las situaciones de difícil manejo. Abordajes que deben ser conocidos y compartidos por el equipo, y que han de ser, si es posible, conocidas y validadas por los familiares.

■ En lo referido a las **condiciones ambientales buscaremos** definir espacios, propuestas de actividades y de relaciones accesibles y satisfactorias para todas las personas sea cual sea su condición y por lo tanto que permitan su máximo desarrollo posible. La mejora de estas condiciones ambientales no depende sólo de aspectos físicos (del diseño arquitectónico y de su accesibilidad) sino que requiere de actitudes y relaciones personales acordes a la idea de un *entorno amigable* que implica mejoras de las oportunidades de comunicación, información y toma de decisiones (puede verse más en la BP-clave 5.1. sobre diseños *amigables* que permitan confort y bienestar).

■ Respecto al **autocontrol de la persona**, deberemos optimizar las oportunidades de la persona de adquirir habilidades que le ayuden al autocontrol (estrategias de tipo cognitivo, técnicas de relajación y control de la ansiedad, resolución de problemas, etc. pueden ser muy útiles para algunas personas). Evitar la ansiedad y frustración, y promover un espacio en el que poder superar temores personales, resulta también muy adecuado. Valorando y reforzando sus aprendizajes y conductas positivas, trabajaremos su autoestima, sentimientos de aceptación y proximidad que favorecerán su bienestar.

■ Para todo ello, será necesaria una adecuada **coordinación del equipo técnico**, quien debe conocer las causas y consecuencias del entorno en la vida de las personas usuarias. Esta coordinación y un adecuado seguimiento se demostrará en aspectos como:

- La mejora de los espacios partiendo de las dificultades ya generadas por su diseño con propuestas de cambio dentro de lo posible.
- La evaluación de la evolución de los aprendizajes personales en el uso del entorno, generando modificaciones de forma individualizada y personalizada.
- Evaluación de los aspectos que pueden generar posibles adaptaciones a otros espacios o centros.
- La evaluación de la incidencia de dichos cambios en las situaciones de conflicto o en los trastornos de comportamiento.
- La mejora continua del programa a medida que se desarrolla ajustando el mismo a los eventuales inconvenientes o necesidades cambiantes de las personas usuarias.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Falta de formación en técnicas de empoderamiento hacia el equipo

Respuestas y alternativas propuestas:

- Es necesario formar al equipo en técnicas que faciliten el empoderamiento por parte de la persona usuaria.

- Debemos rehuir la sustitución sistemática en la toma de decisiones y sólo utilizarla en situaciones excepcionales que conlleven peligro a las personas usuarias.

b) Dificultad de cambiar los condicionantes del entorno que generan situaciones de estrés emocional y facilitan la pérdida de autocontrol por parte de la persona usuaria

Respuestas y alternativas propuestas:

- Debemos estudiar los cambios realizables, por pequeños que sean. Una vez identificados los elementos facilitadores de estrés debemos abordar los cambios de forma participativa implicando a los profesionales del equipo, ya que a veces cambiando el tono de voz, la forma de hablar con la persona, el uso de un trato más personalizado, o simplemente apagando la televisión o poniendo la música adecuada conseguimos entornos más relajantes, menos generadores de ansiedad y que nos permiten el desarrollo de nuevas estrategias de empoderamiento efectivas.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Llevar a cabo una buena práctica en el centro dirigida a fomentar entornos predecibles y de empoderamiento, contribuye a avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se fomenta la autonomía

- Porque se busca que las personas con dependencia y/o heteronomía puedan apropiarse de su espacio y disponer de mayor libertad de movimiento y de actuación.
- Porque de este modo las personas pueden realizar más elecciones, planificar acciones personales o resolver sus problemas de la forma más autónoma posible.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque logra un clima social de mayor aceptación de la persona al minimizar los aspectos más estresantes y perturbadores, propiciando un clima más relajante y afectuoso.
- Porque las personas nos sentimos mejor si recibimos un trato personalizado, que nos valida y que demuestra que nos reconocen y aceptan.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Porque nos ayuda a comprender y a mejorar las relaciones interpersonales en contextos concretos, incluyendo la capacidad para actuar manifestando los deseos propios.

Se propicia el desarrollo personal

- Porque las técnicas de empoderamiento facilitan el desarrollo de la independencia en las AVDs y de la autoestima de la persona si se incrementa su motivación, la seguridad en sí misma y en su capacidad para desenvolverse de forma más independiente y/o autónoma.

Se protegen los derechos

- Porque mejora la dignidad y la calidad de vida de las personas usuarias al facilitar su desenvolvimiento en su entorno.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier persona usuaria. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Principales instrumentos de apoyo

- Programa “*design for all*” <http://www.designforall.org/>
- Web CEAPAT <http://www.ceapat.org/verIndex.do>

ÁREA DE MEJORA 4. INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y SISTEMAS ORGANIZATIVOS

4.6.

BP clave: El enfoque de género en los Centros de personas en situación de dependencia

- Porque es necesario adaptar nuestras intervenciones a las características de las personas. Y ser hombre o mujer influye de un modo muy importante en las características, peculiaridades y formas de organización social de las personas.
- Porque el género introduce importantes diferencias en diversas dimensiones de la persona y en sus relaciones sociales.

Esta BP se dirige a señalar las principales actuaciones que deben ser llevadas a cabo para introducir la categoría género como elemento a considerar en los sistemas de organización, en las relaciones profesionales, y en las relaciones interpersonales de las Residencias de personas mayores.

Para ello el equipo interdisciplinar realiza una revisión de los diferentes aspectos organizativos, metodológicos y relacionales con el objeto de constatar que contemplan esta perspectiva.

Esta BP busca ofrecer respuestas de avance que permitan una mayor personalización en la atención a las personas.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo de una buena práctica dirigida a introducir la perspectiva de género en las intervenciones en la Residencia, deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Sensibilizando y formando al equipo en la perspectiva de género

Antes de empezar una revisión sobre si en nuestro centro trabajamos teniendo en cuenta la perspectiva del género, suele ser necesario establecer acciones de sensibilización y formativas en el equipo. Espacios y acciones que nos permitan reflexionar sobre el interés de incorporar la perspectiva de género para comprender las relaciones humanas, en general, y en las profesionales en particular. Se trata de profundizar en la influencia del sexo en las formas de relación y de intervención profesional en los centros de atención a las personas en situación de dependencia.

En este sentido es interesante reflexionar cómo en el modo en que desempeñamos nuestro *rol* profesional nos está influyendo el hecho de ser mujeres u hombres. Cuestiones sobre las que reflexionar como las experiencias previas de cuidados familiares o a niños, las diferentes atribuciones y valoraciones sociales sobre el cuidado por parte de una mujer o un hombre en nuestro contexto. También si nuestras actitudes hacia la persona residente difieren si se trate de mujeres o de hombres o si nos paramos a pensar cómo puede afectar nuestro género a la persona usuaria y si no preferiría, por ejemplo, que fuera otra persona quien le aseara.

b) Valorando la presencia o ausencia de la perspectiva de género en nuestros centros

Ello supone identificar las fortalezas y las áreas de mejora en relación a diversas áreas, utilizando criterios como los que a continuación se señalan.

■ En las actuaciones y relaciones profesionales: el diseño de los programas y actividades

Algunos criterios:

- Existencia de tratamientos temáticos o actuaciones, dentro de los programas y actividades, dirigidas a contemplar las preferencias y necesidades diferenciales según el sexo de las personas. Para ello podremos contemplar aspectos biográficos, intereses ocupacionales, roles desempeñados, valores, creencias, etc.
- Facilitación de espacios, programas o actividades propias para mujeres y otras para hombres usuarios del centro, siempre que éstos lo deseen.
- Consideración de la variable género en el abordaje de los aspectos relacionados con la gestión de uno mismo y de los cuidados personales. Por ejemplo, teniendo en cuenta la preferencia en relación al género de la persona que le ayuda en las tareas de aseo más íntimas, con intervenciones específicas para varones con escasas competencias en su cuidado personal o de sus enseres (reforzando roles y competencias ejercidas más por las mujeres, etc.).

- Presencia explícita en los objetivos de la igualdad de género (se podría mencionar e incluir la igualdad en cada objetivo para que los profesionales que ponen en práctica los programas recuerden esta dimensión).

■ En los soportes documentales

Algunos criterios:

- Lenguaje adecuado y no discriminatorio.
- Existencia de indicadores según género en los protocolos y sistemas de evaluación.

■ En las relaciones interpersonales

Algunos criterios:

- Participación equitativa de hombres y mujeres en órganos de participación del centro (tanto a los referidos a personas usuarias, familias como a los profesionales).
- Desarrollo de acciones dirigidas a estimular y facilitar la participación social de las mujeres.

Es necesario poder identificar las fortalezas y las áreas de mejora de cada centro y organizarlas según tengan que ver con la estructura, las personas y los procesos de trabajo. El objetivo no es sólo tratar mejoras que sólo se refieran a personas puesto que si lo pretendemos es minimizar las situaciones de desigualdad, también hay que revisar las posibles inercias profesionales y buscar mejoras estructurales. Así, parece necesario consensuar una priorización de las mismas para, posteriormente, su puesta en marcha. Tras la puesta en marcha de los cambios es necesario evaluar dichas medidas (impacto de género).

c) Introduciendo el enfoque de género en las acciones formativas dirigidas a las familias cuidadoras

Ello supone el incorporar temas y metodologías que logren:

- Crear espacios en los que analizar conjuntamente el significado del concepto “cuidar” para los diferentes miembros de la familia y ver las diferentes existentes en virtud del género, la edad, el vínculo emocional, otros modelos o las experiencias previas de cuidado, etc.
- Valorar el esfuerzo de las mujeres en el cuidado de otras personas y sus importantes repercusiones a nivel familiar y social.
- Concienciar a las mujeres de la necesidad de no asumir solas este *rol* de cuidadoras, motivándolas y capacitándolas para el autocuidado.
- Ofrecerles estrategias para que puedan entender que el cuidado a los demás debe permitir la conciliación de su vida (laboral, personal y social), no perpetuando el *rol* de género.
- Concienciar al grupo familiar de la necesidad de compartir cuidados a las personas del mismo que lo necesitan.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Incomprensión de la necesidad de este enfoque

Respuestas y alternativas propuestas:

- Ofrecer oportunidades de formación que sensibilicen sobre la importancia del género en intervención social, en general, y en nuestro sector en particular.
- Visibilizar y compartir las mejoras obtenidas a escala organizacional y personal.

b) Detección de un elevado número de aspectos a mejorar

Respuestas y alternativas propuestas:

- Centrarse en los más relevantes y de mayor consenso. En especial en las más estructurales, en las que produzcan mayores cambios y más duraderos.
- Establecer programaciones temporalizadas asumibles.

c) Falta de formación de los equipos técnicos para llevar a cabo los cambios

Respuestas y alternativas propuestas:

- Acompañar los cambios con acciones formativas que faciliten su identificación y los aspectos a mejorar.
- Utilizar documentos técnicos y guías relevantes relativas a este enfoque.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Llevar a cabo una buena práctica en el centro dirigida a incluir la perspectiva de género en las intervenciones y en el centro, contribuye a avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se fomenta la autonomía

- Porque este enfoque refuerza de una forma especial la capacidad de analizar y de decidir de las mujeres y les ayuda a superar las dificultades que han podido tener, por motivos biográficos, psicosociales, para la participación social.
- Porque favorece una mayor autonomía e independencia en hombres mayores que por razones biográficas o psicosociales se han ocupado menos de algunos aspectos de su vida como la gestión de su imagen, su cuidado personal, etc.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque refuerza la autoestima de las personas en situación de dependencia.
- Porque valida y refuerza también la autoestima de las cuidadoras familiares reconociendo su papel y favoreciendo su bienestar ayudando a que compartan esta responsabilidad de los cuidados.

Se fortalecen las relaciones Interpersonales

- Porque favorece la relación entre las mujeres al identificar situaciones y necesidades comunes y propiciar espacios de intercambio aprendizaje y apoyo mutuo.
- Pues al favorecer una mayor participación de las mujeres cuidadoras en los diversos espacios disponibles se facilita un mayor apoyo a la persona mayor, su participación en actividades comunes y su aporte en aspectos organizativos del dentro.

Se propicia el desarrollo personal

- Porque esta BP logra que el recurso se adapte mejor a las características de las personas.
- Porque enfatiza la existencia de programas preventivos del incremento de la dependencia y la heteronomía, teniendo en cuenta las características y necesidades específicas de hombres y mujeres y permite su desarrollo personal, desde los significados, biografías y valores de cada uno.

Se incrementa la inclusión social

- Porque visibiliza las peculiaridades y necesidades de las mujeres en situación de dependencia y/o heteronomía.
- Pues favorece la identidad personal a la vez que permite la satisfacción de necesidad de pertenencia (identidad colectiva).

Se protegen los derechos

- Porque favorece el respeto a la diferencia y la no discriminación.
- Porque facilita el ejercicio de derechos personales desde la identidad y los valores personales.
- Porque al modificar procedimientos podemos lograr cambios estratégicos y permanentes.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier centro y equipo. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Ejemplo

El equipo técnico de una Residencia decide revisar sus intervenciones desde el enfoque de género, siguiendo la secuencia propuesta y analizando, para ello, sus soportes documentales y programas. Una vez identificadas éstas acuerdan llevar a cabo las siguientes actuaciones:

- Análisis del desempeño de las relaciones humanas y las formas de desempeño laboral atendiendo a la variable género de las personas usuarias y de los/as trabajadores/as. Si se detectan áreas de mejora, realizar e implementar un plan para ello.

- Revisión de los programas de intervención valorando si resultan significativos a las personas usuarias teniendo en cuenta su género. Se revisarán los tipos de productos elaborados en las terapias, los contenidos y materiales empelados en los talleres de estimulación, los tipos de juegos, los materiales de ludoterapia y ergoterapia.
- Revisión de los PPA detectando si es necesario adaptar éstos a las preferencias y características de sus protagonistas, contemplando la variable género.
- Puesta en marcha de sesiones específicas (1 mensual) donde en grupos específicos las mujeres usuarias y los hombres usuarios compartan experiencias y necesidades y se puedan plantear propuestas de mejora que se adecúen a sus intereses.
- Revisión del programa de formación de familias cuidadoras incorporando temas y ejercicios prácticos relacionados con la perspectiva de género en la prestación de cuidados a personas en situación de dependencia.
- Revisión del lenguaje en todos los documentos soporte del recurso.
- Incorporación de nuevos indicadores en la evaluación incluyendo la desagregación según la variable sexo.
- Programación de un taller inicial de formación al personal que aborde la perspectiva de género en general y en relación a nuestro trabajo y entorno.

Principales instrumentos de apoyo

- Rodríguez Hevia, G. (2004). *Alternativas y soluciones no sexistas al lenguaje administrativo del Principado de Asturias*. Oviedo, Instituto Asturiano de la Mujer. Consejería de la Presidencia. Gobierno del Principado de Asturias.
- Pérez Ortiz, L. (2004). "Envejecimiento en femenino". Boletín del envejecimiento. *Perfiles y Tendencias*, nº 9. Madrid. IMSERSO.
- Díaz Veiga, P. y cols. *Mujeres: las oportunidades de la edad*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. IMSERSO (en elaboración).
- Bermejo García, L. (2009). Género y cuidado profesional, en el curso "Género, envejecimiento y autonomía personal" (UIMP-IMSERSO, Santander).

ÁREA DE MEJORA 5. ENTORNO FÍSICO E INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD

5.1.

BPclave: Diseños *amigables* que permitan confort y bienestar

- Porque buscamos potenciar que las Residencias sean entornos que faciliten la inclusión social, la interacción y el dominio del mismo por parte de las personas que los habitan o usan.
- Porque permite identificar los problemas y situaciones que generan entornos excluyentes por su diseño, por su falta de accesibilidad o por el tipo de relaciones que en ellos se producen y que impiden el bienestar de la persona.

Es una BP adecuada para concienciar e involucrar a las personas usuarias, a sus familias y a los profesionales en la mejora de su entorno como un medio para generar espacios más "vivibles", para que sean más facilitadores y emperadores y que permitan una mayor calidad de vida.

Esta BP permite identificar áreas de mejora en relación al confort, a la seguridad, a la orientación, a la accesibilidad y a la estimulación integral y al empoderamiento para el dominio del propio entorno, y por tanto, de la propia vida.

Permite definir medidas de mejora elaboradas a partir de las necesidades de las personas usuarias por medio de procesos participativos que facilitan que las personas sientan el centro como algo propio.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo en el centro de una buena práctica dirigida a realizar diseños *amigables* que permitan el confort y bienestar de las personas, deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Poniendo en valor los entornos *amigables*, la accesibilidad y el diseño inclusivo

Existen una serie de conceptos, estrechamente relacionados, que debemos conocer y tratar de aplicar en nuestros entornos institucionales de cara a mejorar significativamente la calidad de vida de las personas usuarias. Destacamos tres:

■ Entorno amigable

Siguiendo la definición de la OMS, entorno amigable sería aquel medio –físico y social– facilitador de una vida normalizada de las personas, en suma, un entorno accesible y que no discrimina. Un espacio pensado para todos los miembros de una sociedad, formada por ciudadanos de diferentes edades y situaciones.

Hablar de entornos *amigables* es enfocar la intervención y los procesos hacia el ser humano, es diseñar los espacios y sus usos contemplando los deseos, necesidades y aspiraciones de sus usuarios.

Es la aplicación sobre los entornos de la planificación centrada en la persona a la que nos hemos referido previamente. El concepto de *entorno amigable* afecta a la accesibilidad física pero también ha de reflejar la accesibilidad de carácter cultural, social y relacional. Todos estos aspectos afectan a las oportunidades de comunicación, de decisión y de participación, y, por tanto, al bienestar de la persona.

■ Accesibilidad

Es el grado en el que todas las personas pueden acceder a objetos, servicios o lugares, independientemente de sus capacidades cognitivas, físicas o técnicas. Mejorar la accesibilidad posibilita una mejora en la calidad de vida y ésta es la razón fundamental por la cual deberemos propiciarla en nuestros centros.

Promover la accesibilidad es ofrecer facilidades que ayudan a salvar los obstáculos o barreras del entorno, consiguiendo que las personas con alguna discapacidad no vean limitadas sus opciones de acción. Estas facilidades, en muchas ocasiones toman la forma de *ayudas técnicas* destinadas a diversos ámbitos de la vida como son la comunicación, la movilidad o la información, entre otras.

■ Diseño inclusivo

Se refiere al diseño centrado en la persona usuaria que busca satisfacer las necesidades de las personas con mayores situaciones de dificultad o dependencia. Ello se logra gracias al diseño de productos y entornos para que sean usables por el máximo número de personas posibles, sin necesidad de adaptación. Se denomina también *diseño universal* o *diseño para todos*. Para poder hacer diseños inclusivos se sigue la secuencia lógica de la intervención: diseño; prototipo (prueba) y evaluación.

En estos procesos de diseño inclusivo se parte de:

- **Reconocer** la diversidad en las capacidades y las habilidades de las personas usuarias.
- **Suprimir las barreras físicas** y facilitar su acceso a espacios, actividades, servicios.
- **Suprimir las barreras psicosociales** para la información, comunicación, la toma de decisiones y la participación de las personas usuarias.

Llevar a cabo acciones de sensibilización y formación entorno a estos conceptos, dirigidas tanto a los equipos como a personas usuarias y familias tiene gran importancia.

b) Identificando áreas de mejora para el desarrollo de entornos *amigables*

Avanzar en diseñar y crear entornos *amigables* en los centros de atención a personas en situación de dependencia, conlleva plantearse acciones concretas. Para ello, en primer lugar, deberemos de identificar, a partir de procesos participativos con personas usuarias, familiares y trabajadores, aquellos aspectos que podemos mejorar en el centro.

Puede resultar de utilidad, partir del siguiente **guión** que, siguiendo los criterios descriptivos de la OMS sobre los entornos *amigables* abarca un total de seis apartados, el cual hemos adaptado para nuestros recursos. Comentar y analizar éstos en grupos de debate mixtos puede ayudarnos a identificar los puntos de mejora.

■ Apartado 1. Espacios y edificios

- Son agradables, también estéticamente y suficientemente personalizados (que poseen suficientes elementos significativos para las personas que los habitan/ usan), apetece estar en ellos, están limpios, cuidados (se observa un buen mantenimiento).
- Son accesibles y seguros (antideslizantes, anchos para facilitar el paso de sillas de ruedas, bien iluminados, con suficientes ascensores para la movilidad en todos los momentos del día, etc.) para permitir una cómoda movilidad y accesibilidad interna.
- Contienen los servicios básicos que necesitan las personas para disfrutar de una adecuada calidad de vida (diversas zonas y ambientes para la actividad o el descanso, lavabos para asearse utilizando sus capacidades y garantizando su intimidad, actividades diversas –ocio, descanso, relaciones, estimulación y activación, etc.–).
- Existen diversos ambientes o espacios que propicien para estar en grupo o tener conversaciones tranquilas, recibir visitas, estar solo, etc.
- Están bien señalizados y facilitan la orientación a los usuarios, con lenguajes adaptados.

■ Apartado 2. Movilidad y accesibilidad interna

- Su ubicación no genera aislamiento. Se sitúa integrado en un entorno comunitario. Tiene facilidades para acceder a servicios y espacios comunitarios.
- Dispone de transporte adaptado.

■ Apartado 3. Respeto e inclusión

- Las personas usuarias son consultadas periódicamente sobre los asuntos que les afectan directamente.
- Se proveen apoyos y servicios para atender las necesidades que ellos definen como deseables (ocio, compras, visitas, relaciones íntimas, culto, aprendizaje, etc.).

- El trato es cortés y humanizador. Personalizado para cada individuo y definido por la propia persona usuaria.
- Se realizan actos, actividades abiertos a la comunidad atrayendo a otras personas y colectivos.
- Hay aspectos de reconocimiento a los aportes de las personas usuarias y éstas son presentadas con una imagen positiva y libre de estereotipos.
- Todo el personal es respetuoso y servicial y ha sido formado y entrenado para atender a personas en situaciones de dependencia con actitudes adecuadas de respeto y dignidad.

■ Apartado 4. Participación social

- Se facilita el acceso a entornos, actividades y eventos comunitarios.
- Se ofrece un amplio abanico de actividades y opciones flexibles en los que poder elegir y participar activamente contando con sus capacidades y buscando poder proporcionales reconocimiento.
- Las cualidades de las personas usuarias son tenidas en cuenta y promovidas correctamente.
- No se discrimina por motivo de edad o de situación de dependencia y/o heteronomía. Ni éste es un criterio para que les sean asignados trabajadores con menos experiencia, formación o consideración en la organización.
- Se deben adaptar las formas de relación, de intervención y los lugares de trabajo para satisfacer las necesidades y mejorar la calidad de vida de las personas usuarias.

■ Apartado 5. Comunicación e información

- Existe un sistema de comunicación efectivo que llega a todas las personas usuarias del centro. Este se refiere a aspectos relativos a la vida del centro y también a las oportunidades de participación social.
- Hay sistemas de información efectivos y periódicos sobre los temas de interés propios de las personas usuarias.
- Para las personas en riesgo de aislamiento existen mecanismos personalizados de comunicación (por ejemplo a través de individuos de su confianza, como su profesional de referencia o miembros de su red de apoyo).
- Toda la información impresa cumple características adecuadas (buen tamaño de letra, palabras sencillas en oraciones cortas y directas, ubicación etc.) y ello en todo tipo de documentos o productos: formularios y documentos oficiales, información sobre derechos y normas, carteles, programaciones, leyendas en pantallas de televisión, textos en presentaciones visuales, etc.

■ Apartado 6. Servicios comunitarios (de salud, sociales, culturales, religiosos, etc.)

- Se ofrece una gama adecuada de servicios de salud y de apoyo comunitario para promover, mantener la calidad de vida de la persona (salud, desarrollo personal, relaciones, integración, etc.).
- Las instalaciones de estos servicios comunitarios son accesibles.
- Se provee suficiente información (clara y accesible) sobre todos estos servicios.

- Existe una adecuada planificación para situaciones de emergencia que considera la vulnerabilidad, pero también las capacidades de las personas usuarias.

c) Desarrollando y evaluando medidas de mejora

A la par que identificamos áreas de mejora, deberemos proponer medidas concretas que posibiliten entornos más confortables y adecuados a las personas usuarias.

Es recomendable empezar por las medidas que además de ser factibles, generen mayor satisfacción y hagan realidad los deseos prioritarios de las personas usuarias.

Se recomienda consultar en el Anexo 1, Recomendaciones para una buena praxis en la vida cotidiana en los centros, las relacionadas con la mejora ambiental en los centros.

Además, deberemos desarrollar sistemas de seguimiento de la utilidad de las medidas desarrolladas. Para este fin, puede ser de utilidad la aplicación en la evaluación de los siguientes criterios:

1. ¿Hemos facilitado la identificación?

La respuesta será positiva si hemos aumentado las facilidades para localizar los objetos y los espacios, y utilizarlos con lecturas sensoriales claras (manteniendo valores estéticos y comunicativos).

2. ¿Hemos mejorado la accesibilidad interna y externa?

La respuesta será positiva si hemos aumentado las facilidades para circular, desplazarse, llegar, usar, regresar y salir, orientarse.

3. ¿Hemos generado entornos funcionales?

La respuesta será positiva si hemos facilitado el dominio y la usabilidad del entorno por parte de las personas usuarias (acceso a zonas, objetos, acciones antes más inaccesibles).

4. ¿Hemos facilitado la usabilidad eficaz?

La respuesta será positiva si hemos incidido en lograr un menor tiempo, complejidad y esfuerzo en las acciones que ahora realizan las personas. Si estas acciones han contribuido en mejorar los aspectos sociales y relacionales, generando más confort y un trato personalizado.

5. ¿Hemos generado más seguridad?

La respuesta será positiva si hemos reducido los riesgos (personales, sociales y ambientales) implícitos en esa acción.

6. ¿Hemos ayudado a que optimicen sus dimensiones de capacidad?

La respuesta será positiva si hemos aumentado su **autonomía moral**: en su capacidad para informarse, influir, decidir, participar, para la autogestión, etc. Si hemos propiciado una mayor **independencia funcional**, evidenciado en una menor necesidad de apoyo y/o ayuda.

7. ¿Hemos mejorado el confort de las personas?

La respuesta será positiva si hemos aumentado la comodidad y el bienestar subjetivo (tranquilidad, alegría,...) de las personas en su entorno.

8. ¿Hemos mejorado la integración social de las personas?

La respuesta será positiva si hemos logrado espacios y nuevas fórmulas de interacción e integración de la persona en su entorno social.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Residencias con instalaciones construidas con otros criterios ya obsoletos y que imposibilitan la mejora

Respuestas y alternativas propuestas:

- Lo más importante en estos casos es conocer cuáles son las dificultades y las áreas de mejora posibles, para desarrollar acciones reales y efectivas.
- No es importante cambiarlo todo sino aquello que en pequeña medida (usos y horarios más flexibles, organización en grupos más pequeños, mejorar iluminación, formas de organizar el espacio, etc.).
- Desarrollar procesos participativos y creativos para la búsqueda de soluciones partiendo de cada realidad.

b) Dificultad de la sociedad de ubicar estos equipamientos inmersos en espacios de participación (núcleos culturales, socioculturales,...)

Respuestas y alternativas propuestas:

- Desarrollar campañas de sensibilización respecto a la discriminación que ello supone.
- Generar espacios y más oportunidades reales para participar en la vida comunitaria.
- Trabajar las actitudes de los profesionales ante estos temas.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Llevar a cabo una buena práctica en el centro dirigida a fomentar entornos *amigables* que permitan confort y bienestar, contribuye a avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se fomenta la autonomía

- Porque se facilita la usabilidad y se promueve un mayor dominio del entorno, con lo que las personas usuarias desarrollen sus habilidades personales.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque al sentirse capaz de utilizar el entorno de una forma más normalizada y con menos ayuda se experimentan mejoras en el autoconcepto.

Se fortalecen las relaciones Interpersonales

- Porque los *entornos amigables* mejoran las oportunidades de comunicación e interacción, y por tanto, de relación social.

Se propicia el desarrollo personal

- Porque trabajar habilidades y capacidades de la persona, permite su desarrollo y que pueda ir ganando dominio sobre su entorno, sus acciones, relaciones y decisiones.

Se incrementa la inclusión social

- Porque el diseño inclusivo previene la discriminación al permitir una mayor facilidad de uso por parte de cualquier persona.
- Porque permite el mantenimiento de la independencia funcional, la cual a su vez facilita la participación en actividades, relaciones y acciones que mantienen los vínculos y la inclusión social.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier persona usuaria y recurso.

Principales instrumentos de apoyo

- OMS (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: Una guía*.
www.who.int/entity/ageing/AFCSpanishfinal.pdf

- *Diseño universal*: http://www.design.ncsu.edu:8120/cud/univ_design/princ_overview.htm

ÁREA DE MEJORA 5. ENTORNO FÍSICO E INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD

5.2.

BP clave: Personalizar y hacer de la habitación un espacio propio

- Porque las personas necesitamos disponer de espacios propios que nos proporcionen privacidad y en los que podamos hacer nuestra propia vida. Lugares donde guardar nuestros objetos más queridos, espacios en los que refugiarnos, donde podamos decidir qué hacer y qué tener, lugares que nos permitan sentirnos como en casa.
- Porque no tener espacios privados causa malestar y problemas a las personas: estrés, discomfort, agresividad, tristeza, apatía, etc.
- Porque cuando se vive en un Centro residencial, donde se comparten dependencias y mucho tiempo con otras personas, la propia habitación cumple el papel referencial del propio hogar.

Esta BP pretende conseguir que la habitación de cada persona residente sea “vívica” como un espacio propio en el que se sienta bien y pueda controlar él mismo. Un espacio personalizado, sentido como algo propio y privado de cada uno.

Esta BP favorece el mantenimiento de la identidad de la persona, a través de la apropiación de su habitación y del bienestar que proporciona la privacidad, la intimidad y el control. Por ello es importante ofrecer a la persona la oportunidad de que participe activamente en su decoración y en la organización y colocación de sus objetos y enseres personales buscando siempre que pueda disfrutar al máximo de ellos (usándolos o visualizándolos).

También aborda aspectos normativos y organizativos que regulan el uso y gestión del espacio propio y ahonda en la actitud de los profesionales (de respeto a la privacidad y de apoyo al control de la persona) necesaria para esta BP.

Esta BP es de aplicación incluso en el caso de personas con gran heteronomía –que no sean conscientes o, aparentemente, no puedan disfrutarlo–, pues es importante también para trabajadores y familiares, para hacer realidad el concepto de atención digna, respetando las preferencias y deseos de la persona que ahora no puede expresar. A los trabajadores nos ayuda a recordar cada día, a quiénes estamos cuidando (favorece un trato más humanizado).

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo en el centro de una buena práctica dirigida a favorecer que las habitaciones de las personas que viven allí estén personalizadas y sean “verdaderamente” un espacio propio, deberemos tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Apoyando la apropiación de un entorno privado y personalizado

La habitación debe ser considerada como un espacio privado, y por tanto *propiedad* de la persona que lo ocupa, con todo lo que ello implica.

La habitación, para estar personalizada debe reflejar lo que a la persona le gusta, lo que le importa, lo que desea. Personalizar un espacio es “apropiarse” de él, es plasmar por medio de objetos o imágenes la historia y la identidad de uno. Personalizar implica también incorporar las cosas que ahora valora, lo que en este momento a la persona le ilusiona y le motiva.

Una de las grandes dificultades de estos propósitos es el habitual diseño de habitaciones compartidas, lamentablemente todavía predominante en nuestro país, configuración que choca frontalmente con esta concepción que favorece la calidad de vida de la persona, al dificultar espacios propios y privados. Ante estas cuestiones de infraestructura difícilmente los equipos técnicos podrán tomar decisiones al respecto. Es necesario reconocer que la orientación para el futuro y la buena praxis en Residencias requiere incrementar y “apostar” por habitaciones individuales que ofrezcan intimidad y privacidad, cuando así se desee.

Aún reconociendo estas dificultades de partida, y sin por ello renunciar a cómo favorecer la “construcción” de un espacio propio para cada persona, en términos generales, cabe realizar las siguientes recomendaciones, relacionadas con distintas medidas y actuaciones.

- Informar a la persona y a su familia de sus derechos y limitaciones existentes respecto a la personalización de su habitación (decoración y uso de sus objetos, ropa y enseres).
- Sensibilizar a la persona y a la familia de la importancia psicológica de decorar y personalizar su habitación, trayendo sus objetos decorativos, pertenencias, para hacer de ese rincón un lugar propio en conexión con su vida. Informar sobre la gran importancia de estas pequeñas cosas para que la persona se sienta mejor en el centro.
- Al personalizar el espacio se debe propiciar la combinación de la perspectiva biográfica con el presente y el futuro, reflejando las relaciones, gustos, intereses, proyectos, actividades o amigos de la persona en el momento actual.
- Colaborar con cada persona para que pueda personalizar al máximo su espacio y responsabilizarse del control de sus objetos personales. Deberemos respetar al máximo sus preferencias de organización y exposición de los mismos.
- Facilitar los medios y la colaboración precisa del personal para personalizar la decoración (disponibilidad de suficientes estanterías, de tabloneros grandes, la colocación de plantas, modificaciones en la colocación de muebles, colgar cuadros, etc.) y para mantener

objetos y enseres en condiciones óptimas para su uso y disfrute (evitar pérdidas y deterioro de objetos personales y ropa de la persona).

- En los casos de habitación compartida, habilitar sistemas que garanticen al máximo privacidad e intimidad (biombos, otros sistemas para separar ambientes, etc.). También puede considerarse la idea, siempre que las personas implicadas así lo admitan, de acordar horarios de uso privado de la habitación.
- Apoyo para que la persona, haga un uso personalizado de su espacio siempre que lo desee, pueda acceder y permanecer en su habitación y no tenga que estar obligatoriamente en espacios comunes.
- Reflexionar sobre la concepción y los hábitos que existen en la Residencia a la hora de “revisar” las habitaciones. Analizar cómo y quién lo hace, actitud que mantiene, forma de implicar y responsabilizar a cada persona residente, etc. Debemos recordar que es el domicilio habitual de la persona y, en términos legales, sujeta a inviolabilidad. Sólo las situaciones de riesgo importante justifican las intervenciones que puedan resultar *invasivas* para las personas usuarias, procurando además que se hagan del modo menos humillante posible para la persona.

b) Respetando la privacidad y el control de la persona sobre su espacio

La habitación, independientemente de que sea de uso individual o compartido, debe ser tratada por parte de los profesionales como un entorno propio de la persona. Esta concepción conlleva modificar algunas rutinas y comportamientos de los profesionales cuando accedemos y actuamos en este espacio.

En coherencia con esta concepción de la habitación como espacio de pertenencia y privacidad de las personas, se recomiendan las siguientes medidas y actuaciones:

■ Respeto a aspectos organizativos de carácter general

- Eliminación de los sistemas sistemáticos e indiscriminados de registro y revisión de las habitaciones, procedimientos que en ocasiones se realizan y que resultan a todas luces humillantes para las personas que allí viven.
- Adecuación de las formas del manejo de los objetos de los residentes por parte del personal, adaptándose a las características de cada persona, a fin de garantizar sus derechos y preservar su dignidad.
- Desarrollo de un repertorio muy amplio de actuaciones profesionales, contemplando diferentes criterios de realización de la misma tarea en el caso de que sea necesaria la supervisión del estado de los espacios interiores –armarios, cómodas, etc.– de las habitaciones de las personas residentes.
- Identificación y registro en el PPA del tipo de apoyo y/o ayuda que requiere cada persona, en base a sus dimensiones de capacidad personal –autonomía e independencia–, para gestionar su espacio y sus objetos (véase la BP-clave 4.2. referida al Plan personalizado de atención).
- Información y búsqueda de la implicación necesaria para que todo personal (incluido el de los servicios auxiliares –limpieza, lavandería, etc.–) para que estén coordinados

y actúen de modo que garantice una actuación coherente y personalizada (estimulando la percepción de competencia y control de la persona).

■ Respeto a la persona usuaria

- Facilitación a la persona el control del acceso a su habitación y a sus objetos, procurando a las personas llaves para las puertas y armarios. En caso de considerar que no debe hacerse, esta decisión ha de ser suficientemente argumentada y quedar debidamente registrada en el PPA.
- Evaluación individual de las competencias de cada persona para seguir manteniendo el control de su espacio y enseres. En caso de existir colisión entre higiene o seguridad y autonomía, es preciso llevar a cabo propuestas individualizadas que concilien la autonomía de la persona y la prevención de riesgos para su salud. Valorar si la persona y la organización pueden asumir riesgos calculados.
- Trabajo individual de supervisión de las habitaciones y de los enseres en los casos en que sí exista necesidad de que se ayude a la persona, o de que se realice por el personal del centro, la organización o limpieza de sus armarios. Es preciso buscar con la persona usuaria formas de hacerlo que en cada caso resulten eficaces a la vez que respetuosas, sin que la persona pierda su *rol* adulto.
- Petición siempre de permiso, incluso en personas con alta heteronomía, para acceder a una habitación e informar sobre el motivo de la visita.

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Falta de sensibilidad o desconocimiento del personal de la importancia de esta BP. El argumento de que hay que tratar a todos por igual

Respuestas y alternativas propuestas:

- Sensibilizar y formar a los equipos en aspectos relevantes del bienestar personal como es la apropiación del entorno, la percepción de control y la identidad personal.
- Estudiar diversas tipologías de personas usuarias –atendiendo sus dimensiones de capacidad personal– y diseñar formas de trabajo diferenciadas que busquen más su calidad de vida.

b) Falta de dedicación o interés para iniciar y mantener el espacio personalizado

Respuestas y alternativas propuestas:

- Asignar la tarea a un responsable, el “profesional de referencia”, y adecuar cambios y horarios para poder estar más cerca y accesible a las personas residentes.
- Priorizarlo en los PPA como un medio esencial para la promoción de la autonomía.

c) Que la persona no disponga de enseres y objetos personales

Respuestas y alternativas propuestas:

- Contactar y motivar con la familia u otros allegados para que los aporte.
- Ofrecer a la persona la posibilidad de que elabore los objetos que desee en los talleres y que luego decore su habitación.
- Hacerle y ofrecerle fotos de actividades de la Residencia, de sus visitas, con el personal, fotos de su pueblo, etc.

d) Falta de espacio o mobiliario inadecuado para colocar objetos en él y que sea accesible y visible para la persona usuaria

Respuestas y alternativas propuestas:

- Mejora gradual en la reposición de mobiliario pensando en su personalización y usabilidad (de estanterías, armarios, cajones accesibles y seguros, paneles amplios para fotografías, mesillas, etc.).

e) Habitaciones compartidas

Respuestas y alternativas propuestas:

- Colocar biombos u otros sistemas para separar ambientes.
- Acordar horarios de uso privado de la habitación y negociar y acordar pactos entre compañeros de habitación.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a favorecer que las habitaciones estén más personalizadas y sean un espacio propio, se logra avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Porque se favorece la elección, la toma de decisiones y la autogestión (siempre al máximo de lo que sea posible) en todo lo relativo a la gestión de sus pertenencias, ropa y enseres y al diseño y uso de su habitación.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque disponer de un entorno propio y personalizado, respetado por los demás, es una fuente de seguridad y bienestar.
- Porque respetar sus gustos y criterios es imprescindible para que las personas residentes se sienten valoradas y bien tratadas.
- Porque se logra un mayor mantenimiento de identidad personal, gracias a la conservación y manejo de sus pertenencias (se facilitan los recuerdos y el sentido de continuidad con su vida previa).
- Porque estimula el mantenimiento de ilusiones actuales (fotos familiares actualizadas, nuevos nietos o biznietos que nacen, actividades recientes, etc.).

- En personas con deterioro cognitivo, la decoración personalizada y algunos objetos significativos, facilita su orientación y disminuye su inseguridad. A nosotros nos ayuda a *no olvidar* con quien estamos trabajando (previene despersonalización). Esta BP demuestra, cara a sus familiares, el valor que la persona tiene para nosotros. Ello favorece que también ellos se sientan mejor.

Se propicia el desarrollo personal

- Porque se mantiene la identidad, en continuidad con la historia previa, lo que favorece el sentido de coherencia y que la persona mantenga el sentido a su vida.
- Porque la personalización con elementos actuales (familiares, intereses, proyectos, actividades o amigos de ahora), demuestra que la vida continua mantiene la idea de proyecto vital actual de futuro.

Se protegen derechos

- Porque potencia el ejercicio de derechos fundamentales como la intimidad, la privacidad, la libertad de pensamiento y creencia.
- Porque esta BP se adapta a cada persona y permite combinar la seguridad de la persona con la asunción de riesgos asumibles.
- Porque se garantiza el derecho de la persona de ser considerada un ser único y digno. La personalización es la expresión y el reconocimiento de la singularidad y del valor intrínseco de cada persona.
- Porque respetar las pertenencias de las personas, es aceptarla entera: su historia, recuerdos, gustos, creencias, valores (*"Soy lo que poseo"*. J.P. Sartre).

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier persona usuaria y no se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Ejemplo

Amparo llegó al Centro residencial y creía, que como en las anteriores Residencias que conocía, sólo podría colocar dos portarretratos en una pequeña mesilla y que dispondría de un cajón de la mesilla accesible para ella por su silla de ruedas.

Cuando se le informó que podía traer más cosas, incluso algún mueble, no se lo podía creer. Pidió consejo a Ana (su profesional de referencia) y a su hija Carmen. Luego pidió ayuda a su nieto Álvaro, quien vivió con ella varios años, para que se le trajera las cosas.

Decidió traer su cómoda y su mesilla, los dos cuadros que estaban en su habitación encima de su cama y una lámpara de pie, bajo la que le gusta leer, como en casa. Con Ana buscó la mejor

colocación de todo ello y juntas colocaron la ropa y otros objetos de Amparo (las cajas con sus pendientes y otros accesorios que le gusta tener a mano).

Sobre la cómoda descansa una figura del Niño Jesús que heredó de su madre –de tamaño natural– y que cada año, cuando el personal realiza el belén viviente en Navidad, hace de Niño, lo que enorgullece enormemente a su propietaria.

Principales instrumentos de apoyo

- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Asturias apoya. Para encontrar la residencia que se convierta en el nuevo hogar*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- Modelo de PPA.
- Instrumentos para la valoración integral de la persona y para la recogida de información.
- Instrumentos para la planificación (Mapas básicos, Historias de vida, etc.).

ÁREA DE MEJORA 5. ENTORNO FÍSICO E INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD

5.3.

BP clave: Apertura y coordinación del centro con la comunidad

- Porque abrir el centro a la comunidad aumenta las oportunidades de relación y de desarrollo de las personas usuarias.
- Porque al facilitar que las personas salgan del centro y acudan a lugares, actividades y servicios del entorno, se proporcionan mayores oportunidades de participación, espacios más integradores y una mayor continuidad con la vida previa.
- Porque mejorar los cauces de comunicación y coordinación entre recursos optimiza su utilización.
- Porque el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) potencia la inclusión social.

Esta BP entiende que el centro es un recurso más de la comunidad y se dirige a mejorar la comunicación y coordinación del mismo con el resto. Presenta nuevas y mejores formas de participación y atención a las personas usuarias, optimizando el uso de los recursos comunitarios.

Esta es una BP que entiende la apertura en dos direcciones. Por una parte anima y permite que las personas y organizaciones externas utilicen la Residencia y aprovechen algunos de los servicios o instalaciones, consiguiendo también así con ello nuevas iniciativas en las que las personas usuarias puedan implicarse. Por otra parte, al facilitar el acceso a otros recursos externos, se ofrecen nuevas oportunidades para las personas residentes de salir y disfrutar de los mismos.

Se ofrecen algunas propuestas para mejorar la cooperación de recursos de un territorio, propiciando su mejor aprovechamiento y, finalmente, se apuesta por el acceso y uso de las TICs en el centro como cauce de mejora para la integración e inclusión social.

Desarrollando la BP en el centro: elementos básicos y actuaciones técnicas a tener en cuenta

Para el desarrollo de una buena práctica dirigida a lograr un centro abierto, coordinado y más integrado en la comunidad, deberemos tener en cuenta una doble dirección de la apertura: la de la Residencia a la comunidad y la presencia de ésta en la misma. Se recomienda diseñar y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan.

a) Abriendo el centro al entorno social próximo

Es recomendable valorar y articular medidas que permitan una apertura del centro a su entorno social próximo, ya que con ello, además de optimizar el uso de recursos, minimizamos la segregación y marginación que los recursos tan específicos (sólo para personas mayores o sólo para personas con discapacidad) conlleva. Actuaciones como las siguientes pueden ser de gran interés:

■ Organización y apertura de algunos servicios de la Residencia a la comunidad

Los Centros residenciales pueden ser, en la medida de sus posibilidades, proveedores de servicios a otras personas de la comunidad. Para ello, se deben tener en cuenta varios factores fundamentales: las necesidades detectadas, la demanda expresada y las posibilidades de cada centro para hacer una oferta de servicios diversa.

Programas, servicios y actividades como las siguientes pueden ser opciones donde el centro pueda abrirse, en mayor o menor grado, a distintos grupos de la comunidad:

- Servicio de higiene y baño.
- Servicio de comidas.
- Servicio de podología.
- Lavandería.
- Actividades diversas de promoción de la independencia y la autonomía: fisioterapia, terapia ocupacional, actividades de mantenimiento físico, préstamo de ayudas técnicas, talleres de memoria, talleres de mejora emocional...).
- Actividades formativas, de promoción de la autonomía y de ocio: cine, juegos, tertulias, ludoteca, campeonatos, etc.
- Programas de formación y apoyo a familiares y allegados.
- Apertura de instalaciones y otros servicios: cafetería, salones de actos, biblioteca, jardines...

■ Desarrollo de iniciativas y avance en la utilización de metodologías intergeneracionales

El enfoque y metodología intergeneracional aporta elementos de gran valor al permitir compartir experiencias, vivencias y conocimientos a distintos grupos de edad y circunstancias. Resulta enriquecedor no sólo para las personas mayores sino para los otros grupos de edad (niños, jóvenes, adultos...) que conocen en directo, apartándose de los tópicos, personas y situaciones (como la de la dependencia) con un enfoque real.

El enfoque intergeneracional puede incorporarse a variadas actividades que con carácter habitual se desarrollan en los centros. También pueden diseñarse proyectos intergeneracionales donde todos los participantes disfruten y en los que se produzca una relación y un

tipo *rol* que ponga en valor a la persona mayor y propicie un conocimiento/aprendizaje mutuo que contribuya a deshacer tópicos respecto a los otros.

■ Desarrollo y potenciación de proyectos de voluntariado

Los proyectos de voluntariado en el centro permiten acercar a las personas de la comunidad al centro, y, a nosotros, dotarnos de más recursos humanos para la realización de más y nuevas actividades dentro y fuera del centro.

La participación de los voluntarios debe ser planificada y estar organizada en torno a proyectos que se sitúen en sintonía con el plan funcional del centro y con los diferentes PPA de las personas usuarias.

■ Potenciación de programas de formación práctica de profesionales

Del mismo modo, los programas de formación con alumnos en prácticas, pueden ser una oportunidad para optimizar recursos y propiciar contacto con otras personas, normalmente jóvenes, de la comunidad. Al igual que en el caso del voluntariado deben estar correctamente planificados y supervisados para que realmente resulten muy “provechosos” y evitar disfunciones con el funcionamiento y organización del centro.

b) Participando más en el entorno social próximo

Es importante estudiar la posibilidad de desarrollar actividades fuera del centro en las que puedan participar las personas usuarias. Acudir a lugares y escenarios naturales del barrio, salir fuera del centro. Aprovechar las costumbres y hábitos que las personas tenían, tiene un gran interés de cara a favorecer en las personas el sentido de continuidad de su propia vida.

Se hace necesario aumentar las oportunidades para acudir a espacios y recursos comunitarios que permitan llevar a cabo actividades con el resto de la comunidad de forma normalizada e integrada. Para ello recomendamos:

- Diseñar las actividades teniendo en cuenta la opinión de las personas (Véase la BP-clave 4.2. referida a PPA y la BP-clave 2.1. dedicada a los cauces formales de participación).
- Conocer las tradiciones y costumbres que las personas tenían en su entorno (espacios, actividades, compañías), que continúan siéndoles significativas y les resultaría gratificante mantener.
- Ser capaces de hacer adaptaciones de estas actividades y entornos para adaptarlas a las características y deseos actuales de las personas. Deberemos evitar actividades no adecuadas o que no les resulten significativas y satisfactorias. Es importante evaluar con ellas estas actividades para mejorar aspectos que a nosotros nos pueden pasar desapercibidos.
- Disponer de información actualizada sobre servicios y programaciones de actividades en todos recursos de la zona (sanitarios, sociales, culturales, recreativos, religiosos...).
- Facilitar el acceso de las personas usuarias a lugares, servicios y actividades de la comunidad. Contar con servicios de transporte adecuado y con el apoyo de personas voluntarias. Es importante, para ello, desarrollar proyectos de voluntarios que apoyen estas iniciativas.

- Analizar adecuadamente las posibilidades de accesibilidad y confort de estos espacios o equipamientos externos para las personas con mayores dificultades. Realizar las adaptaciones necesarias. Asegurarnos que van a resultar suficientemente seguros y confortables.

c) Estableciendo una coordinación adecuada con los recursos clave de la zona

Es frecuente que distintos servicios que se prestan a las personas de la Residencia sean dispensados por otros sistemas (el de Salud, los Servicios Sociales Municipales, Centros culturales o educativos, etc.).

En unas ocasiones esos servicios o actividades con proveedores externos se dispensan en la propia Residencia (como por ejemplo, la atención sanitaria por los profesionales de Atención Primaria de Salud). En otros casos las personas residentes podrán acudir a estos servicios externos. En ambos casos, resulta imprescindible mantener una adecuada cooperación y crear los procedimientos e instrumentos de coordinación indicados para favorecer funcionamientos óptimos. En este sentido, es conveniente:

- Identificar y registrar los *recursos comunitarios clave* para la Residencia, aquellos servicios del centro que están dispensados por otros recursos o podrían estarlo y considerarlos *recursos clave*.
- Mantener contactos y reuniones periódicas de coordinación con los *recursos clave* de la zona (culturales, educativos, de ocio, etc.).
- Diseñar sistemas y documentos que organicen y faciliten la coordinación entre los profesionales con estos servicios (Atención Primaria de Salud, Servicios Sociales Municipales, etc.) y los de nuestro recurso.

Sobre la coordinación con los servicios de salud

La coordinación con los recursos de salud cobra en algunos Centros residenciales una especial importancia, especialmente en aquellos que por su modelo de atención o características no disponen personal sanitario propio. Por eso, a continuación, señalamos algunos elementos que pueden ayudar a mejorar la cooperación entre recursos:

■ Un marco formal de cooperación

Para hacer la valoración y seguimiento de la salud de las personas residentes de forma ágil y un mejor control de los aspectos globales de la misma, es imprescindible el establecimiento de acuerdos formales de colaboración que delimiten la forma y modo de cooperación entre las instituciones y los recursos de atención a la persona implicados.

Estos marcos formales suelen ser concretados en protocolos de coordinación/cooperación entre nuestro centro y los servicios de Atención Primaria de Salud y los Servicios Especializados que más se utilicen (Salud Mental, consultas de especialistas y el Servicio de Urgencia del hospital de referencia que corresponda al centro) donde se especifican las actuaciones y responsabilidades de cada recurso en el proceso de atención a la persona.

■ El uso de un soporte documental para la gestión de casos

Para la gestión de casos, es importante disponer de un modelo de **informe funcional** accesible a las instituciones implicadas, con el disponer de la información necesaria y actua-

lizada, para así facilitar la intervención de los profesionales implicados en la coordinación. No tiene por qué ser muy extenso: los datos de identificación, los principales datos médicos actualizados de salud física, los tratamientos farmacológicos, un listado de problemas más frecuentes y de recomendaciones a seguir, la atención programada por parte de los recursos implicados, los acuerdos a que se lleguen en las reuniones de coordinación entre profesionales, pueden formar parte de este informe.

La persona deberá dar su consentimiento sobre qué tipo de información y quiénes pueden acceder a esta información. La utilidad de este informe no es otra que servir de guía para las intervenciones coordinadas de distintos recursos.

■ El desarrollo de circuitos de comunicación entre profesionales

Es necesario articular diversas formas de facilitar la comunicación entre los profesionales de la Residencia y los profesionales de la salud (reuniones para el abordaje concreto de casos, vía telefónica, a través de visitas al centro, las consultas a los servicios sanitarios, etc.).

■ La definición y el registro de los acuerdos

Los acuerdos de intervención coordinada se han de plasmar, por una parte, en el Plan personalizado de atención de la persona, pero también se ha de registrar en el informe funcional soporte para la coordinación. En éste se reflejan las responsabilidades de cada uno de los servicios que se coordinan a fin de asegurar su correcto cumplimiento y de evitar confusiones. Dichos acuerdos han de ser conocidos por el resto de los profesionales implicados en la atención directa para asegurar la continuidad asistencial. También, si la persona dispone de capacidad para ellos, ha de estar informada de esta forma de trabajo y de las repercusiones positivas que tiene para su salud.

■ La evaluación y seguimiento

Es importante evaluar esta colaboración en términos de calidad asistencial y para la calidad de vida de la persona usuaria. Es interesante aprender de esta evaluación y diseñar mejoras continuas para avanzar en la coordinación establecida.

■ El desarrollo de sistemas e instrumentos adecuados para la comunicación con las personas usuarias y/o sus familiares entre profesionales

La persona usuaria, siempre que tenga capacidad para ello, ha de conocer todos los aspectos que le afecten para que pueda influir o decidir sobre ellos. Para facilitar esta información puede ser conveniente de que sea personal del centro quien centralice toda esta comunicación con la persona, independientemente de que provenga de diversos profesionales. Debemos asegurarnos de que se cumplen con todas las garantías que la persona merece mediante el uso de Consentimiento informados.

Mantener informadas a las familias, si la persona lo acepta, facilitará su implicación y colaboración en su atención.

d) La promoción de las TICs (Tecnologías de la Información y la Comunicación)

Aunque por una cuestión generacional o del perfil de las personas residentes en nuestros centros, todavía no es muy frecuente, que existen muchas personas usuarias que dispongan de

experiencia o interés en relación con las TICs. Es importante, identificar si en nuestro centro hay personas que tienen experiencias, conocimientos y capacidades suficientes para el uso de las TICs. De ser así, es muy conveniente promocionar un grupo interesado en alguna tecnología (teléfono móvil, ordenadores, cámaras digitales) pues es un modo de facilitar que puedan utilizarlas y beneficiarse de todos los efectos positivos de su uso y de la relación entre ellos.

Es preciso conocer en cada persona ya conocedora de las TICs el uso que le daba (que hacía, qué objetivo cubría y el significado que le atribuye), sus intereses de continuar utilizándolas y su competencia actual para hacerlo (necesidades de adaptación, etc.). Poco a poco seguramente este grupo de personas irá aumentando.

En todo caso, es oportuno ofrecer oportunidades para el uso de TICs para aquellas personas usuarias que así lo deseen. Proponer diversas formas de acercamiento y de uso de estas tecnologías abre nuevas puertas al mundo y la comunicación interpersonal. Algunas de estas aplicaciones son ya de gran interés en muchos centros de atención a personas en situación de dependencia:

- Los sistemas de comunicación aumentativa y/o alternativa, ya que pueden mejorar la accesibilidad y la participación de alguna persona en la Residencia.
- Las TICs como una herramienta para disponer de oportunidades de aprendizaje a lo largo de la vida y para el desarrollo personal.
- Las TICs como instrumentos de apoyo al aprendizaje de otras materias, para ayudar a descubrir, a satisfacer la curiosidad.
- Las TICs como vía para estar al día (actualidad, leer prensa...).
- Las TICs para posibilitar el diseño de entornos adaptados que mejoren la calidad de vida de las personas.
- Las TICs como vía de comunicación interpersonal: envío de mail con familiares o amigos, envío de fotos, la webcam, mantener relaciones con amistades o asociaciones valiosas para las personas, crear redes sociales, construir sitios web con contenidos motivadores, etc.
- Las TICs como fuente de estimulación, conociendo y ofreciendo programas existentes que pueden ayudar a las personas en el mantenimiento de sus capacidades y como actividades de ocio (juegos de mesa, entrenamiento mental, etc.).
- Las TICs como un instrumento de aumentar la presencia de la Residencia en la comunidad (creación de página web, participación en eventos, crear correos de contacto...).

Es también importante, permitir y favorecer la utilización de sus propios equipos en caso de disponer de ellos, bien en sus habitaciones o en salas cómodas y adecuadas para ello (sistemas wifi...).

Dificultades enunciadas y alternativas propuestas por los equipos técnicos que han desarrollado esta BP

a) Falta de personal y reticencias en los profesionales por temor a tener que implicarse más en caso de dar apoyo a otros colectivos en la Residencia y apoyar la salida de las personas residentes a actividades o servicios comunitarios

Respuestas y alternativas propuestas:

- Valorar esta implicación, estimular su participación ofreciendo reconocimiento y considerándolo parte de su trabajo.
- Reordenar tiempos de dedicación de los profesionales, estableciendo prioridades.
- Desarrollar programas con personal voluntario (familiares o miembros de la comunidad) para el apoyo en las salidas de la Residencia.

b) Resistencia por parte de las personas usuarias o de las familias para abrir servicios de la Residencia a la comunidad

Respuestas y alternativas propuestas:

- Sensibilizar y hacer visibles las ventajas de la presencia de nuevas personas en la Residencia.
- Asegurarnos de que esto no supone una pérdida en la atención a las personas en nuestro recurso.

c) Escasa disponibilidad de salas o locales para la realización de actividades extras

Respuestas y alternativas propuestas:

- Utilizar las salas y equipamientos en las horas en las que las personas usuarias las utilizan menos.

d) Falta de formación en TIC y en sistemas de comunicación

Respuestas y alternativas propuestas:

- Que alguna persona del equipo (la terapeuta ocupacional u otro profesional) se capacite específicamente en este tema y busque su aplicabilidad en las personas usuarias de su centro.
- Mayor comunicación entre profesionales al respecto de las posibilidades de las TICs (redes entre centros, actividades conjuntas, compartir programas, materiales, etc.).

e) Falta de cooperación de los profesionales de las distintas instituciones

Respuestas y alternativas propuestas:

- Establecer acuerdos y protocolos de coordinación interinstitucional y el desarrollo de instrumentos operativos para el buen funcionamiento de éstos.
- Visibilizar las ventajas y beneficios de esta forma de trabajo para la persona usuaria y para el propio centro (para nuestra forma de organización y trabajo).
- Evaluar las mejoras entre todos.

Mejoras esperadas con el desarrollo de esta BP

Con el desarrollo de una BP dirigida a lograr una Residencia abierta, coordinada y más integrada en la comunidad, se logra avanzar en distintas dimensiones de calidad de vida de la persona y de su entorno. Con esta BP:

Se desarrolla la autonomía

- Porque las personas usuarias son consultadas sobre sus deseos, preferencias, costumbres o hábitos antes de diseñar las actividades o programas de colaboración.
- Porque al poder disponer de otros recursos, las personas usuarias disponen de nuevas oportunidades y por tanto, de mayor posibilidad de elección.
- Porque con el uso de las TICs se amplían las oportunidades de comunicación, información o aprendizaje de las personas, lo que favorece su autodeterminación.

Se mejora el bienestar emocional

- Porque acudir a otros recursos de la comunidad que les resulten significativos favorece que las personas usuarias se sientan bien y disfruten, en continuidad con su vida.
- Porque cuando una Residencia no es utilizado en exclusiva por personas mayores tiende a mejorar su imagen frente a los demás y con ello, puede ser percibido por las personas manteniendo la autoestima de sus personas usuarias.
- Porque gracias a los sistemas de comunicación adaptados las personas pueden expresar mejor sus ideas, deseos y emociones, y ello genera siempre bienestar.

Se fortalecen las relaciones interpersonales

- Porque se amplía el abanico de posibilidades de relación, impulsa las relaciones de apoyo mutuo y minimiza el aislamiento.
- Porque cuando otras personas son las que acuden al centro, se proporciona un importante estímulo extra (otras personas, otros escenarios de interacción...), lo que pone en situación a las personas de desarrollar sus habilidades para comunicarse y participar.
- Porque la utilización de las TICs permite ampliar las oportunidades de mantener relaciones familiares y/o sociales.

Se propicia el desarrollo personal

- Porque mantener relaciones con otros miembros de la comunidad requiere usar todas las capacidades. Salir o recibir gente de fuera favorece la motivación, mantiene activas a las personas, rompe la rutina y abre campos para explorar y estimular intereses, inquietudes, curiosidad...
- Porque las TICs son una fuente de conocimiento para adquirir, recordar o profundizar en conocimiento, recordar lo que se sabe, para estar al día, etc.

Se potencia el bienestar físico

- Porque una mejor coordinación con los servicios de salud nos permitirá mejorar la asistencia que damos desde el centro.
- Porque la coordinación ante los problemas de salud de la persona asegura el desarrollo de programas más personalizados, facilita ajuste de dosis terapéuticas, minimiza los abordajes farmacológicos innecesarios –menos yatrogenia–, y asegura que proporcionamos una atención integral y continuada.

Se incrementa la inclusión social

- Porque al favorecer la apertura del centro se proporcionan relaciones más inclusivas y reduce el riesgo de segregación que tienen los recursos sectoriales.
- Porque con los programas intergeneracionales promovemos espacios para el conocimiento y de convivencia en un marco de relación más normalizador e inclusivo.
- Porque el uso de las TICs favorece la inclusión del centro en la comunidad.

Limitaciones en su aplicabilidad

Es una Buena Práctica aplicable para cualquier persona usuaria. No se encuentran limitaciones en su aplicabilidad.

Principales instrumentos de apoyo

- Buz, B. y Bueno, J. (2006). “Las relaciones intergeneracionales”. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 66. Lecciones de Gerontología, X [Fecha de publicación: 16/10/2006]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/buz-relaciones-01.pdf>
- Sánchez, M. (2007). *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*. Barcelona, La Caixa.
- Villar, F. (2003). “Personas mayores y ordenadores: valoración de una experiencia de formación”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38, 86-94.
- Villar, F. (2009). “Programas sobre las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)”. en Bermejo, L. (Dir.) *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con mayores: Guía de Buenas Prácticas*. Madrid, Panamericana (en prensa).
- Programas Marco o Modelo de convenios de colaboración y coordinación entre organizaciones y servicios.
- Modelos de documentación a intercambiar y compartir entre recursos.
- Sitios de internet pensados especialmente para personas mayores:
<http://www.mayormente.com/> <http://www.jubilo.es>
<https://www.clubseis.es/> <http://www.solomayores.net/>



Capítulo 3

Ejemplos de Buenas Prácticas en Residencias

Ejemplos de BUENAS PRÁCTICAS	BBPP-clave relacionadas
1. BP: Los diez mandamientos FEDOSAD (Dijón-Francia)	1.2/3.2/4.2
2. BP: Conocer y respetar los valores de las personas residentes Residencia San Pedro (Astillero-Cantabria)	1.2/3.2/3.8
3. BP: Seguridad personalizada para las personas que viven en Residencias Fundación Matía (País Vasco)	1.3
4. BP: Gestión de quejas y propuestas de mejora: los grupos de calidad Centros de la Diputación de Álava (País Vasco)	2.1
5. BP: En mi cumpleaños, elijo el menú Residencia La Vega de Santullano (Mieres-Asturias). ERA. C. de Bienestar Social y V.	1.2/2.1
6. BP: Casanostra: Una revista de todos Residencia de Llar d'avis Mar i Sol, Residencias La Marquesa y Ballús (Tarragona)	1.1/2.1/5.3
7. BP: Juan, nuestro reportero Residencia de Laviana (Asturias). ERA. Consejería de Bienestar Social y Vivienda	2.3/5.3
8. BP: Visitas a los compañeros de la Residencia hospitalizados Residencia Mixta (Gijón). ERA. Consejería de Bienestar Social y Vivienda	3.2/4.3/5.3
9. BP: Actividades significativas para las personas con más heteronomía Residencia de San Feliu Torelló (Barcelona)	3.2/4.2/4.3
10. BP: Dignificando a la persona y las tareas de cuidado a través del lenguaje Residencia Mixta (Gijón). ERA. Consejería de Bienestar Social y Vivienda	4.1/4.3
11. BP: Personalizar la atención en una Residencia de gran tamaño Residencia Mixta (Gijón). ERA. Consejería de Bienestar Social y Vivienda	2.1/4.1/4.3 5.2/ 5.3
12. BP: La lotería del invierno Residencia de Laviana (Asturias). ERA. Consejería de Bienestar Social y Vivienda	4.3/5.3
13. BP: Formación interna de equipo interdisciplinar Centros Los Canapés (Avilés). ERA. Consejería de Bienestar Social y Vivienda	4.1
14. BP: Vamos a la playa Residencia Naranco (Oviedo). ERA. Consejería de Bienestar Social y Vivienda	5.3



Ejemplos de BUENAS PRÁCTICAS	BBPP-clave relacionadas
15. BP: Pasar el día en Carrio Residencia de Laviana (Asturias). ERA. Consejería de Bienestar Social y Vivienda	4.3/5.3
16. BP: Programa de colaboradores Centros de personas mayores del Principado de Asturias. C. de Bienestar Social y V.	5.3
17. BP: Colaboración con la Asociación Parkinson “Jovellanos” Residencia de Laviana (Asturias). ERA. Consejería de Bienestar Social y Vivienda	5.3

1.

BP: Los diez mandamientos

El equipo técnico **FEDOSAD** de los recursos asistenciales para personas mayores (**Dijon-Francia**), para favorecer la atención individualizada, diseñó el documento denominado “Los diez mandamientos” en el cual identifican y anotan las diez preferencias de la persona en relación con la atención en el centro.

El equipo técnico adquiere el compromiso con la persona de asumir y respetar estas diez consideraciones que pueden ser muy diversas en función de cada persona. Si ésta no es capaz de expresar sus preferencias, son sus allegados (familia, amigos...), o el propio personal desde su observación cotidiana, quienes completan las diez preferencias, siempre poniéndose en el lugar de la persona, de sus gustos y preferencias. El documento tiene un carácter abierto y puede ser revisado en función de los cambios en los gustos y en los comportamientos.

Cabe destacar la sencillez de esta práctica y su gran valor para personalizar la atención cotidiana desde la expresión y el respeto a las preferencias de la propia persona.

2.

BP: Conocer y respetar los valores de las personas residentes

En la **Residencia San Pedro (Astillero-Cantabria)** se utiliza la Historia de valores con el fin de proporcionar una atención integral a las personas residentes que, estando en proceso de morir, voluntariamente aceptan esta elaboración.

La Historia de valores es un instrumento en el cual, mediante una serie de entrevistas, se recogen los valores, las opiniones y los deseos de la persona en relación con aspectos importantes de su vida. En ella se integran tanto documentos legales, como los deseos de la persona referentes a procedimientos médicos específicos y a decisiones importantes sobre su salud, sus relaciones personales, su actitud ante la vida y la enfermedad o sus temores sobre el proceso de muerte. También se habla y se registran sobre sus valores, creencias religiosas y deseos específicos sobre su fallecimiento (entierro, esquela, etc.). Toda esta información se recoge en un documento escrito que es firmado por el residente y por tres testigos.

Esta BP, conducida por la psicóloga del centro, busca legitimar a la persona, generar confianza, reducir sus miedos e incertidumbres y facilitar, que tenga el máximo control sobre este momento de su vida.

Abordar de un modo más natural el tema de la muerte también ayuda a los familiares. Además repercute positivamente en el bienestar del resto de los residentes; les permite ejercer un rol adulto apoyando a la persona en proceso de fin de vida pudiendo despedirse del compañero, participando en su funeral, haciéndole un homenaje, acompañando a la familia, etc.

3.

BP: Seguridad personalizada para las personas que viven en Residencias

En los equipos interdisciplinarios de los **Centros Gerontológicos de Fundación Matía (País Vasco)** se detectó la necesidad de reflexionar y de mejorar el abordaje de los riesgos que presentan las personas residentes, una gran mayoría con alta dependencia y/o heteronomía. Al ser tantas las personas que presentaban estas características en los centros, cada vez resultaba más complicado su abordaje sin caer en soluciones despersonalizadas y perjudiciales para su calidad de vida.

Fruto de la reflexión se decidió que cada profesional aportara la información que considerase necesaria a fin de identificar riesgos en cada persona usuaria, hacer un diagnóstico y proponer una intervención más personalizada. Ello supuso una importante innovación al superar el enfoque utilizado por los equipos hasta ese momento, ya que sólo se abordaban algunos riesgos y no se contemplaban las relaciones existentes entre ellos ni su influencia recíproca.

La información que se recoge abarca diferentes tipos de riesgos: físicos (caídas, atragantamiento, fugas y úlceras por presión), psicológicos, conductuales, sociales y familiares; y aquellos propios del uso de restricciones. El sistema también incluye anotaciones sobre las preferencias o deseos de la persona (y o, en su defecto, de su familia). Para facilitar el acceso y el uso por parte de los profesionales, toda esta información aparece en una pantalla única del ordenador.

Ante la identificación de algún riesgo, la herramienta nos ofrece una propuesta de actuación orientada a su prevención basada en los procedimientos elaborados previamente por los equipos técnicos de la organización.

Con el objeto de continuar mejorando del instrumento, el equipo promotor de la iniciativa continúa pensando poder incluir información relativa a las capacidades de la persona y otros aspectos que se consideren necesarios.

Esta información forma parte del PPA de cada persona, y por lo tanto está abierta a ser conocida y validada por ella (y/o de no poder ésta, por su familia o representante legal).

4.

BP: Gestión de quejas y propuestas de mejora: *los grupos de calidad*

En las **Residencias dependientes de la Diputación de Álava** desde hace varios años se ha desarrollado una estructura de participación: *Los grupos de calidad*.

Estos grupos están formados por personas usuarias, familiares y trabajadores. Se reúnen para gestionar y dar respuesta a las quejas y sugerencias que se reciben en los Centros residenciales por parte de las personas que allí viven. Cada centro dispone de un grupo formado por unos nueve miembros (tres de cada colectivo) que se congrega para analizar y buscar respuestas específicas a cada queja y que pueden llegar por diversa vías (por escrito, de forma oral a algún miembro del personal, etc.). Siempre se cuida preservar el anonimato del residente que la formula o de quien procede.

Los familiares y los trabajadores también pueden hacer propuestas, siendo éstas analizadas por el grupo para comprobar si las personas usuarias están de acuerdo y se ajustan a la filosofía asistencial del centro.

El *Grupo de Calidad* analiza cada queja y busca soluciones consensuadas; en caso de no haber consenso, las opiniones de las personas usuarias son las que prevalecen (excepto si son propuestas que suponen un gasto muy importante que deba ser aprobado por los órganos correspondientes..). También el grupo define las acciones necesarias para solucionar el problema, temporaliza dichas acciones y nombra a una persona responsable de hacer el seguimiento de cada una acción propuesta a la dirección del centro.

Los temas que habitualmente se abordan inciden directamente en el día a día y están relacionados con aspectos básicos como la libertad de elección, la posibilidad de expresarse, la atención personal, el confort o la comodidad, el funcionamiento, la relación con el exterior o la vida cotidiana en la Residencia.

La coordinación de estos Grupos de Calidad se realiza por un experto ajeno a la organización quien registra e informa por escrito a los responsables de la Residencia y al Departamento de Personas Mayores de la Diputación de las propuestas que son vinculantes.

La existencia de estas estructuras ha permitido modificar muchas formas de trabajo y de organización y que los centros se adapten mejor a lo que las personas usuarias consideran significativo en su cotidianidad para mejorar su calidad de vida.

5.

BP: En mi cumpleaños, elijo el menú

En la **Residencia de La Vega de Santullano-Mieres (Asturias)** un día al mes se celebra el cumpleaños de las personas residentes que han cumplido años durante ese periodo temporal. Además de otras celebraciones, el menú de ese día lo eligen esas personas.

Como suelen ser varias, han de reunirse para decidirlo de forma conjunta. Si es preciso un miembro del personal coordina la reunión y facilita la relación y la decisión al respecto. Este momento constituye una excusa para charlar de comida, de gustos y sabores propios, de celebraciones previas... Una oportunidad para relacionarse y hacer algo diferente que contempla los deseos y preferencias de las personas.

Se informa al resto de los compañeros –por medio de carteles y verbalmente– de quiénes son las personas homenajeadas y del menú que han elegido para la ocasión.

Esta BP favorece que se sientan un poco más protagonistas ese día y para el resto de compañeros introduce un pequeño aliciente para romper la rutina.

6.

BP: Casanostra: Una revista de todos

Entre tres centros para personas mayores (**Residencia de Llar d'avis Mar i Sol, Residencia la Marquesa y Residencia Ballús en Tarragona**) se edita una revista llamada *Casanostra*.

Lo más interesante de esta iniciativa es cómo se desarrolla y sus objetivos: acercar a las personas de tres colectivos que conviven en el centro: las personas usuarias, sus familiares y el personal haciendo de la Residencia *un lugar de todos* (de ahí su nombre: *nuestra casa*).

En la revista resalta el valor otorgado a la identidad de las personas como seres humanos valiosos en sí mismos. En las entrevistas a residentes, a familiares y a miembros del personal se visibiliza el carácter único y peculiar de historias humanas y reales de personas que se entremezclan, como en la propia Residencia y que aportan *sus saberes* (recetas, poesías, refranes, historias de sus lugares de origen, o artículos de interés). Destaca la alta implicación de todo el personal (gerocultoras, limpiadoras, secretarías, personal de mantenimiento, cocineros..., además del propio equipo).

La tarea de coordinación la realiza un equipo de profesionales de los tres centros (gobernantas, directoras, educadoras) siendo éstas últimas las encargadas de coordinar espacios y temas entre residentes, familiares y trabajadores.

Hay un apartado donde se da la bienvenida a las personas que se incorporan, otro para los aniversarios y otras celebraciones, así como un espacio para recordar y despedirse de los ya no están.

Su éxito también se debe al cuidado diseño y a un buen soporte visual que hace que la revista pueda ser *disfrutada* por todos. La revista ha logrado convertirse en un espacio donde cada individuo (sea residente, personal o familiar) puede expresarse como tal.

Hablar de personas, de relaciones significativas, de experiencias, de sentimientos, enseña y personaliza y demuestra *la vida* que puede haber en estos centros.

7.

BP: Juan, nuestro reportero

Juan es familiar de una señora residente de **la Residencia de la Laviana (Asturias)**. Juan tiene una gran afición y una extraordinaria aptitud para la fotografía y la elaboración de vídeos.

Desde hace tiempo Juan recoge todos los momentos “especiales” de la Residencia: fiestas, excursiones, etc.

Las fotos siempre quedan expuestas en diferentes tabloneros en el hall de la Residencia para que puedan ser *disfrutadas* por todos.

Además con ese material Juan elabora anualmente cuatro DVDs (uno por cada estación del año) en los que recoge, en imágenes, distintos momentos de la vida de la Residencia. Estos DVDs se utilizan como recurso para el desarrollo de distintas actividades del centro, desde las más informales o de ocio hasta otras de carácter más terapéutico.

En reconocimiento a su labor y colaboración desinteresada las personas residentes le hicieron recientemente un pequeño homenaje en el que pudieron expresar su agradecimiento y admiración por su trabajo.

Este año Juan ha sacado una foto de estudio a cada persona residente y usuaria del Centro de día de Laviana. Con motivo de la celebración del Día de la familia y, gracias a la implicación de la Asociación de Familiares que se encararon de enmarcar estas fotos, cada persona usuaria regaló su foto *de estudio* a sus familiares.

8.

BP: Visitas a los *compañeros* de la Residencia hospitalizados

En la **Residencia Mixta de Gijón** puso en marcha una iniciativa que consiste en facilitar las visitas de los residentes a otros *compañeros* residentes que se encuentran hospitalizados.

Trasladada la idea a la Junta de Residentes, fue ésta quien decidió organizar estas visitas contando con el apoyo del centro y de los distintos departamentos, los cuales les facilitan el listado de personas que permanecen ingresadas y les ofrecen el transporte necesario para realizar las visitas, incluso por las personas con dependencia (quienes antes no podían hacerlo).

Ahora, muchos más residentes hospitalizados disfrutan de visitas de otros *compañeros* y, además éstas son más frecuentes, por lo que reciben más apoyo que cuando no existía esta iniciativa. Entonces solo había alguna visita esporádica, por iniciativa individual y limitada a quienes podían desplazarse por sus propios medios y sin ayuda.

Cabe destacar que esta BP favorece la solidaridad, el ejercicio de la autonomía y de la amistad entre las personas. Esta experiencia continúa funcionando y está abierta a todos aquellos que desean participar.

9.

BP: Actividades significativas para las personas con más heteronomía

La Residencia de San Feliu Torelló (Barcelona), nació de la iniciativa del pueblo con el objetivo de prestar una atención a las personas mayores en situación de dependencia. Está dirigida por un Patronato que integra a todas las entidades representativas del pueblo (políticas, sociales, religiosas) y está completamente inserta en la vida de la localidad.

Hace años, el personal y las familias se plantearon la necesidad de ofrecer actividades adaptadas y significativas a las personas con más dificultad, aquellas que casi no salían de su habitación (con gran heteronomía y con altos niveles de dependencia).

Así nació esta iniciativa que supone que todos los días, tras el desayuno, y una vez las necesidades básicas están atendidas, estas personas se reúnen en una sala soleada en la que se procura un ambiente muy relajado y agradable (con música suave o música de su época y que pueden recordar y disfrutar). En este entorno se ofrece a cada persona una *actividad útil* para llevar a cabo. Son todas tareas sencillas y adaptadas a cada persona (según sus capacidades y previamente se recogen datos de su biografía consultando a las familias sobre sus hábitos) como, por ejemplo, enrollar vendas, doblar toallas, servilletas... o cualquiera otra, eso sí, que sea útil, conocida y *significativa* para la persona y que esté a su alcance. El objetivo es que cada persona haga lo que pueda, que disfrute y que se sienta bien.

Tanto el equipo como los familiares han comprobado el efecto positivo que tiene esta actividad y han disminuido algunas conductas problemáticas. Los pocos que pueden verbalizarlo expresan cómo les gusta bajar a la sala y *trabajar un rato*.

En este entorno agradable y calmado, también el personal está más predisposto y centrado en las personas, mostrándose los profesionales más cercanos y reforzadores.

10.

BP: Dignificando a la persona y las tareas de cuidado a través del lenguaje

En la **Residencia Mixta de Gijón**, buscando dignificar a las personas usuarias y las tareas de cuidado que se les realiza, se vienen realizando una serie de acciones para evitar la utilización de un lenguaje inapropiado (en exceso coloquial al utilizar la información personal de las personas usuarias), así como la denominación incorrecta de técnicas y materiales empleados en los cuidados. Algunas de las medidas adoptadas en el equipo son:

- En los registros de la historia de cada persona y en los documentos cotidianos (hoja de incidencias, libro de cambio de turno, parte diario de enfermería) que figure el nombre y un apellido de la persona referida y no el número de su habitación ni un diminutivo.
- Utilizar el nombre técnico, y no uno coloquial, al referirnos a las técnicas, al material o al aparataje que empleamos en el cuidado personal.
- Evitar los juicios de valor referidos a los comportamientos o actitudes de las personas residentes en los diferentes registros escritos. Evitar siempre realizar comentarios en voz alta y por supuesto, emplear, palabras o expresiones que degraden la dignidad de la persona.

Además de tratar este tema en las reuniones de equipo para erradicar estos malos hábitos también se abordan en el momento en que aparecen durante la jornada. Para sensibilizar y evitar que se produzca el olvido, se han trasladado notas e instrucciones por escrito al respecto.

Esta iniciativa está ayudando a que el personal del centro sea más autocrítico con las formas de expresión, apreciándose una mejoría en el uso de un lenguaje, siendo ahora éste más correcto y adecuado a la calidad del trabajo que buscamos. Esta iniciativa se mantiene pues es fácil caer, por rutina o descuido, en estos hábitos inadecuados.

11.

BP: Personalizar la atención en una Residencia de gran tamaño

Lograr una atención personalizada en un centro de gran tamaño es difícil ya que suele resultar complejo compatibilizar las normas y las cuestiones organizativas con el trato individual.

El equipo de profesionales de la **Residencia Mixta de Gijón**, conscientes de estas dificultades en su centro así como de la gran heterogeneidad de las personas mayores que allí conviven, han puesto en marcha una serie de iniciativas importantes para procurar espacios de actividades diversos y apoyos que permitan a las personas realizar algunas cosas que siempre les han gustado.

Por ejemplo, las personas que tienen competencia para ello están autorizadas a disponer de microondas y neveras en su habitación, de modo que cuando quieren pueden invitar a sus amistades y familiares a tomar algo (un café, un refresco...), como lo venían haciendo en su casa.

También la asociación de familiares (ASFAMIXTA) organiza semanalmente tertulias por las tardes, donde en grupos reducidos de residentes, junto con familiares, conversan, juegan y cantan en torno a un buen café, zumos y unas ricas pastas.

Se ha podido organizar un apoyo muy especial para permitir que las personas que no pueden desplazarse por sí mismas, puedan salir del centro. Personas obligadas a prestar servicios a la comunidad por orden judicial, realizan acompañamientos a salidas fuera del centro (paseos, tomar café, gestiones...) a personas que no pueden desplazarse solas y no cuentan con apoyo sociofamiliar para ello.

Dos veces al año, se organiza un rastrillo de ropa dentro del centro, aceptando ropa donada, para que los residentes compren a precios muy asequibles ropa y otros complementos. El evento está abierto también para familiares y para el personal del centro. Se prepara una sala como una tienda de verdad (percheros, probadores...) y durante unos días numerosas personas participan (viendo, comprando, revolviendo) en una actividad cercana a la vida real que les resulta muy motivadora.

Estas ideas son una muestra de cómo, desde sencillas propuestas, se puede ir personalizando la atención en una organización compleja, favoreciendo que las personas que allí viven sigan llevando a cabo actividades significativas.

12.

BP: La lotería del invierno

En **la Residencia de Laviana (Asturias)**, como en casi todos los Centros residenciales, las actividades se desarrollan más por la mañana coincidiendo con el horario de los profesionales.

Hace ya tres años las personas residentes demandaron que se realizara alguna actividad de ocio para las tardes de otoño-invierno, cuando anochece antes y los días resultan más tristes. Fue entonces cuando se contactó con diferentes familiares que, hasta ese momento no tenían vinculación entre sí y se mantuvieron una serie de reuniones en las que se decidió organizar un bingo de lunes a viernes entre 18 h. y 20 h. Estos familiares se organizaron de modo que, con una rotación semanal, de cada uno se encargaba de la gestión de la actividad.

Aunque al inicio se realizó una pequeña supervisión y apoyo por parte del equipo técnico de la Residencia, pronto los familiares formaron un grupo autónomo de trabajo capaz de organizar los turnos, de elaborar normas e instrucciones del juego, y de resolver los pequeños conflictos que surgen en el desarrollo de la actividad.

También los residentes aportan pues, por ejemplo, en las actividades de la mañana realizaron murales con las reglas del juego para que fueran conocidas por todos.

Actualmente se reúne un grupo de 20-25 personas entre residentes, familiares y vecinos del pueblo.

13.

BP: Formación interna del equipo interdisciplinar

En **el Centro Polivalente de recursos Los Canapés (Avilés-Asturias)** han buscado un modo de mejorar la formación que disponen sus miembros y que hacen de forma complementaria a los sistemas habituales de formación *externos*.

Se trata de aprovechar los saberes de todos los miembros del equipo, compartiéndolos entre todos. Para ello, en sesiones mensuales todos los profesionales (incluidos el personal auxiliar de atención directa) preparan una sesión para el resto de los compañeros referida a un tema que ellos mismos consideren de interés y sobre el que su visión (derivada de su formación) puede aportar algo a sus compañeros. Se busca aprender unos de otros para, teniendo una visión más interdisciplinar de los temas, poder diseñar una atención más integral. Con este objetivo de aportar y de despertar el interés del resto del equipo se prepara cada uno la sesión utilizando los recursos que conozca.

Esta práctica ha mejorado mucho los conocimientos de los equipos y favorece una mejor colaboración y coordinación entre todos. Conocer más sobre los abordajes o perspectivas de otras disciplinas propicia la valoración entre compañeros y de este modo, se avanza en la búsqueda de respuestas interdisciplinares para mejorar la calidad de vida de las personas.

Esta BP es muy útil y fácil de poner en marcha en cualquier equipo, pues no se depende de la formación externa, aprovechando los conocimientos existentes en el propio equipo. También se nota el efecto en las relaciones interpersonales y en la cohesión del equipo.

14.

BP: Vamos a la playa

En la **Residencia de personas mayores “Naranco” (Oviedo)** cuando llega el verano se organiza unas vacaciones en la playa.

Durante una semana (entre los meses de junio a septiembre) se prepara una estancia con un grupo de personas residentes que presentan dependencia. El lugar elegido es un albergue de una localidad costera del oriente de Asturias.

Un grupo de profesionales se desplazan acompañando a personas mayores de la Residencia para proporcionar los apoyos necesarios para desenvolverse en ese entorno y poder disfrutar y estar en contacto con la naturaleza.

Cabe destacar la complejidad de esta iniciativa pues supone movilizar muchos recursos además de una elevada implicación del personal. Pero todo ello compensa por ver la satisfacción de los residentes al poder compartir unos días fuera de las rutinas de la Residencia.

Vivir en este entorno, fuera del centro, en un ambiente de veraneo genera un ambiente que propicia unas relaciones más personalizadas y unos vínculos especiales entre todos.

15.

BP: Pasar el día en Carrio

Habitualmente, durante el buen tiempo se organizan excursiones destinadas a las personas residentes más independientes y autónomas. Sin embargo, es menos frecuente organizar salidas para aquellas personas más dependientes que son usuarios de silla de ruedas. Las dificultades derivadas de la escasez de transporte colectivo adaptado y la exigencia de un mayor número de profesionales para prestarles el apoyo que necesitan, son, habitualmente, los principales motivos.

Desde hace más de dos años y gracias a la colaboración de la Cruz Roja, tanto en la Residencia como en **el Centro de día de la Laviana (Asturias)** organizan excursiones a un Área Recreativa en las proximidades de la Residencia.

Acude un gran número de personas residentes y usuarias del Centro de día, y, este año, gracias a esta colaboración, se ha podido ampliar e incluir a aquellas personas que presentan más dependencia y tienen más dificultades para disfrutar de un *día de campo*.

Se desarrolla en un lugar cercano a la Residencia cedido por sus propietarios (personal de la Residencia) para la ocasión. La iniciativa fue posible también gracias a la Asociación de Familiares que colaboró en la financiación de los gastos; al Ayuntamiento de Laviana que aportó la infraestructura (mesas, sillas...); y a las 28 personas (entre familiares, trabajadores de algún departamento, personal en prácticas y vecinos voluntarios) que pudieron ayudar a los 28 residentes, todos ellos usuarios de silla de ruedas que pudieron disfrutar el día.

La experiencia ha sido muy gratificante porque una parrillada y la convivencia en un soleado día al aire libre es siempre estupendo.

16.

BP: Programa de colaboradores

En muchos **Centros de Personas Mayores del Principado**, se lleva a cabo un programa de colaboradores en los que socios de centros sociales de personas mayores participan como voluntarios en Centros de día o en Residencias. Estas personas colaboran en actividades grupales, tanto de carácter extraordinario como más cotidiano.

En **Mieres**, por ejemplo, se implican en las fiestas y celebraciones del Centro de día –en Navidad, Primavera, Carnaval– participando con las personas usuarias en la organización. También como el grupo de teatro de este Centro social que representa obras y hace partícipes a las personas usuarias del Centro de día ofreciéndolas representar algún papel o bien recitando algunas poesías. En Carnaval, estos voluntarios mayores se disfrazan con las personas usuarias del Centro de día y hacen frisuelos para todos.

También colaboran en *actividades cotidiana*, como en el Centro de día de Mieres, donde cotidianamente juegan juntos a juegos de mesa (parchís, cartas, dominó, etc.) o en **Pola de Laviana**, un grupo de socios del Centro social organiza para las personas residentes talleres semanales. Actualmente se desarrollan uno de geronto-gimnasia, otro de pintura y un tercero de educación para personas adultas (alfabetización).

Hay también muchos voluntarios que colaboran en actividades de carácter individual como es acompañar a personas residentes fuera del centro (al mercado, a ver tiendas, a hacer gestiones...), incluso a ir a su casa (volviendo a su entorno de procedencia). Para algunos esta iniciativa les permite mantenerse en contacto con su entorno y su gente (sus vecinos de siempre). Para otros, es simplemente una oportunidad para tener más relación con alguien, establecer un vínculo afectivo mientras lo pasan bien, leen, juegan al ajedrez o charlan.

Para el buen funcionamiento de esta iniciativa, por ejemplo en la **Residencia de Pola de Laviana** (donde el programa lleva funcionando ya 8 años) la captación y formación de los voluntarios se realiza en el propio Centro social (aunque al incorporarse se complementa con aspectos relacionados con sus funciones como voluntarios en la Residencia y con habilidades de comunicación). Por su parte el equipo de la Residencia se encarga de *encajar* las necesidades y deseos de las personas y las posibilidades de colaboración de cada voluntario. También se realizan reuniones de seguimiento para evaluar su desarrollo y la satisfacción de los participantes.

Cabe destacar que en todos los casos se busca promover la independencia y autonomía de las personas, ya que las actividades se hacen en función de sus intereses.

17.

BP: Colaboración con la Asociación Parkinson “Jovellanos”

La Asociación Parkinson “Jovellanos” solicitó el uso del Gimnasio y la Sala de rehabilitación de **la Residencia de Laviana (Asturias)** para poder realizar de sesiones de grupo de Gerontogimnasia y Logopedia para sus enfermos y familiares. La Asociación disponía de los profesionales necesarios (Fisioterapeuta y Logopeda) pero, sin embargo, carecía de locales adecuados.

Tras las conversaciones pertinentes y la firma de un convenio de colaboración se inició la actividad. A partir de ese momento se han ido incrementado los *intercambios* y la colaboración entre ambas entidades.

Por parte de la asociación se ha aportado documentación, libros y revistas a la Residencia para su divulgación entre el personal, familiares y personas residentes afectadas o interesadas. Además, coincidiendo con el Día mundial del Parkinson se celebra una jornada informativa *de puertas abiertas* en la Residencia. También el grupo de teatro de la Asociación representa sus obras de teatro en las celebraciones y otros eventos de la Residencia (fiestas de cumpleaños, etc.).

Desde la Residencia se ofrece a la Asociación que sus miembros puedan participar en las actividades ocio-terapéuticas así como en otras de ocio como las salidas, excursiones o celebraciones.

Esta relación ya está consolidada y a la vista está que resulta muy beneficiosa para ambas partes. Cabe destacar la importancia de este tipo de colaboraciones que permiten en abrir la Residencia a la comunidad y de este modo ofrecer espacios y oportunidades de integración a las personas que allí viven.



Capítulo 4

Anexos

Anexo 1

Recomendaciones para la buena praxis en la vida cotidiana en las Residencias de personas mayores en situación de dependencia

1. EJERCICIO DE DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS

AUTONOMÍA

Reconocimiento de la capacidad de autogobierno de las personas para tomar sus decisiones y por tanto, a poder elegir sin coacciones externas, entre diferentes opciones y alternativas. Posibilidad de actuar o de pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado.

Recomendaciones y reconocimiento de derechos en los centros

1. Conocer, siempre que sea posible, con carácter previo a su ingreso, las instalaciones del centro para poder hacerse una visión general del mismo.
2. Recibir información adecuada y suficiente sobre la organización del centro, las normas que rigen su funcionamiento, servicios que presta, programas que desarrolla y mecanismos de participación existentes.
3. Ser informado sobre todo aquello que se demande (como por ejemplo: el contenido de las cartas que envían sus familias, muerte de un compañero, sobre su salud, datos de su informe o PPA, etc).
4. Participar en el diseño y seguimiento de su plan personalizado de atención, siempre que sus capacidades se lo permitan.
5. Decidir si quiere, o no, participar en una actividad, terapia o programa.
6. Decidir sobre su indumentaria.
7. Decir el sexo de la persona que le baña o le acompaña al baño (si hay personal de ambos sexos).
8. Respetar la decisión de la persona, si esta es competente para ello, en cuanto a no someterse a pruebas diagnósticas, cirugía o tratamientos médicos.
9. Recibir visitas de familiares y amigos.
10. Prestar atención a los efectos emocionales que causan en la persona las visitas, velando porque reciba solamente aquellas que desee.
11. Manifestar su opinión sobre aspectos relacionados con la vida en la Residencia, participando en su diseño así como en las evaluaciones que se lleven a cabo sobre el funcionamiento del mismo y a conocer el resultado de las mismas.
12. Elegir lugar en el comedor donde quiere sentarse durante la comidas y a los compañeros con los que realizar actividades.
13. Participar en la elaboración de dietas y menús.

Hay que evitar

- No dar la suficiente información respecto al funcionamiento de la Residencia, antes del ingreso de la persona en la Residencia o hacerlo de modo inadecuado.
- No informar lo suficiente de sus derechos y deberes, dando por entendido que los conocen. Pensar que esto sólo es un trámite de un documento escrito.
- Crear falsas expectativas en la persona que ingresa en la Residencia o en sus familiares respecto al funcionamiento del centro.
- Utilizar un lenguaje poco claro con términos que son desconocidos tanto para el residente como para su familia.
- No tener en cuenta las decisiones respecto a sus propios asuntos: ropa, armarios, ubicación en el comedor, gustos alimenticios.
- Tomar decisiones sin contar con la persona.
- Utilizar engaños para conseguir que hagan lo que queremos.
- No respetar las relaciones y vínculos que surgen entre las personas usuarias, restringiendo éstas por nuestra conveniencia (juzgarlas, ridiculizarlas...).
- Permitir que la familia tome decisiones sobre la persona mayor en aspectos de su vida en el centro incluso sobre su salud (pruebas diagnósticas, intervenciones o tratamientos) sin contar con la opinión de la persona.

DIGNIDAD

Reconocimiento del valor intrínseco de la persona, dándole un trato respetuoso, respetando su individualidad, sus necesidades y sus derechos durante toda su vida, independientemente de sus competencias o condiciones de salud

Recomendaciones

14. Respetar la forma de ver la vida de las personas: ideología, creencias religiosas, etc., sin juzgarlos, ni etiquetarlos de acuerdo a criterios subjetivos (los nuestros).
15. Ser informada de forma comprensible sobre el contenido de sus derechos y de los cauces para hacer efectivo su ejercicio.
16. Facilitar que los residentes o sus familiares puedan formular quejas, reclamaciones y sugerencias.
17. Tener garantizado un trato adecuado y digno, una atención individualizada y personalizada. Ser respetada en su privacidad y su libertad de opción para mantener relaciones interpersonales.
18. Potenciar sus capacidades, ofreciendo oportunidades que, minimicen sus dificultades o limitaciones.
19. Recibir una atención integral que conlleven planes de apoyo y/o cuidados según sus necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales, teniendo en cuenta su entorno relacional y socio-cultural.
20. Facilitar el acceso a recursos y cualquier actividad de tipo social, sanitaria, cultural y en general ayudarle a satisfacer todas las necesidades personales que sean imprescindibles para un adecuado desarrollo físico y psíquico.

21. No ser objeto de restricciones físicas o farmacológicas profesional y éticamente justificadas que no sigan las instrucciones recogidas en un protocolo diseñado al efecto. Dicho protocolo debe contemplar una valoración exhaustiva del equipo interdisciplinar con medidas paliativas y que minimicen daños, la opinión de la persona o en su defecto de su representante legal.

Hay que evitar

- Manejar a las personas de una forma despersonalizada en las AVBD básicas. No dirigirles la palabra mientras se les asiste.
- Hacer comentarios que puedan ridiculizar o provocar humillación en las personas. No prestar apoyo emocional.
- Pedir a las personas usuarias más de lo que pueden realizar.
- Pensar que los deberes son cosa de otros y centrarse exclusivamente en los derechos que se tienen como profesional.
- Hacer juicios de valor sobre la persona usuaria y/o su familia.

IDENTIDAD

Reconocimiento del derecho de la persona a ser diferente, respetando su historia, experiencias, criterios y valores. Derecho a seguir siendo un ser irrepetible.

Recomendaciones

22. Dirigirse a la persona inicialmente con un trato de “usted” y utilizar el tuteo sólo si ésta lo solicita. Llamarle siempre por su nombre. Si la persona desea que se use un diminutivo, o apodo, respetar sus costumbres y preferencias. No tratar con excesiva familiaridad.
23. Respetar la individualidad de cada persona, su identidad. Conocer y respetar sus hábitos, rutinas y roles. Hacerle sentir que forma parte del centro, que está como en su casa, “*que es alguien*”.
24. Proporcionar vestido adecuado y adaptado en cuanto a funcionalidad y cantidad pero manteniendo unas condiciones estéticas mínimas.
25. Respetar el derecho a “*estar solo*” en determinados momentos.

Hay que evitar

- Criticar sus ideas, costumbres, valores, orientación sexual, enfermedad, discapacidad o cualquier otra circunstancia personal o social. Las personas nunca pueden ser objeto de discriminación.
- Engañar a la persona usuaria o a sus familiares.
- Etiquetar a la persona y referirse a ella por sus enfermedades o características
- Emplear mote.

INTIMIDAD/PRIVACIDAD

Reconocimiento del derecho de la persona a mantener parte de sí como algo propio sin obligación de ser compartido ni conocido. Derecho a estar sola y a no ser molestanda, libres de intromisiones en sus asuntos.

Recomendaciones

26. Recibir visitas en su habitación incluso a última hora.
27. Poder cerrar con llave su habitación en su ausencia.
28. Mantener un expediente individual con garantía absoluta de confidencialidad de la información recogida.
29. Respetar la intimidad de las personas en el uso del wc, aseo y ducha, dejándolos solos cuando esté bien acomodado el tiempo prudencial, no entrando otras personas en el lugar y cerrando la puerta.
30. Fomentar, respetar y valorar los hábitos de higiene y el cuidado de uno mismo.
31. Poder elegir habitaciones individuales y disponer de un espacio propio.
32. Transmitir la información, por el profesional que la ha recogido, al resto del equipo con discreción y prudencia para que el individuo no pierda la confianza depositada.

Hay que evitar

- Entrar en la habitación sin llamar, irrumpir en ella.
- Manipular objetos personales del residente.
- Obligar a compartir habitación a quien no lo desea.
- Dar información sobre las personas usuarias de forma informal fuera del contexto profesional.
- Entrometerse en su vida privada o en su pasado.
- Tener conversaciones, delante de las personas usuarias, sobre cuestiones personales o profesionales.
- Dar datos personales de los residentes sin su consentimiento.
- No respetar la privacidad de las personas, invadiendo sus espacios o sus momentos de soledad.

2. PARTICIPACIÓN

PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS USUARIAS

Las personas tienen derecho a participar en aquello que les es propio, aquello que está relacionado con su vida. A disfrutar de relaciones y al pleno desarrollo de una vida personal, libremente elegida. Adaptar este principio a aquellas que precisan atención (apoyos y/o cuidados) es reconocer que tienen derecho a estar presentes y a participar en la toma de decisiones que les afectan (plan de atención, relaciones, bienes, cuidados, etc.).

COMUNICACIÓN

Reconocerla como necesidad pero también como derecho requiere ofrecer las mejores condiciones posibles: diversos canales, lenguajes (verbal o no) o que le sea proporcionado un sistema adaptado a sus necesidades. También poder identificar a sus interlocutores, hacerse comprender o elegir con quién comunicarse y con quién no.

Recomendaciones

33. Crear un clima agradable, tranquilo y desenvuelto donde las personas mayores puedan expresar su opinión en confianza.

34. Transmitirles que se entienden sus necesidades, que pueden expresar su opinión o comunicar lo que crean conveniente a la dirección, a la trabajadora social, o a la persona que ellos estimen oportuno.
35. Tener en cuenta alternativas de comunicación para facilitar la participación de las personas con déficit sensorial.

OPORTUNIDADES

Sin oportunidades reales de elección y de decisión no existe el ejercicio de la autonomía (autodeterminación). La calidad asistencial pasa por ampliar las oportunidades de las personas para elegir: escenarios, relaciones, actividades.

Recomendaciones

36. Ofrecer oportunidades de decisión y/o dar alternativas de elección en todos los ámbitos de intervención y atención que le afectan personalmente (ofrecer diferentes abanicos de posibilidades).
37. Explicar cuál va a ser la intervención profesional más adecuada en su caso y planificarla teniendo en cuenta su opinión.
38. Buscar situaciones en las que puedan hacer actividades en el exterior, exposiciones, actividades de ocio municipales, compras en mercados, tomar un café, ir al cine (espacios de relación y actos sociales normalizados).
39. Fomentar su implicación en el cuidado de su salud.

MOTIVACIÓN

Una persona está motivada cuando actúa, y lo hace porque le merece la pena. Debemos trabajar para que el esfuerzo por implicarse se vea compensado con los beneficios experimentados por la persona. Si la persona logra que esta balanza se incline cada vez más y más hacia el lado de los beneficios vividos, entonces estaremos motivando.

Recomendaciones

40. Asegurarnos que los resultados son visibles para las personas mayores. Comentar esos logros con ellas.
41. Fomentar la existencia de órganos de participación de las personas usuarias y hacerlos partícipes con voz y voto, en caso de que sean autónomos (en su defecto al familiar) de las decisiones que se tomen sobre su persona (cambios de sitio, en el comedor, modificaciones en la dieta, al establecer el PPA).
42. Fomentar la participación de las personas en las decisiones de organización que nos sea posible. Implicarles y hacerles partícipes en la planificación, organización, celebración y evaluación de todo aquello que tenga lugar en la Residencia. Por ejemplo, fiestas, excursiones, celebraciones, uso del tiempo libre, decoración.
43. Evaluar su nivel de motivación/satisfacción mediante cuestionarios de opinión anónimos.
44. Incentivar su colaboración en la elección del Auxiliar tutor.

45. Motivar y reforzar en el desarrollo de sus capacidades personales, autonomía e independencia y en su participación en el centro.
46. Motivar a las personas para que opinen sobre su programa individual de atención informándoles de los riesgos y ventajas de las propuestas de actuación que se les ofrezcan.
47. Mantener reuniones periódicas entre personas usuarias y la dirección del centro para conocer su satisfacción acerca de los servicios (cafetería, peluquería, transporte, asistencia en las AVDs, podología...) y buscar propuestas de mejora.
48. Valorar sus esfuerzos personales y grupales y mostrar interés por sus logros y experiencias que desarrollen de modo que se les motive a la participación.

Hay que evitar

- Menospreciar sus capacidades e inteligencia. Suponer que no son competentes para decidir sobre su vida.
- Tomar decisiones en el centro sobre aspectos en los que se vean implicados, sin previamente haberles informado.

PARTICIPACIÓN DE LAS FAMILIAS EN LA RESIDENCIA

ASPECTOS GENERALES REFERIDOS A SU FAMILIAR

Recomendaciones

49. Trabajar “con” y “para” la persona mayor y su familiar y no “sin” o “a pesar de”.
50. Mantener con las familias una actitud de colaboración (no de exigencia).
51. Aprovechar las fortalezas de la familia y sus propios recursos para que funcionen como colaboradores.
52. Ayudar a la familia a afrontar sus necesidades, deseos y expectativas de manera autónoma.
53. Respetar y transmitir que los miembros de la familia pueden ser expertos en los temas que les afectan.
54. Reconocer las dificultades y las preocupaciones a las que se tiene que enfrentar la familia con una persona mayor en situación de dependencia cuando su estado empeora.
55. Respetar las diferentes formas de afrontamiento que varían según las personas y sus familias.

Hay que evitar

- Responder con frases como “no es cosa mía...”, “...no sé...” ante demandas o reclamaciones de la familia.
- Utilizar un lenguaje amenazante, en vez de mostrarse asertivo e intentar ponerse en el lugar del familiar.

ACOMPAÑAMIENTO, APOYO, AYUDA

Apoyar significa ayudar, facilitar al otro en lo que no puede hacer al desarrollo para la potenciación de sus capacidades. Busca su promoción y puede suponer asumir riesgos si ello favorece su bienestar personal. Cuidar implica mayor dificultad de la persona, hacer por ella.

En todos los casos se reconoce a la persona sus derechos aunque presente dificultades y limitaciones para su ejercicio y requiera apoyos o cuidados.

Recomendaciones

56. Incorporar a la familia a los PPA, como parte activa, en todo aquello que sea posible, siempre que la persona mayor lo admita.
57. Permitir que las familias permanezcan con su familiar a cualquier hora, siempre que no entorpezcan ni invadan la intimidad de otros residentes.
58. Permitir que las familias colaboren en los cuidados de su familiar.
59. Mantener informada a la familia de todas las decisiones que tome su mayor o el equipo respecto al mismo.
60. Facilitar la colaboración de la familia en el proceso de adaptación desde el alta del individuo usuario en el centro y a lo largo de todo el proceso hasta la baja del individuo. Incorporar sus sugerencias cuando estas repercutan directamente en un beneficio para las personas.
61. Ayudar a la persona a mantener su autonomía y a no perder en lo posible el control de su vida (heteronomía).
62. Estar informados de las necesidades que su familiar va presentando a medida que se puedan complicar sus condiciones de salud.
63. Ofrecer oportunidades de convivencia con la persona usuaria y espacios que favorezcan esto: comedores, salas de estar adecuadas, etc.

Hay que evitar

- Utilizar tecnicismos en la comunicación con las familias y cuando fuera necesario no explicar su significado.
- Convertir directamente las opiniones familiares en decisiones, sin que sean valoradas o consensuadas, ya que ello puede lesionar los derechos de las personas usuarias. Justificarnos diciendo: “...es que es lo que la familia desea”.
- Responder de forma defensiva, agresiva o insultante a algún requerimiento familiar o de la persona usuaria, sea cual sea la forma en que esta se manifieste.

PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DEL CENTRO

Recomendaciones

64. Concretar un procedimiento para presentar sugerencias y/o reclamaciones adecuado y que sea fácil y eficaz.
65. Facilitar un punto de encuentro de familiares para que decidan aspectos de mejora al centro.
66. Hacerlos partícipes en la planificación, organización y celebración de todo aquello que tenga lugar en la Residencia: fiestas, excursiones, celebraciones, comisiones de mejora.
67. Escuchar las sugerencias o quejas y valorarlas, mostrándoselo así al familiar.

3. BIENESTAR PSICOAFECTIVO: EMOCIONES, COMUNICACIÓN Y CONVIVENCIA

RELACIÓN DEL PERSONAL CON LAS PERSONAS USUARIAS

ACTITUDES (RESPECTO, PERSONALIZACIÓN, PROFESIONALIDAD, OBSERVANCIA,...)

Toda intervención profesional lleva implícita una relación interpersonal. Y las actitudes son esenciales para generar relaciones que dignifiquen y demuestren el valor que merece la persona. Sólo con actitudes adecuadas podemos facilitar una relación y atención de calidad.

Recomendaciones

68. Mantener una actitud profesional ante las personas mayores, sin menoscabo de un trato cordial, afectivo y humano.
69. Ser flexible en cuanto al cumplimiento de horarios de comidas, aseo, etc.
70. Crear una comunicación *bidireccional* (profesional-persona usuaria y persona usuaria-profesional.). Contar cosas y no sólo querer que nos cuenten a nosotros. Esto ayuda a fomentar relaciones de confianza.
71. Hablar y mantener en el trabajo una actitud positiva. Observar tanto su comunicación verbal como la no-verbal.
72. Actuar con tranquilidad y sosiego en situaciones de agresividad.
73. Mantener una actitud positiva orientada a buscar soluciones, alternativas, ayudas técnicas, ofrecer estímulos ambientales para favorecer el bienestar de las personas.
74. Ser objetivos y no derrotistas. Actitud positiva, en solucionar problemas, receptivos ante nuevas terapias o actividades, es decir, evitar posturas de carácter nihilista, conformista o derrotista (*¿para qué?, no se puede hacer nada...*).
75. Tratar a todas las personas usuarias con ecuanimidad, interés, dedicación y honestidad profesional, respetando sus diferencias individuales y grupales.
76. Mostrar empatía con las personas usuarias y procurar entender sus comportamientos. Ponerse en su lugar para entender sus sentimientos y pensamientos.
77. Escuchar más cuando hablamos en equipo o en grupos.
78. Tener en cuenta la historia personal, social y familiar de cada individuo, sin juzgarla.

Hay que evitar

- Hablar demasiado y no escucharles cuando muestran deseo de ser escuchados.
- Utilizar el sarcasmo o la ironía de modo que se pueda faltar el respeto o dañar a las personas.
- Dar órdenes, amenazas o abusar de nuestra superioridad. Establecer relaciones de tipo autoritario o de distanciamiento. Fomentar la confusión o la ambigüedad. No dar seguridad.
- Suponer en vez de comprobar.
- Olvidar que la persona –aunque se encuentre en situación de dependencia–, tiene opiniones, criterios y puede tomar decisiones sobre las cuestiones que le afecten. Atribuir de antemano carácter de exigencia a sus opiniones.
- Atender demandas “imposibles” o inadecuadas ante la insistencia o presión de la familia.
- Minimizar la importancia de sus preocupaciones.

- Culpabilizarlos por nuestros propios problemas laborales o personales, (“*es que somos pocas...*”, “*...me duele la cabeza*”, “*...con lo que tengo encima...*”). Hacer gestos y frases de asco o rechazo. Reñir y llamar la atención por tener que atenderles o ayudarles.
- Castigar con silencio e indiferencia.
- Dar por supuesto que por ser mayores necesitan ser tutelados o presentan algún deterioro cognitivo.
- Tomarse cualquier incidente relacionado con algún miembro del personal o con las personas usuarias como un asunto personal (sentirse atacado).
- Tener demostraciones de afecto y cariño excesivo con las personas o comportamientos inadecuados impropios de un profesional, sin tener en cuenta que la persona usuaria también tiene emociones y sentimientos.
- Priorizar la organización y los derechos de los profesionales, sobre las necesidades y el bienestar de la persona usuaria.

APOYO PSICOAFECTIVO: VALIDACIÓN, HUMANIZACIÓN

Cualquier intervención profesional lleva implícita un apoyo a la persona, y por tanto, su validación. Toda persona tiene derecho a ser ella misma, a expresar sus emociones y a que éstas sean respetadas –independientemente de sus capacidades o dificultades–, y es función nuestra favorecerla. Debemos evitar la constante corrección de sus errores (limitándola a momentos específicos en que el objetivo terapéutico sea primordial) pues nuestro objetivo es mejorar su sensación de bienestar.

Recomendaciones

79. Encomendarles pequeñas tareas que los mantengan activos y potencien su autoestima.
80. Ayudarlas en lo que precisen y no puedan hacer por sí mismas.
81. Estimularlas para que colaboren en las AVDs. Valorar sus esfuerzos y alabar sus logros por pequeños que parezcan.
82. Con las personas que necesitan para desplazarse sillas de ruedas no abordarlas por detrás sin avisarlas de lo que vamos a hacer, hemos de recordar que *no estamos moviendo una silla, estamos desplazando a una persona*.
83. Explicarles siempre qué vamos a hacer aunque parezca que no lo entienden (les tranquiliza y resulta más fácil evitar el rechazo).
84. Integrar la relación interpersonal y la comunicación como aspectos fundamentales, también con personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer, otras demencias u otros problemas mentales.
85. Ofrecer oportunidades de estímulos a las personas con movilidad reducida o encamadas.
86. Procurar el bienestar y la calidad de vida de la persona usuaria implicándose y comprometiéndose en la consecución de este objetivo.
87. Hacer que se sientan útiles validando sus aportaciones. Conocer sus percepciones acerca de sus capacidades. Permitir que experimenten la vivencia de capacidad y la satisfacción de poder hacer cosas. Trabajar para reducir las dificultades del entorno para minimizar sus limitaciones.

88. Motivarlas y ayudarlas para que se esfuercen en conseguir logros (por ejemplo dialogar con una persona que se niega a caminar, ayudándole e insistiendo en los beneficios).
89. Ayudar con nuestro trabajo a reforzar el vínculo residente-familiar.
90. Aconsejar y motivar a las personas usuarias sobre el cuidado de su imagen personal (corte el pelo, depilación, etc.) para favorecer su autoestima.

Hay que evitar

- Chantajear con declaraciones tipo “eres malo, has hecho algo mal, deberías...”.
- Referencias negativas a su aspecto, a sus olores personales o a la pérdida de funciones y/o capacidades.
- Tratarlas con brusquedad al realizar las tareas de cuidado personal.
- Reaccionar con irritación a sus demandas y culpabilizarles por su necesidad de atención y cuidados.
- No dar la oportunidad a la persona usuaria para que establezca los límites y que siempre lo haga el personal.
- Clasificarlos por su comportamiento o forma de ser.
- Recordar sus dificultades y limitaciones con comentarios del tipo: “¿no recuerdas quién soy?, ¿no sabes dónde estás?...” y reiteraciones absurdas como: “¿de verdad que no te acuerdas...?, ¿cómo no te vas a acordar...?”.
- Hablar de los déficit delante de los propias personas usuarias como si ellos no existieran, no les importara o no se enteraran, (por ejemplo: “ella/el, la pobre, ya no se entera de nada”).

TRATO ADECUADO Y PERSONALIZADO

Un trato adecuado supone hacer realidad la comunicación, el apoyo y la validación de la misma. La propia persona debe ser quien elija y establezca el tipo de relación que desee mantener. En caso de que no pueda expresarlo, el trato que prestaremos será aquel que a nosotros nos gustaría recibir de estar en su situación.

Recomendaciones

91. Tratarlas como a personas adultas, sin infantilizar.
92. Interesarnos por su vida personal si quiere hablar de la misma, pero sin entrometernos.
93. Saludar siempre al entrar en la habitación.
94. Comunicarnos con empatía (escuchar tratando de comprender y poniéndonos en su lugar).
95. Usar un lenguaje adecuado y personalizado, adaptándolo a su nivel socio-cultural.
96. Utilizar mensajes que faciliten el diálogo (“hola Manuel, qué tal estás...”) declaraciones de deseos, de agrado y desagrado (“me gustaría que hicieras...”, “no me apetece...”,...).
97. Solicitar una crítica más específica en caso de desagrado o desacuerdo.
98. Pedir su parecer y atender cualquier demanda con muestras de interés por nuestra parte.
99. Repetir las veces que sea necesario los mensajes importantes sin perder la paciencia.
100. Permitir que la persona usuaria hable a su ritmo, sin corregir continuamente, ni terminar las frases por él/ella. Darle tiempo para pensar.
101. Prestar atención a la comunicación no verbal (postura, gestos, tono de voz...) especialmente con las personas con deterioro cognitivo.

102. Fomentar el sentido del humor, siempre con mucho respeto, para que haga las relaciones o algunas situaciones más agradables para la persona usuaria.
103. Facilitar el conocimiento y la identificación del personal, mediante placas identificativas con nombre, foto y categoría, situadas en un lugar visible de su ropa.
104. No tutearlas sin su permiso.
105. Intentar contacto visual en el momento de establecer comunicación y situarnos a su altura (sobre todo con las personas usuarias en sillas de ruedas).
106. Incentivar la escucha activa, mostrando interés por lo que la persona dice.
107. Si hubiese que interrumpir la conversación por alguna causa pedirle disculpas y retomarla en cuanto se pueda, (demostrando que nos interesa lo que nos estaba diciendo, que nos interesa esta persona).
108. Buscar el momento y el espacio adecuado para hablar de temas personales.
109. Observar sus estados de ánimo y detectar necesidades, evitando que nos pasen desapercibidas.
110. Prestar ayuda cuando les afectan cambios en sus situaciones vitales (la pérdida o enfermedad de un ser querido, pérdida de capacidad...).
111. Mostrar flexibilidad y actitudes de aceptación (y no de rechazo) ante los casos de difícil abordaje.
112. Si uno se ve desbordado por la actitud, conducta o estado de un individuo, solicitar la intervención a un compañero.
113. Modular el tono y volumen de voz al dirigirse a la persona, haciendo uso de la comunicación no verbal para que nos comprenda mejor (mirándole, sonriéndole, gesticulando...).

Hay que evitar

- Usar expresiones peyorativas o términos infantilizadores (como pañal en lugar de absorbente, babero en lugar de protector...).
- Realizar declaraciones demasiado extensas.
- Hacer preguntas de reproche, comentarios o gestos de desaprobación que juzguen o culpabilicen a las personas usuarias (debemos mantener el autocontrol y neutralidad).
- Tener comportamientos incongruentes entre comunicación verbal y no verbal.
- Ignorar los mensajes importantes del interlocutor.
- Utilizar argot o palabras que no entiendan.
- Tener comportamientos con agresividad, malos gestos, gritos, acciones o movimientos bruscos.
- Comportarse con “excesiva familiaridad” en el trato cotidiano.
- Hablar a voces, para hacer sobresalir nuestra opinión o por creer equivocadamente que todos tienen dificultad para oír con normalidad. Gritar a las personas.
- Utilizar el teléfono móvil durante la jornada de trabajo o escuchar música con auriculares.
- Seguir caminando cuando se dirigen a nosotros y contestar sobre la marcha, no prestando la debida atención.
- Utilizar posturas inadecuadas en presencia de las personas usuarias (sentarse encima de una mesa, piernas encima de una silla, no usar ropa adecuada, etc.).
- Rechazar el contacto físico sin aceptar con naturalidad muestras de afecto o promoviendo por nuestra parte conductas infantiles o inadecuadas en el individuo.

- Hacer comentarios acerca de la incapacidad de las personas para realizar determinadas actividades o relativos a sus características en su presencia.

RELACIÓN ENTRE PERSONAS USUARIAS

APOYO PSICOAFECTIVO: FACILITAR VÍNCULOS Y RELACIONES

Las relaciones son determinantes para favorecer la calidad de vida de las personas. Parte de nuestro desempeño profesional está en favorecer éstas, optimizando las oportunidades y facilitando un entorno para que, si las personas lo desean, las relaciones puedan establecerse.

Recomendaciones

114. Favorecer la creación de grupos muy pequeños (por ejemplo de 2 o 3 personas) según sus propios deseos u objetivos de las actividades, ayudando a lograr la cohesión del grupo, el sentimiento de seguridad y protección que puede darles.
115. Fomentar la *ayuda mutua*, la capacidad de cuidarse y cuidar del compañero. Fomentar que las personas se sientan acompañadas, cuidadas y queridas.
116. Fomentar que puedan visitar a otros compañeros que estén hospitalizados.
117. Facilitar su capacidad para comunicarse, compartir y convivir. Facilitar las relaciones.
118. Favorecer el sentimiento de pertenencia al centro a partir de la satisfacción de necesidades y expectativas de todas las personas, procurando que se sientan bien.
119. Ser sensibles y ayudarles en la adaptación a los cambios, fundamentalmente en cuanto a la incorporación de nuevos miembros al grupo o la baja de alguno.
120. Favorecer y dar ejemplo manteniendo siempre un trato cordial y educado a las personas usuarias.
121. Intentar crear los grupos en función de su autonomía, preferencias, afinidades y no sólo de su dependencia funcional o cognitiva.
122. Facilitar la convivencia. Limar asperezas. Por ejemplo, explicar de manera individual las limitaciones que puede tener la otra persona: “Sí ya se que puede resultar pesada repitiendo las cosas pero tienes que pensar que es a causa de la enfermedad”. Organizar diariamente grupos de conversación (actualidad, prensa, tertulias, debates,...) para favorecer el conocimiento e intercambio y así facilitar las relaciones interpersonales entre ellas.
123. Abordar el tema de la comunicación con las personas usuarias y, si fuera necesario y deseado, ofrecerles talleres de mejora de habilidades sociales.

PREVENIR Y MANEJAR SITUACIONES DE CONFLICTO Y/O RIESGO

Toda convivencia genera situaciones de conflicto en las que debemos saber actuar, tratando de preservar las capacidades de resolución de las personas y *rol adulto*. Velar por las personas en situación de fragilidad o riesgo y la búsqueda del bien común son también competencia nuestra.

Recomendaciones

124. Prevenir, anticipar y evitar en lo posible los conflictos entre residentes.

125. Intentar clarificar los pequeños malentendidos que puedan surgir en la convivencia diaria, o durante la realización de las distintas actividades.
126. Mediar en conflictos de modo neutro y sin prejuicios personales previos.
127. Estimular y velar para que se respeten las personas entre sí, y en especial a las que sufren un mayor deterioro o son más vulnerables.
128. Permitir que establezcan relaciones de amistad entre compañeros, favoreciéndolo mediante la dotación de espacios para que puedan compartir experiencias (sala para hablar, espacio para comer...).
129. Respetar el establecimiento de relaciones íntimas entre compañeros siempre y cuando se produzcan voluntariamente y en condiciones de igualdad entre ellos.

Hay que evitar

- Colocar y/o poner próximas a personas con “enemistad manifiesta”.
- Cargar con excesiva responsabilidad a unos residentes para que sirvan de apoyo a otros/as.
- Hacer exclusiones dentro del grupo, (las actitudes se imitan y nosotros debemos, con naturalidad, dar ejemplo).
- Fomentar relaciones entre personas usuarias en las cuales una ejerza superioridad sobre la otra.

PROBLEMAS DE CONDUCTA Y DE CONVIVENCIA DE LAS PERSONAS USUARIAS

ACTITUDES BÁSICAS

Recomendaciones

130. Mantener una actitud tranquila ante discusiones, modales inadecuados y/o cualquier conducta disruptiva.
131. Asumir las alteraciones de comportamiento como algo ajeno a la persona, como algo derivado de su enfermedad y por tanto, no como un ataque personal. Buscar las causas de esa alteración tratando de evitarlas en la medida de lo posible. Observar tanto los factores internos de la persona (si le puede estar doliendo algo), como los externos (demasiadas visitas, demasiado ruido).
132. Mantener el sentido del humor.
133. Mostrar iniciativa, adaptabilidad y capacidad de reaccionar ante los problemas.
134. Demostrar paciencia y tenacidad. Mantener temple para manejar estas situaciones.

Hay que evitar

- Descuidar el entorno y permitir que sea inadecuado o peligroso para las personas con alteraciones de conducta.
- Aislar a personas con trastornos de conducta.
- Amenazar o castigar. Enfrentarse.
- Tener personal sin la formación o las actitudes necesarias para ofrecer cuidados a personas con trastornos de conducta.
- No respetar la intimidad en personas con severo deterioro cognitivo, generalmente inseguros e indefensos.
- Adolecer de falta de autoridad y seguridad ante situaciones y problemas.

- Si las personas con demencia rechazan a determinados cuidadores, evitar, en lo posible, forzar esa relación. Buscar alternativas, modos de normalizar o cambios en la organización.

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y MANEJO

Recomendaciones

135. Escuchar activamente, estableciendo contacto visual y físico amigable.
136. Vigilar los cambios o las conductas de personas que presenten especiales dificultades.
137. Evitar entrar en discusiones o razonamientos en vano.
138. Explicar al resto de personas usuarias, dentro de sus capacidades, la razón del porqué de los comportamientos y su manera de actuar ante éstos.
139. Elogiar comportamientos tranquilos y positivos. Reforzar con gestos y contacto.
140. Tomar siempre decisiones que estén justificadas profesional y éticamente.
141. Distraer la atención de la persona de la causa que ha provocado la situación.
142. Promover comportamientos autónomos potenciando la confianza y la aceptación de la persona.
143. Propiciar rutinas diarias que generen seguridad.
144. Conocer las capacidades de cada residente con el objetivo de no exigir por encima de sus capacidades y no generar frustraciones que conduzcan a la aparición de conductas destructivas.
145. Utilizar el contacto físico moderado, caricias suaves, coger de la mano... para transmitir a las personas seguridad y confianza.
146. Mirar a los ojos y llamar a las personas por su nombre con el fin de proporcionar tranquilidad y seguridad.
147. Adaptar cada actividad a las capacidades que presenta cada individuo. Simplificándolas según sea necesario.
148. Reforzar siempre los logros y evitar incidir en los fallos que puedan presentar las personas.
149. Evitar riesgos. Proteger al resto de personas usuarias de agresiones. No dramatizar y aceptarlo.
150. Realizar un seguimiento y control exhaustivo de las pautas de medicación establecidas por los profesionales oportunos.
151. Conocer y hacer uso de técnicas de modificación de conducta para establecer, incrementar y/o mantener conductas apropiadas así como reducir las no deseadas.

Hay que evitar

- Obligarlas a convivir con otras personas con conductas disruptivas que alteren la convivencia o agredan.
- Hacer cambios en las rutinas injustificadas, en los horarios, sin contar con los residentes para nuestra comodidad.
- Agobiar a la persona o invadir su espacio.
- Exigir por encima de sus capacidades.
- Ir con prisas. Forzar situaciones al extremo.
- Recordar comportamientos de las personas usuarias negativos una vez que han finalizado.
- Acudir todos en masa ante una situación disruptiva.

GESTIÓN DE LAS CONDICIONES AMBIENTALES Y ORGANIZATIVAS PARA SU PREVENCIÓN Y MANEJO

Recomendaciones

152. Establecer planes de actividades y de descanso para personas usuarias que presenten especiales dificultades conductuales.
153. Sistematizar la información sobre las conductas disruptivas para su mejor conocimiento y abordaje (por ejemplo, el registro diario para ver la frecuencia o las condiciones en las que se producen, identificar las condiciones externas a la persona que las originan, analizar causa-efecto).
154. Diseñar y utilizar sistemas adecuados, rigurosos y útiles para cuidar la seguridad del resto de compañeros (por ejemplo, salir con el individuo que se ha alterado a otra sala) y contar con espacios adecuados para esos momentos.
155. Cumplir los protocolos y unificar las actuaciones de todos los profesionales.
156. Disponer de diversos tipos de reforzadores (música, bebidas, picoteos informales, etc.) que estimulen y que hagan más gratos algunos momentos de convivencia.
157. Ofrecer pautas a la familia para mejorar e influir positivamente en la vida de su familiar en el centro.
158. Tener en cuenta la carga psicológica que pueden conllevar estos casos para el personal de atención directa, no ocultando ni negando sus posibles consecuencias. Tratar estos aspectos emocionales en el equipo.
159. Evitar medidas de contención física en la medida de lo posible y siempre que se empleen que sean adecuadamente valoradas y únicamente ante un importante riesgo de autolesión y/o agresiones a otros.
160. Crear ambientes relajantes y cálidos, utilizando un tono de voz cálida y sin estridencias, evitando las prisas y el nerviosismo, utilizando música adecuada.
161. Establecer pautas de conducta coherentes y factibles que sean seguidas por todos los profesionales. Decidirlas, comentarlas y evaluarlas en las reuniones de equipo interdisciplinar.

Hay que evitar

- Entornos que estimulen en exceso (los salones desorganizados y masificados generan aversión por hipersociabilidad).
- Para las personas con movilidad reducida o problemas de conducta, no disponer de espacio suficiente.

RELACIÓN ENTRE PERSONAS TRABAJADORAS

Las relaciones entre los trabajadores van a afectar, queramos o no, el clima y la calidad de la convivencia en el centro. También la calidad de las propuestas y de las intervenciones profesionales. La calidad del trabajo del equipo depende, entre otros factores, de la relación de sus miembros. Por todo ello, y puesto que nuestro trabajo es colaborar en el bienestar de los individuos, cuidar el entorno relacional entre trabajadores es imprescindible, no sólo para nosotros mismos, sino para la calidad asistencial y de vida de las personas usuarias.

OBJETIVOS A LOGRAR Y ACTITUDES QUE LO FAVORECEN

Recomendaciones

162. Abordar los problemas en cuanto se detectan para evitar que se enquisten.
163. Abordar las diferencias de criterio como oportunidad de mejora y debate.
164. Tratar siempre con educación y respeto a los compañeros independientemente de su cargo profesional.
165. Lograr un ambiente de trabajo que facilite la expresión de sentimientos y puntos de vista de todos los profesionales.

IMPLICACIONES INDIVIDUALES PARA CADA PROFESIONAL

Recomendaciones

166. Respetar los diferentes puntos de vista y el trabajo de las demás categorías profesionales.
167. Establecer límites en las relaciones interpersonales sin involucrarnos en exceso en temas que no son de nuestra competencia.
168. Saber reconocer errores cuando se produzcan.
169. Tomar los consejos o sugerencias de los demás con actitud asertiva en pro de la buena marcha del equipo.
170. Aceptar los cambios y adecuarse a ellos por el beneficio de la persona usuaria (por ejemplo en la modificación de horarios, terapias).
171. Mantener una actitud activa dentro del equipo. Aportar ideas, plantear soluciones. Mantener vivo el equipo de trabajo. Ser capaz de aceptar las críticas, vengan de quien vengan y tener buena disposición para el cambio.

Hay que evitar

- Encubrir las malas prácticas, hábitos y costumbres de otros/as compañeros/as.
- Establecer grupos de “buenos” y “malos” profesionales enmarcándose en una u otra clasificación en función de la aceptación de demandas de las personas usuarias.
- Trasladar los problemas personales a la relación y al desempeño de las tareas con compañeros/as.
- Trasladar conflictos laborales (descontento, falta de motivación).

IMPLICACIONES DE CARÁCTER ORGANIZATIVO

Recomendaciones

172. Establecer una adecuada dotación de personal y organización equitativa de las cargas de trabajo atendiendo al grado de sobrecarga o dificultad de las tareas.
173. Respetar los valores y creencias de cada miembro del equipo tratando de escuchar todas sus opiniones sin juzgarlas ni tomárselas como cuestiones personales.
174. Respetar la forma de trabajar de cada profesional siempre que su forma de hacerlo esté entre los márgenes adecuados a nivel ético y profesional.
175. Intentar que una diferencia de opinión no lleve a una discusión.

176. Decir todo lo que uno piensa de una manera asertiva y en el momento adecuado. Guardarse las cosas nos mina personalmente y afecta a nuestra relación con los demás.
177. Unificar la actuación de los profesionales en los aspectos imprescindibles para favorecer la seguridad y el bienestar de los residentes.
178. Participar activamente en las reuniones de equipo.
179. Buscar momentos de respiro, centrándose en otros temas distintos al profesional.
180. Participar activamente en el funcionamiento y organización del centro involucrando a todo el personal.
181. Implicarse en la relación con otros compañeros y personas usuarias.
182. Dialogar en equipo sobre los conflictos que puedan surgir, evitando la mala relación que puede crearse entre los profesionales por falta de entendimiento.
183. Realizar reuniones de equipo frecuentes y con una metodología adecuada en donde se recojan objetivos claros y evaluables a conseguir.
184. Mejorar las habilidades sociales específicas para la mejora del trabajo en equipo en sesiones formales dentro del centro.
185. Intentar que se trabaje siempre sobre hechos concretos para poder encontrar soluciones operativas.
186. Proporcionar formación continuada al personal para la mejora de su cualificación y motivación.

Hay que evitar

- Discutir decisiones/actuaciones de otros miembros del equipo en presencia de las personas usuarias y/o familia.
- Ir “por libre” en el puesto de trabajo sin respetar las relaciones y formas de actuación ante la persona usuaria.
- Considerar que la propia categoría profesional es la que más carga de trabajo tiene y minimizar o desprestigiar el trabajo del resto de compañeros.
- Los sistemas organizativos centrados en la rotación de personal de manera continua, ya que éstos no favorecen el bienestar de la persona mayor.

4. INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y SISTEMAS ORGANIZATIVOS

METODOLOGÍA DE TRABAJO. PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL

ASPECTOS GENERALES

Recomendaciones

187. Unificar criterios de actuación, prioridades, objetivos y metas entre todo el personal de los distintos equipos.
188. Participar de manera activa en la planificación, realización y evaluación de las actividades.
189. Establecer reuniones periódicas de equipo eficaces y satisfactorias para los miembros.
190. Tomar todas las decisiones importantes en equipo.

191. Validar las opiniones de todo el personal.
192. Favorecer que aporten sus conocimientos y reflexiones para mejorar el funcionamiento del centro en beneficio de las personas usuarias y de sus familiares.
193. Intentar adelantarse a las problemáticas adecuando bien los PPA, siempre desde un enfoque integral e interdisciplinar.
194. Crear un buzón de sugerencias para el personal.
195. Ofrecer herramientas eficaces y sencillas en las que el personal pueda recoger las incidencias y observaciones diarias.
196. Realizar sistemas de evaluación para el personal (empleando diferentes métodos de recogida de datos).

RELACIÓN CON LAS FAMILIAS

Recomendaciones

197. Acompañar, orientar y colaborar con las familias.
198. Colaborar en la elección del Auxiliar de referencia en relación a su afinidad con el residente.
199. Contar con el consentimiento de la persona usuaria (y/o de los familiares) en cuanto a la presencia de terceras personas en la relación asistencial (alumnos en prácticas o profesionales en formación).
200. Unificar los criterios del equipo a la hora de dar información para evitar contradicciones o malentendidos.
201. Cuidar la comunicación de los profesionales del centro con los cuidadores familiares, siendo sensibles a las circunstancias que puede atravesar cada familia.

DEFINICIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Recomendaciones

202. Definir las funciones de cada profesional respetando su área de trabajo y nivel de actuación.
203. Priorizar siempre el beneficio del individuo siendo flexibles a los cambios (por ejemplo, buscar una solución en la que intervengan varios profesionales sin que surjan disputas de intromisión profesional o saltarse alguna norma).
204. Desarrollar la figura del Profesional de referencia como una oportunidad para personalizar la atención y la mejora del trabajo en equipo.
205. Lograr una visión global del trabajo a realizar en el centro y establecer prioridades con criterios centrados en la calidad de vida de las personas.
206. Mantener una formación permanente, capacidad de autocrítica y evaluación continua del trabajo realizado en el equipo, de acuerdo a criterios objetivos y como espacio de reflexión.
207. Promover el intercambio de conocimientos, experiencias e ideas entre el personal con el propósito de enriquecerse mutuamente y mejorar la intervención y la calidad de vida de las personas.
208. En los equipos deben regir principios de compañerismo, lealtad y respeto recíproco evitando la competencia desleal.

209. La eventualidad del personal de atención puede dificultar pero no interferir en la labor de equipo.

Hay que evitar

- “Relajarse” de las funciones propias del puesto de trabajo escudándose en el equipo.
- No supervisar tareas, ni los planes de intervención o de cuidados por parte de los profesionales responsables de los mismos.
- No consultar. No derivar si es preciso a otros profesionales o instituciones.
- Ser rígidos en la asunción de competencias y no ser flexibles para asumir áreas y objetivos comunes que implican a todos.

LAS REUNIONES INTERDISCIPLINARES

ASPECTOS BÁSICOS

Recomendaciones

210. Incluir en determinadas reuniones de equipo a personas mayores y/o a sus familiares y facilitar un rol activo en las mismas.
211. Adecuar tiempos de reunión donde puedan participar el máximo posible de profesionales.
212. Crear un espacio real de coordinación y corporación interprofesional.
213. Tomar decisiones en conjunto, teniendo en cuenta las opiniones de todos.
214. Respetar la labor y el enfoque de todos los profesionales.
215. Ser flexible y tener en cuenta que en determinadas ocasiones algunas actuaciones profesionales no puedan llevarse a cabo y deban ser revisadas o desechadas (no frustrarse por ello).

Hay que evitar

- Estar más atento a lo que sucede fuera de la reunión (teléfono, actividad) que a ésta.
- No acudir de forma puntual a las reuniones.
- Imponer pautas o criterios profesionales sin fundamentar el beneficio que conlleva y su adecuación.

ASPECTOS LOGÍSTICOS PREVIOS

Recomendaciones

216. Diseñar reuniones periódicas con la suficiente frecuencia y bien distribuidas en el tiempo.
217. Priorizar adecuadamente los asuntos a tratar.
218. Establecer un calendario de reuniones contando con la opinión de todos los profesionales, conocido por todos y que disponga de fechas alternativas por si fuera necesario realizar cambios.

Hay que evitar

- No distribuir el trabajo para permitir poder acudir a las reuniones.
- Reuniones excesivamente largas, mal planificadas o mal coordinadas.

PARTICIPACIÓN, OBJETIVOS Y ACTITUDES

Recomendaciones

219. Participar en el equipo de una manera activa. Opinando, ofertando propuestas con una actitud positiva y generosa.
220. Formar e informar cada profesional al resto, sobre las áreas para las que está especialmente formado.
221. Escuchar activamente las opiniones de cada profesional.

Hay que evitar

- “Enredarse” en un tema y dejar asuntos importantes sin tratar o hacerlo con prisas (así nunca se tratarán adecuadamente).
- No cumplir un orden establecido de los temas a tratar.
- Fijarnos sólo en los fallos y no en las buenas prácticas del equipo.
- No reforzar las actitudes y aptitudes correctas. No reconocer los logros.
- No permitir expresarse libremente a alguno de los miembros del equipo.

EFICACIA/EFICIENCIA

Recomendaciones

222. Establecer sistemas de transmisión de la información para que ésta llegue a los profesionales que no estuvieron presentes en la reunión. Hacer responsable a una persona para que transmita la información al resto de profesionales.
223. Establecer buenos sistemas de registros donde plasmar por escrito todos los acuerdos que se adopten, para evitar la distorsión en la información.
224. Respetar todas las decisiones tomadas en las reuniones de equipo. Cumplirlas y hacerlas cumplir.

Hay que evitar

- Falta de comunicación y coordinación entre Enfermeras/os y Auxiliares de enfermería en la planificación y seguimiento del Plan de atención.
- No tener en cuenta la opinión de los profesionales de atención directa cuando nos comentan algo sobre una persona.
- Hacer juicios de valor sobre el motivo por el que una persona ingresa en una Residencia.
- La estanqueidad de los departamentos y de los profesionales.
- No registrar, no hacer acta de las reuniones (o que ésta no defina adecuadamente las acciones pendientes sobre *qué, quién, cómo y cuándo* debe ejecutarlas).
- No hacer que esté disponible el acta de la reunión, dificultar su acceso.
- No distribuir tareas y responsabilidades entre todos los miembros “*adecuadamente*”.
- No informar a otras personas implicadas de las decisiones tomadas o hacerlo inadecuadamente.

PROGRAMAS GENERALES DE INTERVENCIÓN

Recomendaciones

225. Tener en cuenta la opinión de todos: residentes, profesionales y familiares (si se considera) a la hora de elaborar los programas (por ejemplo, mediante encuestas, reuniones).
226. Disponer de programas que sean capaces de abarcar todos los momentos (desde el ingreso hasta la baja en el recurso) y todas las dimensiones de la persona. Tener como principio básico que son las actividades las que han de adaptarse a las personas y no al contrario.
227. Intervenir e implicarse para corregir situaciones de maltrato, abuso o abandono de las personas dependientes.
228. Establecer objetivos integrales y realistas en cada uno de los programas de intervención. Adecuarlos a las personas.
229. Determinar qué actividades se van a desarrollar dentro de cada programa y quiénes son los profesionales implicados y responsables.
230. Establecer registros de incidencias en las actividades para en lo posible evitarlas.
231. Intentar aportar ideas innovadoras, actuales, creativas, divertidas y dinámicas para mejorar los programas.
232. Ser flexible en la implementación. Las situaciones y las personas cambian y pueden dejar de ser útiles los programas creados.
233. Tener en cuenta las experiencias acumuladas anteriormente para la elaboración de los futuros programas de intervención (aprender de la experiencia).
234. Tener en cuenta que trabajamos con personas. El objetivo es el bienestar de éstas y no el programa en sí.
235. Diseñar una buena organización de los servicios del centro: podología, peluquería, transporte, comedor, atención en las AVDs...atendiendo a las necesidades e intereses que le van surgiendo a cada persona usuaria del programa.

Hay que evitar

- Generar sensación de fracaso en las personas mayores por establecer objetivos sin tener en cuenta sus capacidades.
- Olvidar que nuestra responsabilidad última es hacia la persona usuaria. No poner los medios y actuaciones necesarios para garantizar el bienestar.
- La inmovilización, el aburrimiento, la monotonía. Crear centros que no ofrezcan “oportunidades de vida” a las personas (programas, actividades).
- Trabajar dentro de los programas sin flexibilidad y con rigidez.
- No ser realista y ajustarse a los espacios, a las personas usuarias, al número de profesionales y a las posibilidades del centro.

LOS PLANES PERSONALIZADOS DE ATENCIÓN (PPA)

Recomendaciones

236. Proponer planes de atención adaptados a las necesidades e intereses de las personas, teniendo en cuenta los recursos humanos y materiales, eligiendo actividades que les sean significativas.

237. Estimular, poner los medios para que las personas desarrollen todas sus capacidades (que coman, participen, se vistan, anden, hablen...).
238. Reforzar sus esfuerzos (tocar suavemente el brazo, hacer una caricia, estar con esa persona un poco más de tiempo, hablarle sonriente...).
239. Ofrecer la posibilidad de hacer algo alternativo ante las conductas desadaptadas. Promover iniciativas creativas que estimulen su actividad y su participación.
240. Desarrollar nuestra imaginación con más diversidad, innovación y variación de actividades. Renovarlas en función de sus nuevas necesidades o intereses.

Hay que evitar

- Las situaciones estresantes.
- Desarrollar programas o actividades que no cuenten con el interés o la participación activa de los residentes y la familia.
- No tener en cuenta a la persona, sus sentimientos, su satisfacción, su calidad de vida por encima de cualquier otra consideración.
- No respetar, en lo posible, sus hábitos y costumbres causando rupturas traumáticas al entrar en la Residencia.

SISTEMAS DE REGISTRO, GESTIÓN Y COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN Y DE LA DOCUMENTACIÓN

Recomendaciones

241. Que toda la información esté recogida en un expediente único, que esté en un lugar bien custodiado y seguro, pero esté accesible y sea conocido por todos. Establecer el Plan de atención personalizado como instrumento para el trabajo del equipo.
242. La recogida y la comunicación de datos deberán estar restringidas a las necesidades de la intervención profesional siempre dentro de los límites compatibles con el secreto profesional.
243. Si existe una intervención simultánea con otros profesionales se debe procurar la información y coordinación necesarias.
244. Contemplar y registrar información relevante sobre la persona: situaciones de riesgo o fragilidad, deterioro de la salud, caídas, déficit en el cuidado personal, desajustes convivenciales, alteraciones del comportamiento.
245. Realizar seguimientos del estado emocional y psicológico de las personas.
246. Llevar a cabo una recogida de información que no dañe, perjudique o haga sentir mal a la persona usuaria.
247. Avisar a los familiares de incidencias producidas, como cambios observados, accidentes, derivaciones al hospital/consultas especializadas, etc.
248. Disponer de suficiente información referida a la persona para poder ofrecerle una propuesta adecuada de PPA (preferencias, roles, hábitos, rutinas, historia ocupacional) y la opinión que tiene de sí mismo y de lo que espera del recurso.
249. Valorar sus necesidades funcionales, psicológicas y sociales por los medios más adecuados (no siempre han de ser las escalas estandarizadas sino que dispondremos de medios –como la observación o nuestra convivencia directa con la persona–) para tener un conocimiento

integral de la misma por parte del equipo, implicando también a personas cercanas y cuidadores principales.

250. No forzar a evaluaciones a las personas usuarias con “baterías tipo”. Tener en cuenta la individualidad y velar siempre por el bienestar de la persona.
251. Implementar y reformular el plan en plazos consensuados por el equipo (semestral o continuo en función de los cambios que pueda experimentar la persona) y, a ser posible, contando con la opinión del interesado.
252. Evaluar los resultados respecto a los objetivos profesionales como a la satisfacción y la calidad de vida de la persona (expresada por ella misma).
253. Hacer uso responsable de la información relativa al individuo y a su familia, siendo respetuosos en la obtención de la misma, justificando su necesidad y solicitando su consentimiento para utilizarla sólo a efectos de una intervención coordinada y efectiva.

5. ENTORNO FÍSICO E INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD

CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO

SEGURIDAD

Es necesario poder posibilitar un entorno a cada persona que proporcione la combinación adecuada de oportunidades (para que pueda optar, elegir y desarrollarse) y de elementos de seguridad suficientes para evitar riesgos innecesarios. Garantizar la total seguridad suele llevar asociada una forma de vida de menor calidad.

Recomendaciones

254. Dotar a los centros de material y ayudas técnicas adecuadas y suficientes para garantizar la seguridad y confort de las personas usuarias y del personal (camas articuladas eléctricas, grúas de sedestación y elevación, camas-bañera, colchones de presión alternante, etc.).
255. Asegurar una señalización e iluminación de emergencias, interruptores de luz iluminados indicando su situación para saber donde están y no ir a oscuras, instalación de detección de incendios.
256. Disponer de un plan de evacuación adecuado al centro y a las personas usuarias.
257. Realizar un mantenimiento preventivo, conservación y reparación de locales y suelos (por ejemplo baldosas levantadas), mobiliario, aparatos e instalaciones.
258. Utilizar un mobiliario con esquinas redondeadas y que el mobiliario, las barandillas y también los enchufes tengan la altura adecuada.
259. Respetar distancias legales entre el mobiliario de la habitación y en el baño para facilitar la máxima independencia del residente.
260. Evitar los obstáculos y el exceso de elementos que no permitan su deambulación y conlleven riesgos de caídas. Mantener el suelo libre de cables eléctricos que puedan ocasionar caídas al intentar pasar por encima.

261. Garantizar las mejores condiciones del piso con suelos antideslizantes y haciendo un uso correcto de los mismos (cuando se derramen líquidos limpiarlos de forma inmediata).

Hay que evitar

- Células de ascensor muy sensibles o puertas que se cierran muy rápidamente.
- Controlar el acceso de personas con grave deterioro cognitivo a elementos peligrosos: cuchillos, tijeras, chinchetas, productos tóxicos, objetos llamativos por su color y forma, etc.
- Mantener alfombras u objetos resbaladizos.
- Tener muebles o mesas con esquinas que puedan generar riesgos innecesarios.
- No controlar el acceso a escaleras.

PERSONALIZACIÓN

Un entorno cálido y personalizado favorece la apropiación del espacio, imprescindible para el bienestar personal. La existencia de objetos significativos y de una decoración adecuada, acorde a sus gustos mantiene la identidad personal, permite esta apropiación y mejora el sentimiento de control de vida. Favorecerlo forma parte de una atención de calidad.

Recomendaciones

262. Decorar los espacios comunes de las personas usuarias en función de sus gustos, de la estación del año, etc. Crear un ambiente adecuado a su edad. Tener muy en cuenta “no infantilizar” la decoración.
263. Utilizar colores cálidos y plantas que den sensación *de vida*, es su casa y no un hospital.
264. Favorecer que decoren sus espacios personales con aquellas cosas que a ellos les gusten o les resulten significativas.
265. Posibilitar la identificación con nombres en puertas a altura y tamaño adecuados.
266. Respetar en lo posible sus criterios para la colocación de sus objetos y mantenerlos a su alcance (ropa en los armarios...).

Hay que evitar

- La profusión de carteles y su inadecuación (falta de interés para ellos, inadecuado tamaño, letra, lugar de colocación, etc).
- Ruidos estridentes (megafonía, teléfono, música permanente o no adecuada,...).
- No permitir o restringir que tenga muebles y objetos personales en su habitación.
- Infantilizar la decoración o tenerla descuidada, anticuada o impersonal.
- No cuidar sus objetos personales y su ropa.

CONFORT (USABILIDAD)

Es necesario ofrecer entornos fáciles de usar, que proporcionen bienestar, sensaciones agradables y comodidad. Para ello promoveremos las óptimas condiciones de confort (térmicas, acústicas, de iluminación, ventilación...) evitando elementos estresores que minimizan este bienestar.

Recomendaciones

267. Disponer en los centros de mobiliario adaptado, confortable y estéticamente agradable.
268. Proporcionar un ambiente bien climatizado y adecuado a la estación del año.
269. Disponer de ascensores que queden a igual altura del centro sin escalones peligrosos; que posean botones grandes con números grandes, que se encuentren adecuados a la altura para personas que necesitan sillas de ruedas y con el ancho necesario para giro de silla de ruedas.
270. Que las personas dispongan de armarios de puertas correderas ligeras con rieles de fácil apertura y accesibilidad interior.
271. Disponer de salidas adecuadas al entorno (rampas, ascensores).
272. Ofrecer espacios confortables y adecuados para la realización de actividades y encuentros diversos.
273. Favorecer unas características acústicas, de iluminación y ventilación adecuadas a las personas, al tipo de espacio y a las diferentes horas del día.
274. Disponer de un entorno adaptado atendiendo a las necesidades de cada persona (mobiliario ergonómico adecuado a las diferentes estaturas).
275. Ofrecer periodos de descanso, poniendo un lugar y un mobiliario adecuado para ello (sala de reposo).
276. Tener en cuenta la afectación sensorial, la accesibilidad de las personas que necesitan sillas de ruedas, el control postural, las relaciones sociales que establezcan entre ellos y las alteraciones conductuales a la hora de disponer el mobiliario en las salas para las actividades.
277. Disponer de baños geriátricos adecuados y adaptados (grifería monomando con regulador de temperatura y mango adaptado).
278. Dotar a las personas de menaje (cubiertos) adaptados a sus características funcionales.
279. Disponer de armarios con cajoneras y alturas de colgar adaptados a las personas que requieren usar sillas de ruedas.
280. Disponer de sillones de altura y firmeza adecuados.

Hay que evitar

- Utilizar ayudas técnicas o productos de apoyo cuando no sean necesarios (por ejemplo sillas de ruedas o pañales).
- No disponer de espacios amplios para poder manejar la silla de ruedas: girar, desplazarse cómodamente y con independencia.

COMUNICACIÓN

El entorno debe ser un facilitador de la comunicación estando adaptado a las características y necesidades de las personas usuarias.

Recomendaciones

281. Mantener las instalaciones en estado óptimo y agradable, (renovando el aire, perfumando, ordenando los enseres de las personas usuarias y el material a utilizar, etc.).
282. Disponer de iluminación variada (luces claras que permitan una buena iluminación y otras más cálidas para zonas de estar –dar una sensación acogedora y de hogar-).
283. Acceso telefónico directo al exterior desde las habitaciones.

284. Utilizar el ambiente y la disposición del mobiliario como facilitador de la comunicación y la relación entre personas.
285. Evitar ruidos excesivos que estresen o impidan una buena comunicación.
286. Colocar timbres y sistema de interfonía en habitaciones, salas y baños.

Hay que evitar

- Centros con una estructura arquitectónica y mobiliario despersonalizados, fríos o no adaptados.
- Realizar reformas y nuevos centros sin criterios profesionales (centros con deficiencias de accesibilidad, confort e idoneidad).
- No facilitar un entorno adecuado para el mantenimiento de sus relaciones familiares o de otro tipo.

ESTIMULACIÓN

Nuestros centros deben ser espacios apetecibles, agradables y estimulantes. Deben ofrecer oportunidades y aunque estén *adaptados* a las características de las personas usuarias no pueden resultar fríos, monótonos ni aburridos. Han de ser espacios contextualizados en su entorno social, cultural y natural, vinculados al mundo y a la actualidad. Han de ser entornos para disfrutar de todos los sentidos.

Recomendaciones

287. Valorar y favorecer la existencia de animales de compañía.
288. Favorecer un entorno adaptado a sus características funcionales y psicológicas (salas con mayor o menor estimulación en base a su deterioro).
289. Favorecer el enriquecimiento y la estimulación sensorial (música, olores, colores, sabores...).
290. Facilitar que la persona pueda cambiar de espacio varias veces al día y si es posible salir al exterior.
291. Controlar el número de personas que permanecen en las salas para evitar la sobrecarga, despersonalización, sobreestimulación, disconfort o la agitación de las personas.
292. Utilizar carteles y símbolos que oriente en su entorno. Utilizar colores en paredes y suelos. Diferenciar las plantas por colores.
293. Usar carteles indicativos en armarios de ropa. Poner fotos o nombres en perchas, cajas, etc.
294. Dotar de todas las medidas necesarias para favorecer el desenvolvimiento de la persona (señales de orientación, paneles pictográficos, relojes con números grandes y calendarios).

ACCESIBILIDAD EXTERNA E INTEGRACIÓN COMUNITARIA

EQUIPAMIENTO Y PARTICIPACIÓN

Recomendaciones

295. Ubicar los centros en zonas céntricas o bien comunicadas, sin exceso de ruido y sin peligros para las personas.
296. Disponer de zonas amplias de jardines espaciosos, con fácil acceso y sin barreras.
297. Asegurar la existencia de transporte público cercano y de fácil acceso al centro.

298. Utilizar transporte adaptado para personas más dependientes o usuarias de sillas de ruedas.
299. Tener prevista, cuando se programen salidas, la existencia de barreras, su dificultad y el modo de salvarlas.
300. Mantenerse actualizados acerca de los avances tecnológicos y en ayudas técnicas que puedan necesitar las personas usuarias para mejorar su vida diaria.
301. Promover actividades y salidas en ambientes normalizados (cafeterías, cines, exposiciones) y fomentar sus capacidades y deseos (por ejemplo, en una cafetería no pedir por ellas).
302. Acompañarles o ayudarles a realizar pequeñas compras, salidas, etc.
303. Favorecer la participación en las actividades que existen en la comunidad.
304. Tener en cuenta sus preferencias en las salidas implicándolas en su preparación y evaluar con ellas las mismas.
305. Promover momentos de convivencia e interacción interpersonal entre vecinos y personas usuarias.
306. Favorecer que las personas usuarias elijan la música que sonará en el centro en distintos momentos de la jornada.

Hay que evitar

- No disponer del personal necesario y transporte adaptado para las salidas.
- Elegir los lugares y las actividades a realizar fuera sin que participen las personas usuarias.

ABRIR EL CENTRO A LA COMUNIDAD

Recomendaciones

307. Ofrecer las instalaciones del centro a los diferentes recursos de la comunidad para hacer actividades variadas. Aprovechar las oportunidades que surjan para compartir/realizar actividades conjuntas.
308. Abrir la Residencia a la comunidad/barrio para que la conozcan.
309. Fomentar las relaciones de las personas usuarias con la comunidad.
310. Favorecer la creación y colaboración de grupos de voluntariado en la comunidad.
311. Hacer actividades conjuntamente con personas de otros grupos de edad, como colegios cercanos.
312. Colaborar con Asociaciones de la comunidad para hacer talleres, debates, actividades sobre temas de interés para las personas usuarias.
313. Animar a la participación de familiares en actividades propuestas en el centro tanto formativas como lúdicas, compartiendo experiencias con las personas usuarias del centro (exposiciones, realizar el Libro de historia de vida, acudir a fiestas señaladas, encuentros con las familias etc.).

Hay que evitar

- Limitar o impedir el acceso a personas del exterior.
- Mantener el centro cerrado a la comunidad.

SALIR A LA COMUNIDAD

Recomendaciones

314. Desarrollar actividades fuera del centro contando con la colaboración de otros organismos, departamentos o entidades.
315. Implicar a los familiares en este tipo de actividades.
316. Disponer siempre de personal y/o apoyos suficientes dependiendo del número y las dificultades que presenten las personas usuarias que participen en dicha actividad.
317. Informar siempre a los familiares de dicha actividad y solicitar su autorización sobre todo en aquellos casos que presenten mayor dependencia y/o deterioro cognitivo.
318. Lograr la coordinación socio-sanitaria en los casos con mayor riesgo o dificultades de atención por parte de sus familias.
319. Optimizar los sistemas de coordinación y colaboración con otros recursos de la comunidad.

Anexo 2

Sugerencias metodológicas para la implementación de las BBPP-clave en Residencias de personas mayores en situación de dependencia

Las BBPP-clave descritas en esta guía han sido concebidas como herramientas-guías que necesariamente deben ser adaptadas y desarrolladas en cada centro. No están pensadas a modo de normas o protocolos donde se especifican una serie de instrucciones para seguir de forma idéntica.

Este método propone elementos básicos que generan reflexión en cuanto al diseño de cada BP-clave, así como las acciones más relevantes que deberían ser tenidas en cuenta, pero reconociendo la trascendencia que tiene el hecho de que la implementación parta de la aceptación de la idea y la necesaria adaptación a la realidad de cada contexto de trabajo.

Ello requiere, en primer lugar, adherencia del equipo al modelo de calidad de la atención que este documento plantea situándola, de un modo inequívoco, en la persona, en su calidad de vida. Es fundamental que los equipos partan de que los derechos y el bienestar de las personas son el eje de la atención frente a criterios de otra índole. Que la búsqueda del equilibrio entre lo ideal y lo posible (limitaciones propias de las organizaciones) nunca transgreda los principios éticos fundamentales. Ello implica compromiso por parte de los equipos en la defensa de derechos de las personas, así como una clara actitud de apertura a la reflexión y al cambio.

Los equipos que deseen empezar a aplicar las BBPP-clave propuesta para la mejora de sus formas de trabajo en relación a la calidad de vida de las personas usuarias, deben generar procesos de revisión, y en muchas ocasiones modificar la organización y las rutinas de trabajo. Y esto no siempre resulta una tarea sencilla. Por ello, y en aras a orientar el proceso de implementación progresiva de estas BBPP en los centros, se recogen a continuación algunas reflexiones y recomendaciones en cuanto a qué elementos y acciones, pueden ayudarnos a llevar una secuencia ordenada y eficiente para acometer este proceso.

Consideramos que en un Plan de mejora de la calidad de la atención en el centro, mediante el método de implementación de BBPP-clave, cabe distinguir dos momentos: el primero, dedicado a realizar un diagnóstico participativo del centro con respecto a las BBPP-clave propuestas, y el segundo, destinado a diseñar la propuesta de acción concreta en nuestro recurso. A continuación se describe, de una forma resumida, esta secuencia.

FASES DE UN PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL CENTRO, MEDIANTE EL MÉTODO DE IMPLEMENTACIÓN DE BBPP-CLAVE

1. El diagnóstico participativo

- 1.1. Sensibilización y reflexión
- 1.2. Identificación del estado de BBPP-clave en el centro
- 1.3. La priorización de las áreas de mejora y las BBPP-clave por las que empezar

2. La propuesta de acción en el centro

- 2.1. La planificación de la puesta en marcha de las BBPP
- 2.2. La implementación y evaluación de las BBPP

1. EL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DEL CENTRO RESPECTO AL MODELO DE CENTRO Y LAS BBPP-CLAVE

La propia dinámica de funcionamiento de los centros, la presión asistencial, nuestra tendencia a actuar de un modo más *reactivo* –solucionando problemas que surgen–, que *pro-activo* –anticipándonos y previniendo–, son entre otros, poderosos factores que pueden dificultar un proceso de reflexión sobre las Buenas Prácticas.

Es necesario dotarnos de un tiempo y espacio específico para este proceso y reconocer este esfuerzo como algo no sólo valioso, sino imprescindible para mejorar la atención en nuestro centro.

1.1. El punto de partida: generando reflexión acerca de nuestras formas de relación, trabajo y organización en relación a cada una de las áreas de mejora

Creemos que el primer objetivo que debemos plantearnos es el de sensibilizar al conjunto del equipo, generando reflexión conjunta acerca de nuestra forma de relación, trabajo y organización en relación con las cinco áreas de mejora propuestas. Para ello proponemos algo sencillo: partiendo de las 27 Buenas Prácticas-clave propuestas, plantearnos algunas preguntas específicas para facilitar que en el equipo podamos cuestionarnos y analizar nuestro día a día.

Dado el carácter innovador de este modelo centrado en la persona y lo alejado que puede estar de “*nuestra lógica profesional*”, para acercarnos al plano en el que queremos situarnos, necesitaremos ponernos en lugar de las personas usuarias. Por ello, proponemos organizar una sesión y reflexionar entorno a un conjunto de preguntas, a partir de dos supuestos:

- a) En el primero, el profesional debe situarse, pensar y responder como si fuera el hijo o hija de una persona usuaria del centro.
- b) En el segundo, como si ella misma fuera la propia persona usuaria.

Una opción puede ser la de que cada miembro del equipo registre un breve cuestionario de forma individual y luego llevar a cabo una puesta en común donde intercambiar respuestas, puntos

de vista y argumentos. A continuación presentamos un ejemplo de las *preguntas-reflexión* propuestas aplicadas en un Centro residencial. Propuestas similares a ésta pueden ser de utilidad en los diversos centros, teniendo claro que el propósito fundamental es generar una actitud favorable a la revisión. Por ello, lo que interesa conocer en cada grupo de preguntas es si el asunto al que se refieren se valora como algo importante para una buena atención a las personas, independientemente de cómo el centro lo aborda en ese momento.

a) Mi madre como usuaria de la Residencia

Algunas preguntas sobre las que reflexionar	En mi opinión, estas cuestiones son importantes para que mi madre esté y se sienta bien
1. ¿Podré ayudar a asear o a dar de comer a mi madre si lo necesita y yo quiero hacerlo? ¿Podré cortarle el pelo o teñirla?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
2. ¿Qué horarios de visita hay? ¿Y puedo venir fuera de ellos? ¿Podré estar con ella en la habitación cuando quiera? ¿Y sacarla del centro?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
3. ¿Puede seguir yendo a jugar a cartas al centro de mayores con sus amigas? ¿Alguien le acompañará a salir del centro para dar un paseo o realizar sus recados?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
4. ¿Me informarán periódicamente sobre el estado de mi madre? ¿Podré entrevistarme con el personal para informarme? ¿Podré decidir aspectos relacionados con sus cuidados físicos o sanitarios?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
5. ¿Tendrá un profesional de referencia que la conozca? ¿Estará el personal cambiando siempre? ¿Cuántas diferentes cuidaras tendrá?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
6. Si viene mi padre a verla ¿podrán estar solos en la habitación sin que les molesten?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
7. ¿Podré traerle algo de comer –cosas que le gustan mucho y que tiene costumbre y le sientan bien–? ¿Podrá tener sus galletas favoritas en la habitación?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
8. Si se pone enferma ¿qué personal tienen para atenderla? ¿La llevarán a urgencias? ¿Me avisarán a mí inmediatamente? ¿Lo harían aunque fuera de noche?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
9. ¿Qué ropa le pondrán a mi madre? ¿Puede elegir cada día que ponerse? ¿La peinarán y maquillarán como a ella le gusta?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
10. Si llega el momento de final de vida... ¿Podré estar con ella, acompañarla y cuidarla aquí si no queda ingresada en el hospital? ¿Qué tipos de cuidados pueden dispensar –de tipo sanitario, psicológico, espiritual, etc.–?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no

b) Yo mismo/a como persona residente del centro

Algunas preguntas sobre las que reflexionar	En mi opinión, estas cuestiones son importantes para que mi madre esté y se sienta bien
1. ¿Me informarán de cuáles son las normas del centro? ¿Y de los servicios y atención que voy a recibir?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
2. ¿Habrá algún Plan de atención para mí? ¿Tendré posibilidad de conocerlo, de cambiar cosas –objetivos, estrategias, etc.–?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
3. ¿Podré hacer lo que deseo? ¿En qué actividades podré participar? ¿Podré dejar de participar si no quiero acudir? Si quiero hacer ciertas cosas... ¿Podré asumir ciertos riesgos –comer cosas que me suben el azúcar, subir las escaleras, pasear por el jardín...?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
4. ¿Quién va a proporcionarme ayuda para el aseo u otra tarea íntima si la necesito? ¿Será siempre la misma persona o no? ¿Cada cuánto tiempo cambiará? ¿Podré elegir que sea hombre o mujer? ¿O pedir un cambio si no me gusta como me trata?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
5. ¿Podré echarme la siesta o estar en mi habitación sola cuando quiera?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
6. ¿Tendré que compartir habitación? ¿Y si no me llevo bien, podré cambiar?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
7. ¿Podré elegir qué comer? ¿Tendré que seguir alguna dieta? ¿Y si no quiero? ¿Podré elegir con quien sentarse en el comedor? Y si quiero comer en mi habitación ¿podré?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
8. No quiero que mi hijo venga verme... ¿permitirán que venga a mi habitación? ¿Puedo evitar que se le informe de mi estado de salud o de cualquier otro asunto mio?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
9. ¿Qué cosas –muebles– puedo traerme (el sillón, la mesita, la cómoda, etc.)? ¿Y mis sábanas, colchas y toallas?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
10. ¿Puedo recibir visitas en mi habitación? ¿Podré estar con yo quiera en mi habitación –sin que nadie nos moleste– y sin tener que dar explicaciones? ¿Hay preparada alguna habitación para recibir visitas sin estar con más personas?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
11. ¿Puedo cerrar la puerta de mi habitación con llave y que no entren sin mi permiso? ¿Y de los armarios?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no



Algunas preguntas sobre las que reflexionar	En mi opinión, estas cuestiones son importantes para que mi madre esté y se sienta bien
12. ¿Podré salir y entrar cuando quiera del centro sin tener que dar explicaciones?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
13. ¿Podré tener nevera y microondas en mi habitación?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
14. ¿Podré invitar a alguna persona a comer aquí conmigo?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no
15. Si me pongo malo ¿Qué médico me va a atender? ¿Podrán llevarme o puedo ir a mi Centro de salud de toda la vida?	<input type="checkbox"/> Sí, son muy importantes <input type="checkbox"/> En ocasiones o sólo algunas de ellas <input type="checkbox"/> Habitualmente no

A partir de los resultados de este ejercicio individualmente cumplimentado se puede debatir en el equipo analizando: en qué cuestiones la respuesta ha sido más unánime entre los miembros, hacia qué sentido ha sido esa unanimidad y qué significado puede tener respecto al área de mejora implicada. También en cuáles hemos discrepado más y por qué.

Es una estrategia de sensibilización que sirve para calibrar la actitud del equipo, y también de cómo se sitúa el centro en referencia a las diferentes áreas de mejora propuestas en relación a los deseos e inquietudes que pueden tener las personas usuarias (ejemplificados en nuestra madre y en nosotros mismos).

1.2. Conocer nuestra situación: Identificando el estado del conjunto de las BBPP-clave en el centro

Una vez que el equipo se siente dispuesto a iniciar un proceso de mejora por medio del desarrollo de BBPP-clave deberemos concretar cómo secuenciar un progresivo trabajo de implementación.

Proponemos repasar –siguiendo las BBPP-clave de la Guía– el estado en cada una en nuestro centro. Identificando y distinguiendo:

- Cuales están ya implantadas y consolidadas.
- Cuales se están realizando pero aún necesitan ser revisadas, mejoradas y consolidadas.
- Cuales deberíamos iniciar.

Para ello proponemos cumplimentar en equipo, es decir de forma consensuada y justificando cada elección, el siguiente cuadro:

	Consolidada en el centro	Desarrollada ocasionalmente (Conviene revisión y generalización)	Necesita ser implementada (No existe en el centro)
1. Ejercicio de derechos			
1.1. El derecho a la información de las personas usuarias			
1.2. Autonomía y toma de decisiones por parte de la persona usuaria			
1.3. Conciliar la seguridad de la persona y el derecho a su autonomía			
1.4. Respeto a la privacidad e intimidad en los cuidados personales y en el aseo			
1.5. Respeto a la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información personal			
1.6. El uso limitado y adecuado de las contenciones físicas			
1.7. El uso limitado y adecuado de las contenciones farmacológicas			
2. Participación			
2.1. Cauces formales de participación en el centro			
2.2. Cooperación persona usuaria, familia y equipo profesional en el Plan de atención			
2.3. Intervención y apoyo a las familias			
3. Bienestar psicoafectivo			
3.1. Apoyo al ingreso y adaptación de la persona usuaria			
3.2. El trato personalizado			
3.3. La Historia de vida / El Álbum de orientación personal / Libro de experiencia			
3.4. Bienestar, confort e identidad. La importancia de la imagen personal			
3.5. Relaciones de pareja afectivo-sexuales			
3.6. Alteraciones de conducta en las personas usuarias			
3.7. Gestión de los conflictos entre las personas usuarias			
3.8. Atención al final de la vida			
4. Intervención profesional y sistemas organizativos			
4.1. El trabajo en equipo interdisciplinar			
4.2. El plan individualizado de atención coparticipado desde los intereses y preferencias de las personas			
4.3. Revisando las intervenciones, pensando en las personas			
4.4. La figura del profesional de referencia			
4.5. Entornos de empoderamiento predecibles para personas gravemente afectadas			
4.6. El enfoque de género en los Centros de atención a personas en situación de dependencia			
5. Entorno físico e integración en la comunidad			
5.1. Diseños <i>amigables</i> que permitan confort y bienestar			
5.2. Personalizar y hacer de la habitación un espacio propio			
5.3. La apertura y coordinación del centro con la comunidad			

Para ello puede ser necesario dedicar varias sesiones y conocer los contenidos de las BBPP-clave. Puede resultar de ayuda la estrategia de que cada miembro del equipo lea y exponga de forma resumida los principales elementos, o que los miembros hayan consultado y leído los resúmenes iniciales de cada BBPP-clave.

A partir de los resultados de este ejercicio cumplimentado de forma grupal, se puede debatir en el equipo y disponer de un diagnóstico del estado de las BBPP en nuestro centro.

1.3. Por dónde empezar: priorizando las áreas de mejora y las BBPP-clave

A la hora de empezar la implementación de las BBPP consideramos conveniente priorizar adecuadamente por cuáles empezar. No sólo debemos tener en cuenta el estado de las BBPP en relación a nuestro centro (realizado en el apartado anterior), sino que también deberemos pensar que la secuencia que sigamos va a ayudarnos a ser más eficaces. Es decir, deberemos contemplar el hecho de que la implementación de unas BBPP puede influir positivamente para la puesta en marcha de otras. Para aprovechar esta *sinergia en el cambio* recomendamos que los equipos comiencen por aquellas BBPP que consideramos *troncales*, es decir, aquellas que conviene abordar las primeras, ya que su implantación facilitará el desarrollo de otras BBPP posteriormente.

Las BBPP-clave que consideramos *troncales* son:

1. Ejercicio de derechos
1.1. El derecho a la información de las personas usuarias
1.2. Autonomía y toma de decisiones por parte de la persona usuaria
2. Participación
2.1. Cauces formales de participación en el centro
3. Bienestar psicoafectivo: emociones, comunicación y convivencia
3.1. El trato personalizado
4. Intervención profesional y sistemas organizativos
4.1. El trabajo en equipo interdisciplinar
4.2. El plan individualizado de atención coparticipado desde los intereses y preferencias de las personas
4.3. Revisando las intervenciones, pensando en las personas
4.4. La figura del profesional de referencia

Una vez desarrolladas estas BBPP *troncales*, puede continuarse por aquellas otras BBPP que cada equipo considere más prioritarias, bien por las características o demanda detectada en las personas usuarias, bien por las características organizativas o la situación actual del centro.

2. LA PROPUESTA DE ACCIÓN EN EL CENTRO

2.1. La planificación de la puesta en marcha de las BBPP

Partiendo del diagnóstico y con la priorización realizada, es el momento de que cada equipo consensúe objetivos realistas. Algunos elementos pueden resultar **facilitadores** de la implementación de las BBPP. Cabe, en este sentido, señalar:

- a)** Disponer de procesos de formación y sensibilización suficientes, tanto para los promotores de BBPP (quienes han de liderar los procesos en los equipos) como para el resto del personal que va a participar. Sería deseable que esta formación se hiciera en los propios centros de trabajo.

Estos procesos formativos y de sensibilización, deben tener un carácter participativo, práctico y experiencial. Han de ser capaces de:

- Dar respuesta a preguntas esenciales, tales como: para qué, por qué y cómo desarrollar las BBPP.
 - Hacer cuestionarse a los profesionales sobre sus hábitos y prácticas habituales.
 - Detectar los estereotipos que sin darnos cuenta también nos influyen o para aclarar ideas erróneas.
 - Dar las respuestas a las tales inquietudes generadas, ofreciendo alternativas de relación, de actuación y de organización profesional.
- b)** Establecer estrategias para **implicar a todo el personal** en este proceso. Para ello consideramos importante:
- Favorecer un ambiente de trabajo agradable.
 - Diseñar procesos participativos que permitan la implicación en todos los momentos del proceso (diagnóstico, priorización, planificación, ejecución y evaluación),
 - de todos los miembros de personal,
 - de las personas usuarias y de sus familiares.
 - Adecuar las BBPP a implementar a las cualidades y características de las personas y promover la elegibilidad de los trabajadores (que se pueda optar por implicarse en aquello que va más con tu forma de trabajar o de relacionarte).
 - Pensar en diferentes responsables de la implementación de cada BBPP en función de la misma y de las características de los miembros del equipo.
 - Disponer de un espacio y de un tiempo semanal específico para abordar las BBPP en los equipos.
 - Ser capaces de identificar y especificar:
 - metas comunes a todos y objetivos específicos para cada miembro del equipo,
 - tareas para todos (las BBPP han de implicar a *todos*).
- c)** Identificar y reforzar las buenas prácticas ya existentes en los centros. Sólo se puede avanzar si valoramos los logros y lo que hacemos bien.

- d)** Utilizar las Guías como instrumentos cercanos, propios y de utilidad. Han nacido de la experiencia propia y de la de otros compañeros. Son herramientas con las que confrontarnos y con las que aprender y poder avanzar.
- e)** Propiciar que estos procesos de implementación sean voluntarios y bajo la decisión consensuada en los equipos.
- f)** Lograr que los procesos de implementación sean flexibles, factibles y sostenibles. Debemos hacer planificaciones y temporalizaciones susceptibles de ser modificadas.
- g)** Disponer de los apoyos adecuados. Las figuras de referencia cercanas como serían los *promotores de BBPP* son esenciales, pero también de los responsables de la Administración y los expertos externos que pueden ser necesarios en los momentos puntuales.
- h)** Lograr la visibilización de los logros e integrarlos en los instrumentos de trabajo existentes en los centros (Plan general de intervención, evaluación anual del centro, etc.).
- i)** Lograr diversidad de formas de reconocimiento y motivación de personas y equipos comprometidos en el desarrollo de las BBPP (como por ejemplo jornadas para compartir experiencias, publicaciones, visitas a otros centros, menciones, premios, etc.).

2.2. La implementación y la evaluación del Plan de mejora

En aras a lograr una adecuada implementación, consideramos importante evitar:

- La imposición de criterios, la obligatoriedad en la participación de los procesos a personal que no quiera o que no crea en lo propuesto.
- La aplicación automatizada de BBPP sin que estén adecuadamente adaptadas a las diversas características de las personas usuarias y a las de cada entorno organizativo.
- La aparición de efectos perversos en los procesos de implementación como que disminuya la calidad en la relación o de asistencia a las personas usuarias o que aumente excesivamente la carga de trabajo a otros compañeros.

En cuanto a la evaluación, aunque deberemos considerar la opinión de todos (los profesionales, los familiares y personas usuarias) será siempre la visión de estas últimas (o sus familias en su defecto) la que prevalecerá como criterio evaluativo del éxito de la BBPP en términos de mejora de su calidad de vida.

Diciembre de 2009
Diseño y maquetación: Lola G. Zapico
Imagen de las tapas: Mercedes Fernández
Imprime: La Cooperativa
D.L.: AS-4.853/09