



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

Consejería de Bienestar Social y Vivienda
del Principáu d'Asturies

I PARTE:

**Bases y reflexiones en torno a las
Buenas Prácticas en Residencias
de personas mayores en
situación de dependencia**

Promueve y edita:

Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies

Autora:

Lourdes Bermejo García

Este año se celebra el treinta aniversario del Estado del Bienestar. En este periodo los avances han sido numerosos e importantes. Afortunadamente el despliegue del sistema educativo garantiza plenamente la educación básica al conjunto de la población. El analfabetismo se ha reducido de forma drástica y los retos del sistema son otros: abordar el incipiente fracaso escolar, garantizar una mayor integración de los nuevos colectivos presentes en nuestra sociedad, aprovechar las oportunidades que nos ofrecen las nuevas tecnologías, reforzar la red pública de escuelas de 0-3 años... Pero en el debate público ya no están asuntos como la existencia de millones de personas sin acceso a una educación pública. Otro tanto ocurre con nuestro sistema sanitario.

El sistema público de bienestar social también ha experimentado importantes avances. En la década de los ochenta se impulsó un proceso de modernización que mejoró y amplió la atención y protección pública, dando respuesta a las importantes carencias y déficits de nuestro modelo.

Este compromiso se ha visto notablemente reforzado en los últimos años. Hemos conseguido el reconocimiento de importantes derechos sociales que han contribuido a reforzar nuestras políticas públicas de bienestar social. En estos últimos años hemos conseguido dar un paso fundamental: que las prestaciones dejen de ser graciables para convertirse en nuevos derechos de ciudadanía. Así ha sido en el caso de la lucha contra la pobreza y la garantía de rentas mínimas, con la Ley del Salario Social; y también en el avance en la promoción de la autonomía personal, con la Ley de la Dependencia.

Para garantizar el pleno disfrute de estos derechos es imprescindible impulsar transformaciones en nuestro sistema. Es necesaria una ambiciosa inversión pública que permita poner en funcionamiento nuevos recursos e infraestructuras sociales, haciendo posible que Asturias disponga de una red pública capaz de dar respuesta a las necesidades de nuestra Comunidad Autónoma en el siglo XXI. En la anterior legislatura hemos hecho realidad un importante esfuerzo que se ha traducido en la puesta en marcha de nuevos centros y equipamientos. En estos momentos estamos desarrollando una programación de inversiones que permita alcanzar el compromiso que hemos adquirido en el acuerdo de gobierno entre la FSA e IU-Bloque por Asturias-Los Verdes: duplicar el número de plazas residenciales y reforzar el sistema asturiano de servicios sociales.

Pero no sólo se trata de crear nuevos recursos, tenemos otro importante y estratégico reto: la garantía de mayores niveles de calidad en el sistema de bienestar social. Y es precisamente en este ámbito en el que se enmarca esta iniciativa que pretende impulsar y fomentar mayores estándares de calidad en la intervención pública que desarrollamos desde la administración pero también en el trabajo que desarrollan otros actores con los que compartimos objetivos y colaboramos en programas.

En este contexto, consideramos necesario identificar y divulgar algunas experiencias de tal forma que se fomente la transferencia de buenas prácticas que nos puedan permitir mejorar la atención que reciben los ciudadanos y ciudadanas.

Para hacer todo esto posible resulta imprescindible el compromiso y el esfuerzo del conjunto de trabajadores y trabajadoras del sistema asturiano de servicios sociales, sin cuya implicación nada de esto sería posible. En este sentido, me gustaría agradecer especialmente el trabajo que han desarrollado los profesionales que han trabajado en la elaboración de este manual.



Noemí Martín González
Consejera de Bienestar Social y
Vivienda del Principado de Asturias

Índice

Presentación general del proyecto	11
Introducción	19
Las Buenas Prácticas en los centros de atención de personas mayores en situación de dependencia	33
Dimensiones para la mejora de la calidad de la atención en los centros de personas mayores en situación de dependencia	43
Aspectos éticos y ejercicio de los derechos	45
Participación	56
Bienestar psicoafectivo: emociones, comunicación y convivencia	66
Intervención profesional y sistemas organizativos	72
Entorno físico e integración en la comunidad	92
Referencias bibliográficas	97
Páginas web de interés	103



Capítulo 1

Presentación general del proyecto

1. OBJETIVOS DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS

¿Para qué una Guía como esta? Para ayudar a los y las profesionales y responsables de los centros de atención a personas en situación de dependencia y/o discapacidad a **emprender acciones que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que son usuarias de los mismos**. Para lograrlo, será necesario revisar y, seguramente, modificar algunos estilos de relación interpersonal, formas de realizar nuestras intervenciones profesionales y sistemas de organización y de gestión de los recursos.

Esta Guía consta de dos partes:

- I PARTE: Bases y reflexiones en torno a las Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia.
- II PARTE: Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia y anexos.

Las **Bases y reflexiones en torno a las Buenas Prácticas** introduce y explica en qué consiste la Guía, su forma de uso y el proceso de elaboración realizado hasta su presentación. Recoge elementos filosóficos-conceptuales de la guía, ahonda en los motivos que dan sentido a las siguientes partes de la Guía. Esta **exposición razonada** resume, de forma sencilla, los avances en las ciencias sociales y del comportamiento y los principios de la intervención profesional del sector. Aporta referentes teóricos que apoyan nuestra forma de pensar y de actuar en los recursos. Busca un abordaje y compartido por todos los que estamos comprometidos con las personas en situación de dependencia y/o con discapacidad, independientemente de nuestra experiencia u origen profesional.

La segunda parte recopila un conjunto de **Buenas Prácticas** (BBPP) para orientar la intervención en las Residencias de personas con discapacidad partiendo de los principios rectores de la atención desde los modelos de calidad de vida. Han sido elaboradas por equipos técnicos de atención del Principado de Asturias del ámbito de las personas con discapacidad. Partiendo de su experiencia y de su reflexión, ha sido necesario un proceso de sistematización y construcción de conocimiento de corte participativo –en el que el trabajo en equipo ha sido esencial–, para su elaboración. Estas propuestas de BBPP se presentan según unas áreas de mejora de las que hablaremos a continuación. Las BBPP que presentamos son de dos tipos: las BBPP consideradas *clave* o centrales para la calidad de la atención en el recurso, y algunos ejemplos llevados a cabo en los centros, redactados de un modo más breve.

Por otra parte, en el apartado de Anexos se encuentran las **Recomendaciones para la buena praxis en la vida cotidiana**. Se trata de un conjunto de propuestas concretas, que ejemplifican actitudes y formas cotidianas de relación y acción de los profesionales de los recursos. Se encuentran organizadas según las áreas de mejora que se desarrollan en este primer libro (Bases y reflexiones). Permiten concretar qué se debe o no hacer si queremos avanzar en la línea propuesta. Estas recomendaciones tratan de ser **un material sencillo pero profundo** para reflexionar acerca de las formas de relación y actuación actuales. Puede tener diversos usos: para la reflexión, para evaluarnos o como material didáctico en acciones formativas. Nos ayuda a recordar cómo debemos actuar para no desviarnos de la meta marcada.

2. DESTINATARIOS Y FORMA DE USO DE LA GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS

Cada parte de esta Guía ha sido diseñada de modo que permita su lectura de modo independiente –y de respuesta a necesidades e intereses complementarios–, sin embargo, la obra adquiere todo su sentido si se utiliza de forma conjunta.

Las BBPP se organizan atendiendo al área de mejora que más potencia (puesto que estas áreas o dimensiones de mejora no son mutuamente excluyentes –se relacionan entre sí con carácter de interdependencia–, normalmente influir en un área repercutirá positivamente, en algún grado, en las demás). Cada BP sigue el siguiente **esquema**:

1. Denominación y justificación de por qué es una BP-clave.
2. Una breve descripción.
3. Los elementos básicos y acciones técnicas que comprende.
4. Dificultades enunciadas y alternativas propuestas.
5. Las mejoras esperadas.
6. Las limitaciones en su aplicabilidad.
7. Ejemplos en su aplicación.
8. Los principales instrumentos de apoyo.

Podemos ejemplificar diversas formas de uso de la presente guía:

1. Si una persona o un equipo de trabajo está interesado en avanzar en un área específica, por ejemplo en el bienestar emocional, podrá leer en cada una de las dos partes de la Guía la parte que corresponde a la misma. En las **Bases y reflexiones** encontrará una reflexión para valorar mejor su importancia respecto a la calidad de vida de las personas. Las **Buenas Prácticas-clave** proponen una serie de acciones para orientar el desarrollo de cada BP para potenciar el bienestar de las personas en su recurso, así como algunos ejemplos desarrollados en algunos centros. En las **Recomendaciones** encontrará propuestas concretas para *aterrizar* en el día a día, lo que podemos hacer y lo que debemos evitar para promocionarlo.
2. Si una persona o un equipo de trabajo quiere profundizar en aspectos teóricos de nuestro trabajo, o necesita organizar sesiones de formación continua o talleres para mejorar el trabajo en equipo interdisciplinar, pueden emplearse de modo separado cada una de las partes.

3. PRESENTACIÓN DEL DISEÑO METODOLÓGICO (¿CÓMO Y QUIÉNES HEMOS HECHO ESTA GUÍA?)

La obra que tienes entre las manos es producto del esfuerzo y la ilusión de muchas personas que han trabajado para reflexionar y definir prácticas de intervención de éxito (ejemplos de BBPP) encaminadas al desarrollo de procesos de mejora de la calidad de vida de las personas para las que trabajan.

La gestión del conocimiento, la sistematización de conocimiento y de experiencias es una excelente oportunidad para que los que estamos implicados día a día con las personas en situación de dependencia, podamos generar y compartir *saber*. Aunque la información puede transferirse, sabemos que **el conocimiento, el saber ha de ser generado**, por cada persona (profesional) en los entornos asistenciales y relacionales, ha de ser construido **por cada equipo de trabajo**.

Esta guía es el resultado de generar procesos de análisis y reflexión participativos centrados en las prácticas en nuestros entornos asistenciales. Hemos empleado una metodología que nos permitiera identificar **las mejores formas de intervención y relación** (bajo criterios objetivos y valorables), así como aquellas que no se acomodan a esta *visión moderna* de los recursos, para modificarlas o sustituirlas por otras mejores.

Son muchas las ventajas de esta metodología participativa centrada en las BBPP. En concreto nos ha permitido:

- Reflexionar de la experiencia y **extraer aprendizajes útiles para el futuro**. Esta forma de proceder rescata el *saber útil* y la **participación** de todos los que estamos involucrados en la vida cotidiana de los centros (–nos *da voz*–) a diferencia de quienes sólo *aplican* conocimientos *producidos por otros*.
- **Repensar, mirar con espíritu crítico los aspectos organizativos** de los recursos, **nuestras formas de trabajo, pero también los aspectos más relacionales del mismo** (la comunicación, los vínculos de afecto y las relaciones humanas en éstos).
- Sistematizar y **generar conocimiento a partir de la experiencia práctica** (el *know hoy*) con el referente puesto en el conocimiento conceptual y teórico. Hemos utilizado tanto el conocimiento **más científico** –que parte de los avances, normas y códigos de las diversas ciencias–, como de aquel que posee un carácter **más filosófico y ético**, no susceptible de demostración científica pero imprescindible para organizar la convivencia y las relaciones humanas.
- **Reilusionarnos**, retomar parte de esa energía y alegría que frecuentemente se va perdiendo con el tiempo. Esforzarse por mejorar también tiene *efectos secundarios*: **nos puede hacer sentir mejor** como personas, como profesionales, como compañeros.

Aunque la experiencia ha resultado muy enriquecedora, todos sabemos que generar este tipo de conocimientos compartidos e interdisciplinares no es en absoluto sencillo. Sólo es posible si se dan una serie de **premisas que deben procurarse durante todo el proceso**. En concreto consideramos imprescindible:

- Creer que es posible y necesario **aprender desde la experiencia**.

- Creer que **todos tenemos capacidad** de participar en la construcción de conocimiento (tenemos que incluir a todos los colectivos profesionales y a los protagonistas; las propias personas usuarias).
- Dedicar tiempo a la construcción *-negociación-* de **unas metas y de un lenguaje común**.
- Pararse a **reflexionar** en la ejecución, en la planificación y en la evaluación de nuestras acciones y relaciones.
- **Sistematizar** saberes (ordenarlos, estructurar o formalizar), la experiencia y **compartir** lo aprendido.
- **Comparar y contrastar** este conocimiento con otros tipos o fuentes de conocimiento, pues todo saber construido puede y debe ser **cuestionado y revisado**.
- Creer que, aunque llevemos muchos años trabajando, **podemos mejorar y seguir aprendiendo**.

Han sido un total de **63** profesionales de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, quienes formaron los **4 Grupos de Producción (GP)** y participaron en los diversos “*Seminarios de Formación para la elaboración de guías de Buenas Prácticas para los centros de atención a personas en situación de dependencia y/o con discapacidad*” han tenido lugar durante los años 2008 y 2009, dentro del Programa de formación específica diseñado al efecto.

Con posterioridad estos profesionales han implicado a sus compañeros en sus centros de trabajo, abordando el tema de las BBPP en sus respectivos equipos interdisciplinares. De este modo en la elaboración de 4 Guías¹ finalmente **han participado un total de 334 profesionales de toda Asturias**².

DISTRIBUCIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LOS GP DE LAS 4 GUÍAS DE BBPP

	GP1 Mayores Cd	GP2 Discapacidad Cd	GP3 Mayores Residencia	GP4 Discapacidad Residencia	Totales
Nº profesionales miembros de GP	15	20	10	18	63
Nº profesionales colaboradores	79	25	120	42	266
Total de profesionales por área	94	45	130	60	329
Nº de profesionales que han participado en las Guías de BBPP³					334

¹ Las cuatro Guías elaboradas son las siguientes: Guía de Buenas Prácticas en Centros de día de personas mayores en situación de dependencia, Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia, Guía de Buenas Prácticas en Centros de apoyo a la integración de personas con discapacidad (CAI) y Guía de Buenas Prácticas en alojamientos de personas con discapacidad.

² Puede consultarse la relación de todas las personas participantes en este proyecto en las páginas 5, 6 y 7 de la II Parte de esta Guía.

El proceso de elaboración ha sido el siguiente (enero 2008 - noviembre 2009):

1ª Aproximación: PRIMERA SESIÓN DE TRABAJO PRESENCIAL. Fase de formación acerca del trabajo y las BBPP (enquadre conceptual y metodológico). **1ª acción formativa (10 horas).**

2ª Aproximación: PRIMER TRABAJO DE CAMPO (validación por parte de los agentes: profesionales y organización). Trabajo con sus equipos en sus entornos profesionales: Análisis de sus *mejores prácticas* y validación participativa de las BBPP ofrecidas por los formadores.

3ª Aproximación: SEGUNDA SESIÓN DE TRABAJO PRESENCIAL. Puesta en común y trabajo a partir de sus aportaciones obtenidas después del trabajo en los equipos de los centros. **2ª acción formativa (10 horas).**

4ª Aproximación. Recepción, estudio del material enviado. Elaboración y redacción de los materiales.

5ª Aproximación: TERCERA SESIÓN DE TRABAJO PRESENCIAL. Puesta en común del trabajo realizado. Aportaciones referidas a la selección de Buenas Prácticas-clave y a los procesos para poner en prácticas las BBPP en los centros de atención a personas en situación de dependencia del Principado de Asturias. **3ª acción formativa (10 horas).**

6ª Aproximación. Revisión y redacción final de los materiales. Validación por los colaboradores. Entrega de las Guías.

7ª Aproximación: CUARTA SESIÓN DE TRABAJO PRESENCIAL. Formación de *Promotores de BBPP*. Diseño de estrategias para el diseño, la implementación y la evaluación de las BBPP en los centros de atención a personas en situación de dependencia del Principado de Asturias. **4ª acción formativa (15 horas).**

³ Indicar que ocho profesionales del área de las personas con discapacidad han participado en las dos guías de su colectivo y que una del área de las personas mayores lo han hecho en las dos del suyo. En el número final de participantes incluimos al equipo redactor y de dirección técnica.



Capítulo 2
Introducción

1. ENVEJECIMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

Actualmente nos encontramos ante la necesidad de dar respuesta a necesidades sociales, no nuevas, pero sí cada vez más visibles. Ello sucede con las **personas que sufren dependencia**. Cada vez más presentes en la sociedad y en las políticas de bienestar social.

En nuestro contexto social, el envejecimiento poblacional es frecuentemente considerado más como desafío que comporta riesgos que como **un gran logro personal y social**. Los cambios en la estructura de edad y el concepto de calidad asistencial afectan a las metas, prioridades y a la asignación de recursos de las administraciones, para dar la respuesta adecuada: garantizar la dignidad y el bienestar de TODAS las personas, sean cuales sean sus circunstancias vitales.

Las personas envejecemos como hemos vivido y llegamos a la vejez marcadas por un importante repertorio de experiencias y acontecimientos vitales. Envejecer no es otra cosa que **cambiar**, acumular *saberes* y vivencias. Envejecer requiere desplegar procesos de **adaptación y desarrollo** (aunque también de pérdida) a nivel personal y social.

Nos encontramos en un momento histórico singular en relación con el envejecimiento. Las personas no sólo deseamos **vivir más años** sino que aspiramos a **llenarlos de vida** haciendo bueno el lema de *dar más años a la vida pero también más vida a los años*, y ello, independientemente de la edad y también del nivel de vulnerabilidad o dependencia⁴.

Es frecuente que la dependencia se vea como un problema estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico, y, en una visión reduccionista, se tiende a considerar la dependencia como un fenómeno que afecta sólo a los mayores.

En esta línea, el paradigma del Envejecimiento Activo (EA) es un reflejo de las **legítimas aspiraciones de las sociedades modernas**. Pretendemos **disociar al máximo el binomio edad-dependencia**⁵ y conseguir que esta etapa de la vida se caracterice por la **calidad de vida**, es decir, por la satisfacción y bienestar personal, por la actividad, por la consecución de proyectos personales nuevos o todavía inacabados y el desarrollo de iniciativas personal y socialmente valiosas.

La dependencia puede también no aparecer, y de hecho en muchos casos no aparece aunque la persona haya alcanzado una edad muy avanzada. Existen una serie de variables de tipo social

⁴ La definición más compartida de dependencia se refiere a ésta como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como “*un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal*” (Consejo de Europa, 1998).

⁵ Es evidente que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad. Ese aumento en las tasas de prevalencia por grupos de edad no se produce a un ritmo constante, sino que existe una edad (alrededor de los 80 años) en que dicho aumento se acelera notablemente. Es el llamado *envejecimiento del envejecimiento*, el grupo de mayores que más dependencia sufre y, por tanto, que más servicios de atención requieren. Sin embargo, la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población, aunque éstas son las que con más intensidad se ven afectadas. La dependencia puede aparecer en cualquier momento de la vida.

y ambiental (además de los genéticos) en las que los individuos difieren entre sí, y que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia. Esto quiere decir que es posible prevenir la dependencia promoviendo hábitos de vida saludables, mejorando la eficacia de los sistemas de atención de la salud y asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas.

Dar vida a los años es ayudar a las personas a mantenerse con la mayor autonomía e independencia posible.

Sabemos que existen dos factores esenciales que influyen en el bienestar de las personas a medida que envejecen:

- Uno es su **capacidad para vivir sin ayuda** (ser independiente), es decir, llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales, tal y como las ha realizado siempre⁶.
- Otro es su **capacidad para decidir y llevar las riendas de su vida** (ser autónomo), tal y como siempre hizo.

Prevenir la dependencia y la heteronomía constituirá la meta primordial de cualquier recurso destinado a los ciudadanos mayores.

Pero sólo podemos acercarnos a esta aspiración si somos capaces de superar la visión más tradicional de la dependencia, aquella que nos llevaba a explicarla (y casi a justificarla) en términos físicos o biológicos. Entendiéndola como una consecuencia natural del paso de los años. Así vista, la dependencia es un fenómeno unidimensional e inevitable, un declive físico esperable en mayor o menor cuantía.

Mirada desde el prisma de las diversas disciplinas, descubrimos que, realmente, **la dependencia es el resultado de un proceso** que se inicia con la aparición de un **déficit en el funcionamiento corporal** (como consecuencia de una enfermedad o accidente). Este déficit comporta una **limitación en la actividad**. Y cuando esta limitación no puede compensarse mediante **la adaptación del entorno**, provoca una restricción en la participación que se concreta en la **necesidad de ayuda** de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Los nuevos avances realizados sobre la dependencia apuntan a considerar la importancia de otros factores además de los físicos, para comprender la génesis de la misma, así como su prevención. Un ejemplo sería las personas con la enfermedad de Alzheimer, en que es posible desarrollar formas de trabajo y relación que maximicen sus oportunidades de comportamiento autónomo.

Así, la dependencia deberá entenderse por su naturaleza compleja, como un **constructo multicausal**, con diversas caras, en el que influyen variables biológicas, psicológicas y sociales,

⁶ Es por ello que, el número y calidad de años que una persona puede vivir sin discapacidades ha llevado al desarrollo de la noción de “expectativa de vida autónoma”, considerado por la OMS como un índice fundamental de la salud y, por extensión, de la calidad de vida de una población (OMS, 1984).

antecedentes que inducen a la dependencia conductual, esto es, a solicitar o aceptar pasiva o activamente la ayuda de los demás.

Siguiendo esta concepción, podríamos indicar diferentes factores que generan dependencia.

FACTORES QUE GENERAN DEPENDENCIA

Factores físicos	Factores psicológicos	Factores contextuales
Fragilidad física	Trastornos mentales	Ambiente físico
Enfermedades crónicas	Rasgos de personalidad	Ambiente social
Utilización de fármacos		- Contingencias ambientales - Expectativas y estereotipos

Deberemos ahondar más en los **factores que la explican** y que están más olvidados en nuestros servicios (los psicológicos y los contextuales). Ser capaces de abordarlos será imprescindible para prevenir el exceso de dependencia y de heteronomía de las personas usuarias de nuestros recursos.

De **los factores psicológicos** destaca la importancia de la valoración y abordaje de algunos *trastornos mentales*. Desgraciadamente algunos contribuyen significativamente a la dependencia, como la depresión en la edad avanzada, que frecuentemente, ni es diagnosticada ni adecuadamente tratada.

Tampoco otros *factores personales*, –entre los que destaca **la personalidad**– son considerados suficientemente. La tendencia a igualar a las personas, atribuyendo a la edad una capacidad aglutinadora y *homogeneizante*, es uno de los principales errores en nuestro entorno social y profesional. Las experiencias de las personas difieren tanto como sus demandas o estilo de aceptación de ayuda de los demás. Prevenir la dependencia será también promover la autonomía moral, la capacidad de decisión de cada persona, respetando su individualidad: sus ideas, valores y derechos y también, su personalidad.

De **los factores contextuales** deberemos considerar tanto el *ambiente físico* como *el social*.

Desde luego, **el ambiente físico**, ha resultado ser, tanto desde la investigación como desde la práctica, un elemento clave para la calidad de vida de las personas. Sin duda, un ambiente físico agradable, personalizado y estimulante, con suficientes adaptaciones y ayudas, que conjuguen independencia con seguridad, contribuye a que las personas puedan optimizar sus niveles de ejecución y de desarrollo personal. Por el contrario, un ambiente pobre, monótono, despersonalizado y sin suficientes ayudas contribuye al incremento de la pasividad, la desmotivación y la dependencia conductual.

El ambiente social también ocupa un lugar importantísimo en la promoción o prevención de la dependencia y la heteronomía. Por una parte **la forma de interacción en los contextos coti-**

dianos con las personas mayores que padecen dependencia influye en la promoción o no de sus capacidades. Sin darnos prácticamente cuenta, las conductas dependientes son, frecuentemente, reforzadas por el entorno social inmediato. Es por ello necesario, enseñar a las personas que interaccionan con los mayores a responder positivamente ante conductas de autonomía e independencia y, a su vez, a no reforzar las conductas dependientes.

Por otra, cabe señalar la influencia de las **expectativas acerca de las personas mayores** como elemento también generador de dependencia. La influencia de estereotipos negativos hacia los mayores tiende a producir en las personas ese comportamiento que sabe que esperan de ella. Son profecías que se *autocumplen* y, de esta forma, las personas mayores se convierten en víctimas de estas ideas preconcebidas, que determinan cómo deben o no actuar. Las actitudes de los trabajadores hacia los mayores resultan ser un buen predictor de las conductas paternalistas y de sobreprotección que producen.

Es evidente que la dependencia, además de los **costes** económicos (tal vez los más evidentes), produce otros de orden personal y social. El *coste personal* de la dependencia es incalculable y muy variable según la capacidad de afrontamiento del individuo, su presentación –en toda persona que ha sido independiente y autónoma– choca frontalmente con el concepto propio de uno mismo. Y su impacto siempre se deja notar. No podemos tampoco olvidar el *coste social* en cuanto al esfuerzo de todo tipo (personal, laboral, económico, etc.) realizado por cuidadores familiares. Es por ello que hablar de dependencia requiere ser capaces de ir más allá de lo aparente.

Consideramos que los servicios de atención a las personas en situación de dependencia, deben partir y aprovechar las capacidades de cada persona, buscando dar un enfoque sistémico y global a su situación de dependencia y/o heteronomía.

Mejorar la calidad de nuestros centros requiere **profundos cambios en la forma de relacionarnos y de trabajar con las personas en situación de dependencia**. Lograrlo requiere que los trabajadores del sector, además de tener un alto grado de cualificación, despleguemos una serie de **cualidades y características personales** en la práctica profesional, tales como paciencia, flexibilidad, sensibilidad, amabilidad, creatividad y, por encima de todo, interés y respeto por las personas.

Para poder acercarnos mejor al concepto de calidad de vida en la vejez, disponemos en gerontología de un potente paradigma, el del **Envejecimiento Activo** que aporta importantes criterios y matices que debemos interiorizar y poner en práctica⁷.

En el trabajo cotidiano, deberemos cuestionarnos siempre, en qué medida cada objetivo, actividad o programa que proponemos **va a ayudar a cada persona a alcanzar sus logros personales (su proyecto de vida)**. Ello quiere decir que buscamos mejorar sus **condiciones de salud** (previniendo la dependencia y promoviendo la independencia), pero también generar **nuevas oportu-**

⁷ De poco serviría estimular y mantener capacidades personales (para realizar sin ayuda las actividades de la vida diaria, mantener su salud o activar capacidades mentales) si la persona no tiene deseos que cumplir, oportunidades que aprovechar, motivos para vivir.

tidades de participación y de ejercicio de los derechos⁸ (previniendo la heteronomía y favoreciendo la autonomía) de las personas mayores.

Este paradigma nos recuerda que no debemos **prevenir la dependencia sin**, paralelamente, **promocionar la autonomía y la autodeterminación de la persona**. Sólo logrando vivencias positivas de uno mismo puede lograrse mayores cotas de bienestar subjetivo⁹, **la anhelada calidad de vida**.

Es por ello que, nuestras intervenciones profesionales han de estar orientadas a ayudar a las personas a continuar o a adaptar *su proyecto vital* en el *aquí y ahora* de su vida. Favoreciendo que puedan realizar sueños y deseos, sentirte útiles, satisfechos y aceptados. Desde esta vivencia positiva de competencia y de control de la propia vida, la persona dará sentido al esfuerzo que le requiere el mantenimiento de sus capacidades.

Es imprescindible que **los recursos de atención a personas mayores en situación de dependencia favorezcan la participación activa de la PERSONA al máximo nivel posible** (no solo aportándoles información o consultándoles, sino promoviendo la codecisión y la cogestión de dichos servicios y la autogestión de los aspectos más personales). Y teniendo en cuenta las dificultades, limitaciones o discapacidades que estas personas pueden sufrir, nos deberemos cuestionar constantemente si las formas de organización y de intervención propuestos proporcionan los *escenarios y las relaciones idóneas* para que ésta pueda darse.

Todos los que trabajamos con personas mayores sabemos de la importancia que ha tenido el disponer de un modelo, de un referente teórico como el Envejecimiento Activo. **¿Cuáles son esas ideas claves que lo convierten en un auténtica revolución cultural y profesional”?**

El envejecimiento activo¹⁰

- Habla de un **nuevo modelo de sociedad**, en el que las personas puedan envejecer siendo protagonistas de su vida. Una sociedad que garantice recursos y centros para su apoyo y/o cuidado, estos ciudadanos puedan continuar informados, tomando decisiones y les sean reconocidos todos **sus derechos**.
- **Es para todas las personas**, según sus capacidades y deseos, independientemente de su nivel de dependencia o heteronomía,
- Promueve **una actitud y un quehacer pro-activo** en estas personas, evitando que sean, en lo posible, meras receptoras de productos, servicios y/o cuidados.

⁸ Hablar de derechos es referirse a todo lo que necesitamos para vivir dignamente, es decir, todo lo que las personas y colectivos requieren para desarrollarse plenamente. Hablar de derechos es más que hablar de necesidades, pues cuando una sociedad se otorga unos derechos no sólo reconoce que sus ciudadanos tienen la posibilidad de hacerlos valer, sino que ha de articular estrategias, oportunidades factibles para que se hagan realidad.

⁹ Numerosas evidencias no dejan lugar a duda acerca del imprescindible papel que tiene el control percibido (y los diferentes constructos que ayudan a explicarlo como son la percepción de control, la atribución de causalidad, la autoeficacia, el dominio o el sentido de coherencia) en la vivencia del bienestar subjetivo de las personas a medida que envejecen.

¹⁰ Extraído de Bermejo y Miguel (2008).

- **Es poder participar y decidir** en todo lo que le es propio al individuo y afecta a su vida (y no sólo lo circunscrito a su ocio o a los servicios *dispuestos para ellos*, sino a cualquier esfera relativa a su comunidad).
- **Toma cuerpo de modo diferente** en cada persona, atendiendo a los valores y significados íntimos (se puede ser “activo” de muy diferentes maneras).
- Requiere un **enfoque integral de las personas y de su proceso de envejecimiento**. Conllevará una revisión de todos los ámbitos: sociales, sanitarios, económicos, psicológicos, educativos, culturales, jurídicos, etc.
- Y por último, desafía la perspectiva tradicional de que el aprendizaje es sólo cuestión de niños y jóvenes o que el trabajo es cuestión de adultos. Promueve el **desarrollo de la persona hasta el final de sus días y potencia situaciones de aprendizaje a lo largo de toda la vida**.

2. LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PARA LAS PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Para que los recursos de atención estén acordes con esta visión actual del envejecimiento, debemos ahondar más en el concepto calidad de vida y en nuestras formas de organizar e intervenir en los recursos poniendo a la persona en el centro de toda planificación profesional.

2.1. Servicios centrados en la calidad de vida de las personas usuarias

El concepto **Calidad de Vida** es, probablemente, el que más nos aporta para recuperar aspectos de la persona que habitualmente en nuestros recursos son minimizados o directamente olvidados. Éstos constituirán las áreas de mejora de nuestras BBPP.

Pero, ¿qué es **calidad de vida**?

La calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

Organización Mundial de la Salud

En un intento muy valioso por profundizar en las **dimensiones** de calidad de vida, Schalock y Verdugo (2003) proponen las siguientes:

1. **Bienestar emocional.** Tiene en cuenta los sentimientos de:
 - Satisfacción (a nivel personal y en relación a su situación vital).
 - Autoconcepto (sentimientos de seguridad-inseguridad y capacidad-incapacidad).

- Ausencia de estrés (contiene aspectos relacionados con la motivación, el humor, el comportamiento, el aburrimiento, la ansiedad o la depresión).

2. **Relaciones personales.** Se centran en la interacción y en el mantenimiento de relaciones interpersonales. Se valora si la persona:

- Mantiene una buena relación con los otros residentes del recurso y realiza actividades que le gustan con éstas personas.
- Tiene amigos claramente identificados, estables.
- Mantiene una buena relación con su familia (si es valorado, correspondido por ella).
- Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para ella.
- Mantiene contactos sociales positivos y gratificantes.
- Valora positivamente sus relaciones de amistad.

3. **Bienestar material.** Contempla aspectos relacionados con:

- Economía, ahorros y disposición de aspectos dinerarios y materiales suficientes.
- Lugar de vida confortable, saludable, etc. que le genere satisfacción.
- Ocupaciones valiosas, significativas, además de terapéuticas.

4. **Desarrollo personal.** Definido por sus capacidades, habilidades y competencias y la utilidad que les proporciona, si:

- Puede relacionarse, comunicarse, decidir. Participa en la elaboración de aspectos esenciales y cotidianos de su vida (como su Plan personalizado de atención –PPA–).
- El servicio que recibe le ofrece oportunidades de mejora de competencias, de aprendizaje, de disfrute, etc.
- Se adapta a las situaciones o dificultades que se le presentan.
- Maneja tecnologías para la comunicación, la adquisición de información y de conocimiento (teléfono móvil, internet, etc.).

5. **Bienestar físico.** Contempla elementos referentes a:

- Atención Sanitaria, tener fácil acceso a estos recursos (atención preventiva y especializada: adaptada a sus características y necesidades).
- Prevenir dependencia y promover independencia funcional.
- Evitar que los problemas de salud le produzcan dolor o malestar.
- Que la medicación que tome no le dificulte la realización de ciertas actividades (si le permite llevar una actividad normal y digna y no limite su libertad).
- Desarrollar actividades de la vida diaria –AVD–, con la máxima independencia que le sea posible.
- Tener acceso a ayudas técnicas o de órtesis si las necesita.

6. **Autodeterminación.** Partir de su propia idea de calidad de vida, de su proyecto vital y conocer si tiene posibilidad de elegir de entre diversas opciones. Se valora si puede:

- Definir o mantener metas y valores propios (si puede defender sus ideas y opiniones, si le preguntan por sus preferencias y se da valor a sus metas, objetivos e intereses personales).

- Tomar decisiones concretas o si otras personas deciden por él sobre su vida personal y sus relaciones o sobre sus bienes: si elige con quiere estar o sentarse, cómo pasar su tiempo libre, cómo ser ayudado o cuidado, etc.

7. Inclusión social. Contempla los aspectos de:

- Integración (si es valorado o rechazado por los demás, si sólo se relaciona con otros residentes o con el personal). Si utiliza entornos *normalizados* (cafeterías, iglesias, centros sociales, tiendas, cines...).
- Participación (si se fomenta su participación, si existen estructuras de participación adecuadas a sus características e intereses).
- Accesibilidad (si existen barreras –de cualquier tipo– que dificultan su participación e integración social).
- Apoyos *valorados* (si su familia y el personal le da el apoyo que desea, si cuenta con los suficientes que necesita para salir y participar en la vida de su comunidad).

8. Defensa de sus derechos. Relacionado con la defensa de los mismos cuando no son respetados:

- Intimidad (si en el servicio se respeta su intimidad, si su familia la respeta).
- Respeto (si en su entorno es tratado con respeto y de forma personalizada, si respetan sus objetos y posesiones).
- Conocimiento y ejercicio de derechos (si los conoce, los ejerce y disfruta (voto, información y decisión sobre su salud, aspectos legales o patrimoniales, libertad de culto, etc.).

2.2. Servicios centrados en la persona

Desde la intervención, y manteniendo una cierta capacidad de juicio crítico sobre nuestra forma de trabajar, cabe plantearse una interesante cuestión:

¿Estamos actuando desde una intervención centrada en la persona o más bien la intervención está *centrada en el sistema*?¹¹.

La intervención *centrada en el sistema* es más tecnocrática, está orientada en el diseño de instrumentos de intervención mientras que la *centrada en la persona* nos permite trabajar espacios de decisión, control y protagonismo de su vida.

Poner el foco en una parte del sistema o en otra **va a tener diferentes efectos**, veamos:

PLANIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN CON PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

La planificación *desde el sistema* está:

Centrado en los déficits y debilidades
Controlado por profesionales
Concentrado en desarrollar planes, terapias y programas
Basado en estereotipos sobre las personas mayores

La planificación *desde la persona* está:

Centrada en capacidades y deseos
Controlada por la persona y/o por quienes ella elige
Planeada para un futuro, posible y deseable (<i>proyecto vital propio</i>)
Basada en dimensiones de calidad de vida y en sus dimensiones de capacidad personal

No es infrecuente conocer organizaciones en las que todo el esfuerzo se concentra en desarrollar sistemas de gestión de calidad. Si no se implementan medidas que permitan dar a las personas residentes mayor protagonismo en los recursos, sólo se estará garantizando la calidad de los procesos de la asistencia, pero **no la calidad de vida de las personas**.

La planificación centrada en la persona nos permite trabajar **procesos de planificación** puesto que:

- Se dirige a todas las dimensiones de la vida de una persona (salud, relaciones y emociones, capacidades, valores, implicación en la comunidad, etc.).
- Es un conjunto de estrategias para la planificación basadas en valores y que se centran en las elecciones, la opinión, las capacidades y el círculo de apoyo y relaciones de la persona.
- Este enfoque aprecia a la persona y respeta su experiencia y conocimiento y el de sus allegados.
- Permite descubrir quién es la persona y nos permite identificar visiones de futuro positivas y posibles basadas en cómo quiere vivir, aquí y ahora.
- Permite desarrollar un plan de acción individualizado y permanentemente actualizado que persiga alcanzar la visión de futuro deseado (el PPA).

Principios básicos para una intervención *centrada en la persona*

- Cada persona tendrá la autoridad para definir y perseguir su propia visión, su propio proyecto de vida.
- La autodeterminación es una meta deseable y por lo tanto un valor que potenciar.

¹¹ Aportaciones de Carlos Pereyro, técnico de FEAPS.

- Se toman en cuenta los valores, las relaciones interpersonales, las emociones de la persona y su participación.
- Todas las redes y sistemas de apoyo deben colaborar apoyando la visión de la persona.
- Las familias pueden conocer y/o participar en todo el proceso de toma de decisiones como miembros valorados y capacitados, siempre que la persona mayor así lo desee o necesite (en caso de no disponer de capacidad para hacerlo).
- Se apoya y valora a las familias y a otros allegados (quienes deben también tener acceso a apoyos cuando los necesiten).
- Se debe asegurar el bienestar integral y la seguridad de las personas.

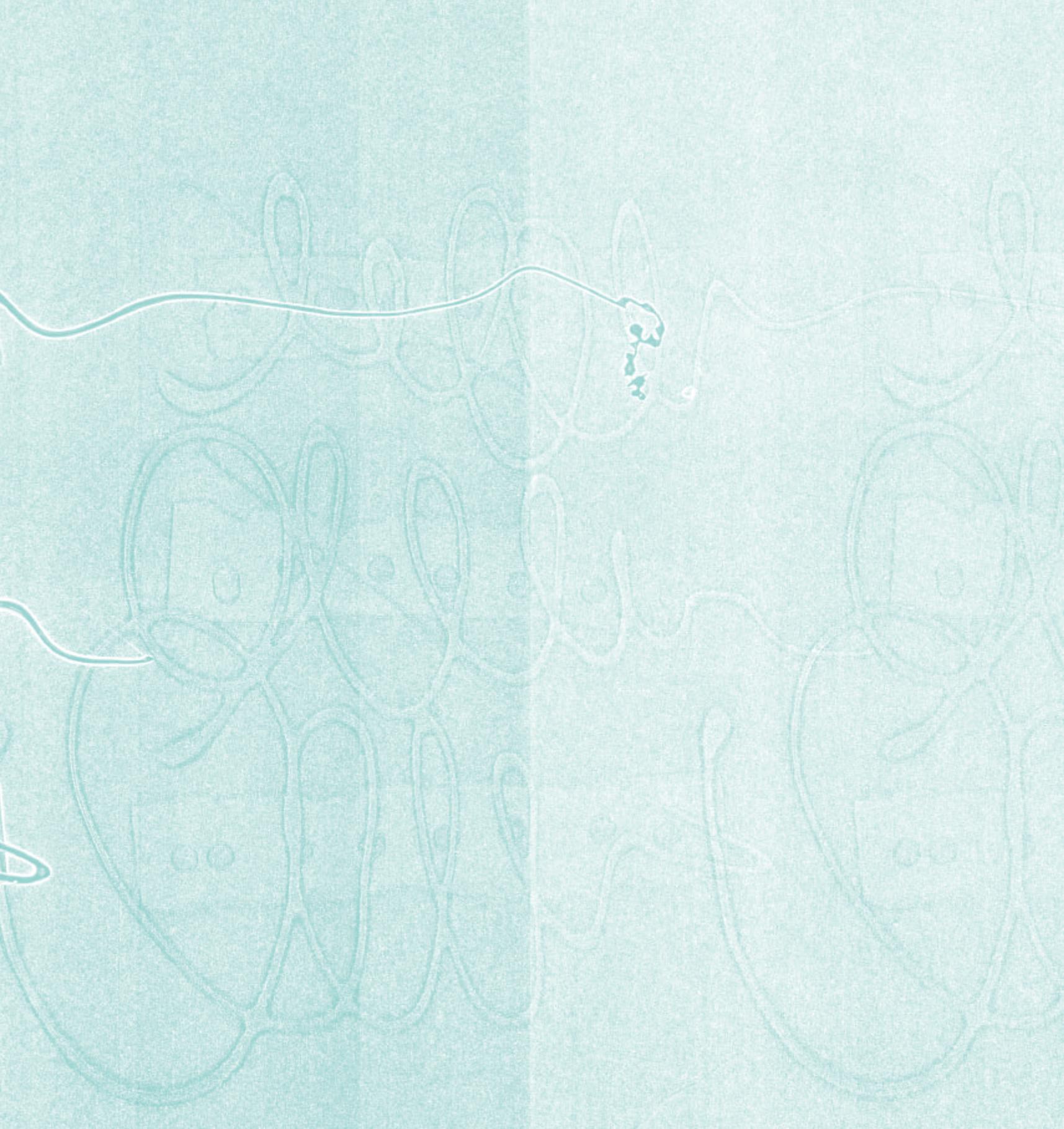
Para trabajar desde la **perspectiva de la persona** debemos identificar adecuadamente:

- Sus intereses y preferencias.
- Las áreas y necesidades de apoyo (funciones específicas de apoyo dirigidas a necesidades identificadas).
- Los contextos de participación que necesita y desea.
- Las actividades que desea y requiere.
- Las capacidades y posibilidades de apoyo de que dispone.
- Las personas responsables de darles apoyo.
- Los objetivos y resultados personales (motivación y satisfacción personal).
- Un plan personal para diseñar la provisión de apoyos y evaluar sus resultados (PPA).

Como bien puede uno imaginarse, la enorme heterogeneidad de las personas (en base a sus dos dimensiones básicas de capacidad: la Autonomía Moral y la independencia funcional) van a dar particularidades y van a exigir una adaptación de todos los principios expuestos hasta ahora. Pero siendo conscientes de que dificultad, e incluso, la imposibilidad de poder llevarlo a término en todas las personas en situación de dependencia y/o heteronomía, ello no reduce ni minimiza el valor de este modelo, y la nueva visión que significa en las relaciones y formas de trabajo con estas personas.

EN RESUMEN

- Los servicios de atención a las personas en situación de dependencia se crearon para dar respuesta a las necesidades de las mismas. Es decir, **estamos al servicio de las personas**, y no al contrario. La **calidad asistencial** sólo puede serlo realmente, si está orientada hacia la **calidad de vida de las personas usuarias**.
- **Todas las personas compartimos necesidades, somos muy similares** (ellos y nosotros). Tanto en lo que respecta a las necesidades de carácter más básico (de salud, de bienestar físico, de higiene, a veces, de cuidados...), como a aquellas más complejas: de reconocimiento, de desarrollo personal, de mantenimiento de la identidad personal y autoestima, de afecto, de saberse valioso, querido e importante para *alguien*, reconocido y aceptado con nuestras limitaciones y posibilidades actuales.
- En los servicios de atención a las personas en situación de dependencia pretendemos ser capaces de *abordarlas* y **de ayudarle a satisfacer todas ellas**.
- Cada persona tiene derecho a expresar **su idea de calidad de vida**, y también a definir, y a que sean tenidos en cuenta –dentro de los márgenes lógicos e imprescindibles de toda organización–, los aspectos que le resultan más significativos para alcanzarla.
- Pero, **sólo podemos lograrlo JUNTOS**: *Nos necesitamos* todos (profesionales diferentes, disciplinas complementarias, visiones contrarias, estilos diversos) **y debemos trabajar JUNTOS, en equipo**. Todos debemos aportar *nuestra parte* para lograrlo, pero buscamos una meta diferente (la calidad de vida), más compleja y apasionante que la mera suma de *las nuestras*.
- Todo ello nos llevaría a compartir la **meta** de que **buscamos recursos centrados en la calidad de vida de las personas usuarias**, no en el propio sistema organizativo que los sustenta (no equivoquemos *los fines* con *los medios*).



Capítulo 3

Las Buenas Prácticas en los Centros de atención de personas mayores en situación de dependencia

1. LAS BUENAS PRÁCTICAS, UNA OPORTUNIDAD PARA LA MEJORA

Aún pudiendo compartir algunas características y necesidades, los dos grandes colectivos que conforman el universo de personas en situación de dependencia –las **personas con discapacidad** y las **personas mayores**– han tenido un desarrollo en paralelo, con escasos puntos de encuentro. Y ello a pesar de que una mayor interrelación entre estos colectivos, hubiera podido favorecer su desarrollo teórico y unas prácticas y políticas basadas en los avances de ambas.

En la actualidad, disponemos de nuevas perspectivas normativas y abordajes teóricos para ambas realidades. Referentes teóricos y de abordaje, paradigmas que explican, y sobre todo, que permiten acercarnos a su realidad desde una mejor posición para hacer extensible el estado del bienestar a estas personas. Personas que, por su estado de diversidad funcional, envejecimiento y/o condiciones de salud, a menudo se las ha excluido de lo que, “desafortunadamente”, hemos venido a llamar *normalidad*.

La definición de marcos teóricos de la dependencia nos lleva a recapitular el **conjunto de conocimientos** de diversos orígenes (teorías, investigaciones o reflexiones acerca de la práctica) más adecuados para diseñar, valorar y orientar las **acciones** (en especial las políticas públicas) destinadas a proporcionar los servicios para las personas en situación de dependencia.

Desde nuestra perspectiva, la **práctica** profesional se ha de enmarcar en unos parámetros **teóricos** (conocimientos definidos por autores e investigadores), pero también en los parámetros derivados de la **investigación** (de los conocimientos construidos a partir de estudios que desarrollan una visión dinámica del ámbito de las personas en situación de dependencia) y a partir de las **políticas** (autonómicas, estatales e internacionales) que condicionan el desarrollo de dichas prácticas.

Es crucial que **el marco teórico y el de la investigación influyan en la práctica profesional**, pues es el único modo de avanzar en nuestras intervenciones y políticas. Las **Buenas Prácticas son un buen ejemplo de ello**.

Las BBPP permiten definir un punto de referencia para la intervención. Una propuesta de BP es una pauta que aporta oportunidades de mejora. No sirve para justificar cualquier tipo de intervención, sino para mejorar intervenciones profesionales y relaciones –haciéndolas más *humanas*– y que permitan generar procesos de *empoderamiento* en las personas en situación de dependencia. Nos permiten, desde sus capacidades mantenidas, aumentar y mejorar las oportunidades para poder desarrollarlas, para **vivir mejor**, en el *aquí* y el *ahora* de estas personas.

Las BBPP implican *repensar* el **ámbito organizativo** (ratios, recursos, temporalización, formas de trabajo) y el **relacional** (en el que unas actitudes adecuadas son imprescindibles si deseamos que lo que se escribe como BP, no lo sea sólo sobre el papel).

Las BBPP facilitan el afrontamiento de un cambio de paradigma en la intervención con personas en situación de dependencia.

El abordaje profesional de las BBPP debe estar fundamentado en el hecho imprescindible de situar a la persona en el centro de la toma de decisiones. Es de gran importancia fomentar prác-

ticas que permitan a la persona, siempre desde sus capacidades, ser protagonista de sus propias decisiones y acciones cotidianas **huyendo de la sustitución sistemática por parte de profesionales y/o familiares.**

2. DEFINICIÓN Y ÁMBITOS PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS

La “buena práctica” es un conjunto de acciones que **introduce mejoras en las relaciones, los procesos y actividades**; orientadas a **producir resultados positivos sobre la calidad de vida** (satisfacción y el bienestar personal y emocional) de las personas en situación de dependencia y/o con discapacidad.

Las BBPP se pueden dar en dos ámbitos específicos el organizativo y el relacional

El Ámbito organizativo. Cuidando:

- El reconocimiento y el ejercicio cotidiano de los derechos de las personas usuarias, su capacidad para optimizar sus oportunidades de participación (*innovación participativa*).
- La calidad de los procesos, relaciones, apoyos y cuidados proporcionados.
- Su capacidad de potenciación de las dimensiones básicas de capacidad (Autonomía moral e Independencia funcional), de las personas y su *empoderamiento*.
- La continuidad y coherencia desde una perspectiva de temporalidad (continuo asistencial, continuidad de proceso).
- El carácter integral e integrador al abarcar e integrar cada una de las áreas, tiempos y espacios gracias al trabajo en equipo interdisciplinar.

El Ámbito relacional. Contemplando las relaciones entre:

- **Persona usuaria (o su familia) y el profesional.** A partir de los derechos y deberes de la persona (que definirá aspectos relacionales como la forma de dirigirnos a ellos, la confidencialidad, la intimidad o el respeto en el trato). Se trata de lograr una perspectiva más humana de la interacción profesionales/personas usuarias.
- **Personas usuarias** pues buscamos que nuestros centros sean *lugares de vida* donde existan espacios para la comunicación, las relaciones y las emociones. Entornos diversos que permitan estar solo/a, en pareja o convivir en pequeños o grandes grupos.
- **Persona usuaria y sus familiares y allegados**, quienes tendrán facilidades para el mantenimiento de sus relaciones previas.
- **Persona usuaria y su comunidad**, ofreciendo oportunidades de participar en su comunidad y de que sean aceptadas e integradas como miembro de la misma.

3. ÁREAS DE MEJORA PARA LAS BUENAS PRÁCTICAS

Las BBPP, dentro de una organización sistematizada y profesional, constituyen un valioso instrumento de trabajo interdisciplinar, necesario para que la intervención cotidiana sea coherente, continua y constante.

Los sistemas de organización deben responder a una secuencia de fases y procesos que se dan en un centro, desde el momento del pre-ingreso y durante el desarrollo de todas las intervenciones de ámbito asistencial, relacional o comunitario.

Para operativizar las BBPP que exponemos, hemos definido **cinco áreas de mejora** partiendo de las dimensiones de calidad de vida de las personas de Shalock –ya mencionadas–, buscando acercarlas a la realidad cotidiana de los recursos. Pensamos que si cada equipo conociera cómo es cada área en su centro, podríamos posteriormente, definir BBPP relacionadas con los aspectos mejorables en cada una de ellas. Estas cinco áreas de mejora relacionan las formas de organización, de intervención y de relación interpersonal con las personas usuarias en los centros. Veámoslas brevemente:

3.1. Aspectos éticos y ejercicio de derechos de las personas usuarias

En este apartado se tratan aspectos imprescindibles como es analizar las características de las personas que padecen dependencia (sufrimiento y vulnerabilidad) así como las características de las relaciones que establecemos con ellas. Por otra parte toda relación con estas personas *activa* valores, Principios éticos, de derechos y deberes que todo profesional debe conocer y hacer suyos. Los derechos de las personas usuarias (independientemente de su grado de dependencia o heteronomía) son un aspecto esencial para el avance en la calidad asistencial.

3.2. Participación

La participación es un aspecto esencial que potenciar para la mejora de la calidad de las personas en los recursos asistenciales. También es el medio para que la persona pueda entrenar y mantener sus habilidades y competencias personales. Es por ello que hablaremos de la participación, pero desde una *participación efectiva*, es decir, entendida como *participación significativa*, que genera espacios de implicación, que da oportunidades para la toma de decisiones y que fomenta el responsabilizarse de las tareas, decisiones o compromisos adquiridos.

Debemos *repensar* la implicación de **las personas usuarias** –en la toma de decisiones referentes a su proyecto vital y a la vida de la Residencia– y **la de sus familiares** –buscando su implicación en diversas iniciativas pero evitando el peligro de que la familia suplante a la persona cuando ésta puede tomar opciones en su vida–.

3.3. Bienestar psicoafectivo: emociones, comunicación y convivencia

No podemos hablar de calidad de vida sin referirnos al bienestar psicoafectivo de las personas, entendiendo por éste como un amplio conjunto de dimensiones interrelacionadas: su vivencia y expresión de emociones positivas, el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, el logro de objetivos personales (desarrollo personal, de proyecto vital propio), la capa-

cidad para hacer elecciones, mantener la propia identidad e imagen, el mantenimiento de redes de apoyo social y, por supuesto, el bienestar físico y el disfrute del cuerpo.

Necesitaremos profundizar acerca de las relaciones que establecemos con las personas usuarias. También cuestionarnos cómo podríamos mejorar la convivencia y favorecer unas relaciones de mayor calidad entre ellos (conociendo y minimizando el impacto que tienen los problemas derivados de carencias estructurales y organizacionales, de las enormes diferencias entre las personas usuarias o los problemas de conducta que presentan algunas de ellas).

3.4. Intervención profesional y sistemas organizativos

Todas nuestras intervenciones profesionales han de estar fundamentadas en una serie de principios que aseguren su adecuación al valor de la persona y al respeto de sus derechos: participación, autonomía y elección, dignidad, individualidad, integralidad, integración social, independencia y continuidad de apoyos y cuidados. Estos principios se concretan en criterios organizativos y metodologías de trabajo que definen cómo los profesionales y responsables de los recursos debemos actuar.

El trabajo en equipo interdisciplinar, los programas de intervención, los Planes personalizados de atención, seguimientos, protocolos y procedimientos, sistemas e instrumentos de recogida de información y de registro, de evaluación continua, etc. Todos los sistemas creados para la organización interna van a tener que desarrollarse de modo que los valores y Principios antes definidos sean una realidad.

La participación de los profesionales en el funcionamiento y la gestión del recurso es imprescindible para generar dinámicas de mejora continua. Esta participación conlleva una y mayor motivación y fidelización que permite aportes clave para mejorar la calidad de relaciones y de los procesos de intervención ofrecidos (*calidad asistencial y de calidez humana*).

Es necesario revisar y saber si nuestra organización está más en función de las personas usuarias o al contrario, ya que una organización que tenga como objetivo prioritario su propia estructura organizativa, limita las oportunidades de desarrollo y de calidad de vida de las personas usuarias.

3.5. Entorno físico e integración en la comunidad

Si bien el entorno es vital para la calidad de vida de todas las personas, en aquellas que presentan limitaciones o discapacidades, las condiciones de este entorno son más determinantes aún, y por ello, han de ser más exigentes para permitir su desarrollo personal.

Buscamos ambientes que permitan el *desarrollo de vida*, que se refleja, no sólo en la necesaria accesibilidad y adecuación de los espacios, sino en que éstos proporcionen posibilidades de comunicación y de relación interpersonal. Un medio que permita realizar cuantos deseos, tareas, proyectos, actividades y oportunidades requiera para continuar desarrollándose según su proyecto de vida. Ello va a requerir hablar de las características que debería tener este entorno –tanto físico como social– para propiciar el bienestar y la calidad de vida de esa persona.

Valorar las posibilidades que ofrecemos de relación con otras personas del barrio y la comunidad constituye una fuente de oportunidades en las que deberemos ahondar.

4. CARACTERÍSTICAS E INDICADORES DE LAS BUENAS PRÁCTICAS

Una BP debe ser:

1. **Actual.** Debe tener en cuenta tanto los avances de las ciencias sociales y del comportamiento –parámetros teóricos– como los derivados de la investigación y de las políticas –de carácter estatal o autonómico–. Orientada a optimizar la calidad de vida de la persona y al mantenimiento de capacidades, de oportunidades de utilización, de logro de objetivos y proyectos personales, a la participación, al ocio, etc.
2. **Consensuada** por todas las personas que participan en el proceso. Debe ser adecuada, valiosa y efectiva para la mayor cantidad posible de *protagonistas* y *agentes* de la organización (personas usuarias, familiares y profesionales).
3. **Ecológica y sostenible.** Debe contemplar y aportar información referida a los condicionantes propios del entorno (sociocultural y organizacional) en el que se desarrolla. Debe también utilizar eficientemente los recursos del centro y del entorno (sin recursos –humanos y materiales– las BBPP no pueden ser desarrolladas).
4. **Eficaz.** Debe ser capaz de dar respuestas factibles, fáciles de llevar a cabo a demandas, necesidades, deseos o preferencias de las personas.
5. **Empoderadora.** Dar visibilidad evaluada a las estrategias de análisis de las dimensiones de trabajo así como a los apoyos y recursos naturales de la persona y su entorno.
6. **Éticamente aceptable.** Debe estar basada en los valores y derechos, han de ser coherentes y dar respuestas centradas en el respeto a la libertad y dignidad de la persona. Debe potenciar una pedagogía de los derechos y los deberes que todo ciudadano debe cumplir en nuestra sociedad.
7. **Interdisciplinar.** Debe ser capaz de ofrecer puntos de encuentro y convergencia a todos los profesionales, con una metodología que requiere coherencia en la intervención, con continuidad y constancia y que ponga la calidad de vida de la persona en su centro.
8. **Jurídicamente conforme.** Debe estar acorde con los principios normativos y legales que protegen los derechos de las personas y las mejores formas de convivencia.
9. **Objeto de aprendizaje.** Debe permitirnos reflexionar desde la acción y la experiencia, participar en un proceso de *aprendizaje continuo* (a profesionales, a los equipos, incluso para la persona usuaria u otros agentes del entorno). Ello nos permite aprender de los errores cometidos y definir recomendaciones de mejora.
10. **Participativa.** Debe contemplar, expresamente, la participación e implicación activa de las personas usuarias y/o sus familiares y de los profesionales.
11. **Perdurable.** Debe perdurar en el tiempo, no debiendo limitarse a un periodo breve de aplicación ni agotarse tras su implementación.
12. **Pertinente.** Debe ser capaz de abordar situaciones, necesidades o deseos concretos y específicos. Problemáticas evidentes y evidenciables que necesitan respuesta.
13. **Planificada y entroncada en la organización.** Debe ser resultado de la sistematización y planificación del trabajo del equipo (suficiente definición metodológica y que contemple la idea de un proceso –el antes, el durante y el después–). Ha de estar inserta en las formas de organizar y de intervenir en la institución (programas, planes de intervención individual, estructuras de participación, etc.) y generar nuevas formas de intervención y relación personal.

14. **Realista.** Debe aportar también las dificultades y limitaciones que podemos encontrar en su implantación. Debe permitirnos anticiparnos a los obstáculos y minimizar los fracasos.
15. **Resultado del sentido común y de experiencias desarrolladas** anteriormente con éxito, aunque a menudo fueran poco reconocidas. La BP pone en valor las innovaciones y esfuerzos, refuerza la vivencia de posibilidad y de logro.
16. **Satisfactoria**, debe generar bienestar asistencial y emocional para las personas usuarias y/o sus familiares. Debe poder también generar, aunque sea en menor medida, satisfacción y bienestar en los profesionales.
17. **Segura y de calidad.** Debe estar orientada a potenciar entornos de calidad y seguridad a las personas, desde dos perspectivas: **lo físico** (entornos seguros y accesibles que permitan el desarrollo *normalizado* de la vida de la persona) y **lo psicoemocional** (entornos predecibles y agradables que permitan contrarrestar las situaciones de dificultad y pérdida –emocional, funcional y social–, que experimenten las personas).
18. **Sistematizada.** Debe poder ser explicada, entendible, definible, registrada y *compartible*. Debe quedar constancia de la BP por escrito.
19. **Transmisible.** Debe ser replicable, siempre, tras las necesarias adaptaciones. Que nos permita la flexibilidad (que puedan ser adaptadas y adoptadas en otros contextos).
20. **Verificable y evaluable.** Debe poder ser verificada a partir de instrumentos de medida o de indicadores. Debe ser contrastable.

Para poder identificar una práctica como BP, es necesario que cumpla con las características anteriores, así estos rasgos que las diferencian se convierten también en **indicadores**. Gracias a ellos podemos conocer el grado en el que se acercan a la mejor idea posible de BP.

INDICADOR de BP	¿Lo cumple?		¿Podemos mejorar?
	Sí	No	
1. Actual			
2. Consensuada			
3. Ecológica y sostenible			
4. Eficaz			
5. Empoderadora			
6. Éticamente aceptable			
7. Interdisciplinar			
8. Jurídicamente conforme			
9. Objeto de aprendizaje			
10. Participativa			
11. Perdurable			



INDICADOR de BP	¿Lo cumple?		¿Podemos mejorar?
	Sí	No	
12. Pertinente			
13. Planificada y entroncada en la organización			
14. Realista			
15. Resultado del sentido común y de experiencias desarrolladas			
16. Satisfactoria			
17. Segura y de calidad			
18. Sistematizada			
19. Transmisible			
20. Verificable y evaluable			

5. BUENAS PRÁCTICAS Y “BUENAS PRAXIS”

Una vez planificada la BP, van a ser necesarias una serie de circunstancias, condiciones, formas de relación que hagan posible que sea una realidad. La mayor parte de éstas han de partir de la organización y más concretamente, de las personas que trabajan en la misma. Las **“buenas praxis”** son esas formas de actuar, que si bien no llegan a ser actuaciones planificadas y sistematizadas como para poder denominarlas BBPP, sin embargo poseen un gran valor para permitir que éstas sean una realidad.

Si somos capaces de identificar, poner el valor y promover estas *“buenas praxis”*, mejoraremos la calidad de vida de las personas usuarias y estaremos más cerca de lograr las BBPP. Es por ello que en esta Guía se recogen una serie de **Recomendaciones** para la *“buena praxis”* que, afortunadamente, suelen darse en la vida cotidiana de muchos centros.

Las BBPP requieren conocimientos, habilidades y actitudes básicas en los profesionales, tales como: el uso de la empatía, el conocimiento de la persona –gustos, intereses, deseos a través de la escucha activa y la observación–, y la capacidad para trabajar en equipo interdisciplinar desde la visión y aportes de la disciplina y experiencia propios.

Asumir este hecho es situarnos en el *principio de realidad*. Las BBPP sólo pueden darse, si quienes trabajamos con personas en situación de dependencia y/o con discapacidad nos esforzamos en llevarlas a cabo. Sólo si tenemos una actitud positiva hacia la mejora y hacia la persona. Podemos diseñar planificaciones perfectas técnicamente, pero si no se materializan con la actitud positiva y sincera, si no nos *creemos lo que hacemos y en cómo lo hacemos*, no lograremos una adecuada implementación.



Capítulo 4

Dimensiones para la mejora de la calidad de la atención en los centros de personas mayores en situación de dependencia

1. ASPECTOS ÉTICOS Y EJERCICIO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS

1.1. Características de las personas en situación de dependencia

La persona con dependencia es frecuentemente **una persona que sufre**. La sensación de saberse y sentirse molesto supone una carga, que en algunos casos, puede resultar difícil de soportar. Este sufrimiento puede aumentar si la respuesta que obtiene de aquellos que han de ayudarla demuestra desagrado o reproche por su necesidad de ayuda. Sobre todo cuando la persona mayor advierte que su condición perjudica a los que le rodean. En personas que aceptan ingresar en Residencias es más evidente al sentirse ellos responsables de que sus familiares más directos y queridos pierdan su libertad y autonomía por ayudarle o cuidarle.

Este sentimiento puede convertirse en miedo cuando se piensa en el futuro: **el temor** a la pérdida de capacidades mentales, el miedo de ser no sólo inútil sino de convertirse en una carga cada vez mayor, a la falta de expectativa vital, o al abandono. Este es *un equipaje* con el que no pocos mayores acuden a los centros. Parece pues necesario que nuestras relaciones, actuaciones profesionales y estructuras organizativas tengan en consideración estas circunstancias y busquen minimizar el *malestar* –a causa de miedo, inseguridad, desconocimiento o estrés– que dificulta el logro del bienestar personal.

Este sufrimiento puede aumentar si la respuesta que obtiene de aquellos que han de ayudarla demuestra desagrado o reproche por su necesidad de ayuda. Sobre todo cuando el mayor advierte que su condición perjudica a los que le rodean.

Otra característica asociada a la dependencia es la **vulnerabilidad** de la persona a causa de su fragilidad. Esta fragilidad tiene que ver, por supuesto, con la falta de independencia y de autonomía pero no sólo con ellas. También intervienen otros factores que pueden acrecentarla: su nivel educativo y cultural, sus competencias personales (su carácter, habilidades para relacionarse), sus apoyos (familiares y sociales), el nivel de autoconciencia de sus derechos (incluye no sólo conocerlos sino tener capacidad para hacerlos valer) y cómo estén cubiertas sus necesidades afectivas.

Es evidente que la fragilidad pone en riesgo a la persona y la convierte en más vulnerable en su relación con la organización y las personas que en ella trabajan.

Cuanta mayor fragilidad presenta una persona, mayor riesgo tiene de que sea ignorada su voluntad y de que los demás (profesionales o familiares) abusemos de nuestro *rol*.

Por ello, también deberemos estar atentos y ser sensibles a esta circunstancia y prevenir situaciones de mayor riesgo en las personas usuarias que presentan mayor vulnerabilidad.

1.2. Características de las relaciones con estas personas

La relación con estas personas presenta peculiaridades que debemos recordar.

En primer lugar recordemos que se trata de una **relación de ayuda** que podemos matizar en dos intensidades: una **centrada en la promoción y otra en el cuidado**. El *rol* del profesional no será igual en cada una de éstas a causa de la diferente intensidad en la que deberemos *suplantar* su falta de autonomía y/o independencia. Ello, necesariamente, nos colocará en una situación de poder y hemos de tenerlo en cuenta. Estos dos tipos de relación no son excluyentes entre sí. De hecho, lo más deseable con muchas personas es que desarrollemos ambas a la vez. Lo idóneo será establecer, para cada persona y en cada circunstancia, la intensidad adecuada, modulando ésta según los cambios que se vayan produciendo. No hacerlo podemos considerarlo como *malas praxis profesionales*.

En segundo lugar, incidir en que la relación con las personas en situación de dependencia está basada en valores y derechos, es, por ello y sobre todo, **una relación ética**.

Hablar de moral y de ética es referirse al sistema de valores y a las reglas de comportamiento que sirven para ordenar y mejorar la calidad de nuestras relaciones. Supone reflexionar acerca de lo que es deseable, lo que es “correcto” en las relaciones humanas. En nuestro caso, en las relaciones profesionales de apoyo y/o cuidado. Moral y ética aunque se empleen como sinónimos, no lo son. La **ética** es un concepto abstracto que se refiere a los principios y normas que recogen los valores de una sociedad. La **moral**, sin embargo, se refiere al comportamiento concreto y a su relación con esos valores. Son dos niveles diferentes pero íntimamente relacionados.

Desempeñar bien nuestro trabajo requiere, en primer lugar, tener claros los **Principios de la ética**, para posteriormente, valorar su aplicación en nuestras acciones, lo que denominamos **comportamiento o conciencia moral**. Cuando los trabajadores de nuestros centros actúan bien –buscan el bien de la persona defendiendo sus derechos y aplicando los Principios éticos– decimos que poseen conciencia moral. Si ésta es alta, obrarán no por que lo indique el protocolo o la instrucción dada. Tampoco necesitarán un supervisor *encima* para que así sea. Simplemente tendrán interiorizados los Principios éticos y actuarán de acuerdo con ellos, por convencimiento, por responsabilidad. Esta conciencia moral es la esencia de una relación de ayuda y/o de cuidados *de calidad*.

Desde luego en nuestros centros tiene que haber normas que definan lo que es valioso, aceptable o prohibido en las relaciones profesionales pero actuar bien sólo por cumplir las normas (*principio de legalidad*) es sólo un primer paso para llegar a actuar por criterios de humanidad, de reconocimiento de los derechos y valores del otro (*principio de moralidad*). Este camino es el que debería recorrer toda persona que trabaje en este sector. **Desarrollar BBPP implica cuestionarnos y mejorar nuestro comportamiento moral en un contexto organizativo concreto.**

Desde los centros debemos posibilitar que los trabajadores maduren en este aspecto. Pero, ¿cómo?: modificando aspectos organizativos y de formación que nos sensibilicen y capaciten para hacer nuestras *praxis* profesionales (formas de pensar, de relacionarnos y de actuar con las personas) con un mayor grado de conciencia moral.

1.3. Valores y ética. Derechos y deberes de las personas que viven en Residencias del Principado de Asturias

Derechos humanos y Principios de la bioética son dos caras de la misma moneda. Suponer que es innecesario hablar de ello es un primer obstáculo para mejorar la calidad de nuestros

centros. Explicitar, hacer visible lo esencial es el primer paso para concretarlo en los sistemas organizativos y en las actuaciones cotidianas.

Aunque aparentemente todos compartimos una misma idea de derechos, la realidad es que no es así. El carácter **dinámico e histórico** de los derechos –evolucionan con la situación histórica, política y social–, explica que no todos entendamos del mismo modo cómo llevarlos a la práctica. Por otra parte, su **interdependencia** –todos son importantes, están articulados y no pueden separarse– hace que tengamos que pensar en ellos de forma más global de como habitualmente hacemos.

Tampoco podemos conformarnos con cómo están hoy de consolidados si lo comparamos con cómo lo estaban hace años. Su **carácter progresivo** nos lleva a buscar su avance. Esta *progresividad* ha de manifestarse en dos sentidos: por una parte en lo que corresponde al **contenido protegido** (que cada vez más aspectos son considerados importantes y, por tanto, protegidos) y por otro, a **las oportunidades** que permiten a las personas hacer valer sus derechos (accesibilidad y la eficacia de los sistemas de reclamación).

La calidad de los centros y la calidad asistencial están íntimamente vinculadas con esta *progresividad* de los derechos de las personas usuarias de los mismos.

Veamos en la siguiente tabla la íntima **relación entre derechos, Principios de la bioética y la carta de derechos y deberes de las personas residentes**.

DERECHOS de las personas ¹²	Principios de la Bioética	Derechos de las personas residentes ¹³	Aplicaciones en la praxis cotidiana: Bases para las Buenas Prácticas
1. Dignidad (Intimidad)	Beneficencia	Nº 3	– Hacer el bien a la persona. Promover <i>su bien</i> . – Proporcionar trato digno y respetuoso.
2. Libertad (Autonomía)		Nº 7	– Contar al máximo con su criterio y promover su participación activa. – Ofrecerle oportunidades de desarrollo de capacidades (estimuladoras, rehabilitadoras, etc.).
3. Igualdad	No maleficencia		– Proporcionar trato adecuado (elegido por ella). – No infantilización del trato.
4. Solidaridad		Nº 9	– No falta de respeto a su intimidad (respeto de su imagen personal, ropa, confidencialidad en la información, etc.).
5. Ciudadanía		Nº 13	– Cuidado en el manejo y acceso a sus pertenencias (evitar control inadecuado o excesivo de su espacio y objetos).
6. Justicia			– No hacer daño a la persona, evitarle todo mal posible (no abusar, abandonar o maltratar).

¹² Carta de los derechos y deberes de la Unión Europea (2000).

¹³ Carta de derechos y deberes de las personas que viven en Residencias del Principado de Asturias. Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008).

DERECHOS de las personas ¹²	Principios de la Bioética	Derechos de las personas residentes ¹³	Aplicaciones en la praxis cotidiana: Bases para las Buenas Prácticas
1. Dignidad (Intimidad)	Justicia	Nº 1	<ul style="list-style-type: none"> - Igual consideración y respeto para todos, sin ningún tipo de discriminación o marginación. - No es dar a todos lo mismo (igualar por abajo) sino a cada uno lo que necesita (personalizar relación y atención). - Y garantizar, a la vez, el bien común.
2. Libertad (Autonomía)			
3. Igualdad	Autonomía	Nº 2	<ul style="list-style-type: none"> - Derecho a ser informado y a conocer todo lo relativo a la Residencia (instalaciones, personal, funcionamiento, reglamento, derechos, etc.). - Derecho a participar libremente, en todo lo relativo a su persona y al centro (relaciones, actividades, proyectos, PPA, evaluaciones, etc.). - Respetar la libertad y capacidad de decisión de cada persona. <ul style="list-style-type: none"> • Mientras no se demuestre su incapacidad, su heteronomía, toda persona es autónoma y como tal, deberá ser tratada. • No cometer abusos de poder en el ejercicio de nuestro rol ni permitir que otros lo hagan. • Respetarla en los casos en que sus acciones causen perjuicio para los demás o impliquen riesgo no asumible (minimizar y compensar efectos de las contenciones físicas y farmacológicas). - En caso de heteronomía, continuar respetando al máximo sus decisiones previas.
4. Solidaridad		Nº 4	
5. Ciudadanía		Nº 5	
		Nº 6	
		Nº 10	
		Nº 12	
6. Justicia		Nº 14	
		Nº 15	

Veremos a continuación algunos aspectos esenciales para mejorar el reconocimiento de los derechos en las Residencias.

a) Dignidad de las personas usuarias de las Residencias

Cuando hablamos de dignidad hablamos del reconocimiento del valor intrínseco de las personas sea cual sea su circunstancia respetando siempre su individualidad y sus circunstancias personales. En la práctica supone:

- Que se respetan **todas sus necesidades** desde las más básicas hasta aquellas más invisibles (como las afectivas, las relacionales, las de comunicación o las afectivo-sexuales).
- Que se conozcan y *reconozcan* sus **peculiaridades y preferencias** (aspectos religiosos, culturales, estéticos, etc.), su derecho a ser diferente.
- Que se establezca una **comunicación** adecuada, en la forma, intensidad y calidad en la relación que ellas deseen establecer. Es favorecer la expresión de sus opiniones y deseos.
- Que se **respete su voluntad**, aceptando sus decisiones, incluso cuando implique no aceptar participar en actividades o relaciones propuestas por profesionales o familiares o se encuentren reflejados en su Plan Personalizado de Atención (PPA).

La intimidad y la confidencialidad son aspectos centrales de la dignidad de las personas.

Hablar de *lo íntimo, de la intimidad* es tratar lo más privado de cada ser humano por motivos sociales, educacionales o de la propia naturaleza humana. Lo que uno quiere guardar para sí de una forma muy especial y que sólo lo dará a conocer, si decide hacerlo, a un círculo reducido de personas en las que se tiene confianza, en un ambiente de confidencialidad. En su centro se encuentra nuestra vida interior: pensamientos, sentimientos, deseos, ideologías y creencias, y algunas parcelas de nuestra vida exterior, como las relaciones íntimas o los actos fisiológicos.

El derecho a la intimidad¹⁴ se refiere, también, al reconocimiento y a permitir, en la práctica, que la persona pueda estar sola sin ser molestada, a que nadie se entrometa en sus asuntos íntimos.

Deberemos contemplar su deseo en este ámbito, por ejemplo, permitiéndoles estar solas o bien establecer relaciones con alguna persona. Será función nuestra optimizar espacios y propiciar momentos para que ello sea compatible con las actividades o rutinas asistenciales de la Residencia.

En la relación asistencial se producen intercambios de datos *sobre la persona, datos íntimos* (referidos a su procedencia, biografía, salud, etc.) que hay que utilizar pero que hay que proteger para impedir que su divulgación pudiera acarrear perjuicio o discriminación a la persona. **La confidencialidad**, es esa *actitud o comportamiento de respeto, de secreto que requiere el hecho o dato íntimo*. Esta respuesta al carácter íntimo de ciertas parcelas de una persona deberá ser *proporcionada al grado de intimidad del hecho o dato y se concreta en el secreto profesional*¹⁵. Deberemos ser conscientes y sensibles puesto que nuestro acceso a su intimidad se produce, además, en circunstancias de vulnerabilidad e indefensión.

Las personas que viven en las Residencias tienen **derecho a la información**: a ser informados de todo lo relativo a la documentación referida a sí mismos, a los datos referidos a su intimidad.

b) Autonomía o autogobierno de las personas usuarias de las Residencias

La fuertemente arraigada tendencia de **asociar dependencia y heteronomía** continúa dificultando el desarrollo del autogobierno de muchas personas en situación de dependencia. Revertir esta tendencia requiere en primer lugar que todos (personal pero también familiares) distingamos ambas *dimensiones de capacidad*: Autonomía moral e Independencia funcional. Ser sensibles y estar concienciados de la necesidad de valorar cada una de ellas para poder promover un mejor

¹⁴ Este derecho es inherente a la persona, que no debe conquistarlo para poseerlo, ni se pierde por desconocerlo. Es una característica del ser humano por el mero hecho de serlo ancla sus raíces en el derecho al respeto y la libertad de la persona, que se encuentra en la base de todo tipo de convivencia y de relaciones humanas. En muchas Constituciones como la nuestra, tiene rango de derecho fundamental.

¹⁵ El *secreto profesional* se encuentra regulado civil y penalmente (Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal) además de su tratamiento en los *Códigos Deontológicos*.

abordaje es imprescindible para mejorar el compromiso de la organización y de los trabajadores con los derechos de las personas.

De entre los instrumentos de que disponemos en los recursos, es, el **Plan Personalizado de Atención (PPA)** que recoge, de forma personalizada y coparticipada con la persona, las mejores oportunidades, escenarios y relaciones para ayudarla a optimizar y/o mantener sus *dimensiones de capacidad* (Autonomía moral e Independencia funcional) en su propio proyecto de vida.

Potenciar el autogobierno también significa, por parte de la persona, de sus familiares y del equipo, asumir cierto grado de riesgo que siempre deberá ser calculado. **Evitar todo riesgo es incompatible con el desarrollo personal y la dignidad de muchas personas con cierta dependencia.** La aplicación de restricciones físicas y farmacológicas atenta al derecho de las personas a autogobernarse, por lo que deberán ser cuidadosamente valorada su implementación.

En el fomento de la autonomía habrá que tener en cuenta las peculiaridades de las personas. En algunos casos éstas no son más autónomas –pudiendo serlo– por malas experiencias previas, expectativas negativas o porque los beneficios –ventajas– que supone obtener no compensa el esfuerzo personal que tienen que hacer. Una de nuestras funciones será tratar de ampliar los beneficios en términos de bienestar personal (identidad personal, autoestima, estado de ánimo, calidad de vida...) y minimizar el esfuerzo requerido para el ejercicio del autogobierno.

Hacer valer los derechos de las personas usuarias, no puede hacerse sin respetar sus preferencias, sin facilitarles la información necesaria y sin ofrecerles oportunidades de decisión.

c) La ética y los derechos de las personas residentes nos afectan a todos

Aunque los que trabajamos en recursos con personas mayores nos encontramos en diferentes niveles asistenciales; **la ética** es un elemento común que **nos compromete a TODOS.**

- Al personal y a los profesionales de atención directa (*microética*).
- A los profesionales que ejercen funciones de coordinación, liderazgo o gestión (*mesoética*).
- A los profesionales o responsables de legislar y planificar los recursos (*macroética*).

Veamos con más detenimiento para cada uno de ellos.

Existe un **primer nivel asistencial** que afecta a quienes tenemos **relación directa con personas en situación de dependencia (*microética*)** y que hemos venido considerando como parte de la *deontología profesional*. Se concretaría al evaluar si favorecemos, en todo lo posible los Principios de la bioética (beneficencia, no-maleficencia, justicia y autonomía) o, dicho de otro modo, los Principios para las personas mayores de las Naciones Unidas (independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos). Si vamos sustituyendo sistemas de pensamiento, relación e intervención que contemplan a las personas en situación de dependencia como “pacientes”, sujetos pasivos y no como ciudadanos de pleno derecho. La explicitación en las Residencias de Carta de derechos y deberes de las personas que viven en éstas viene a facilitar, en la práctica cotidiana, el cumplimiento de estos principios.

Otro **segundo nivel asistencial** en el que los aspectos éticos son imprescindibles se refiere a quienes desempeñan **funciones de coordinación, liderazgo o gestión de los centros.** En este caso la ética aplicada (*mesoética*) supone velar por el bien común, por mejorar la calidad de los recursos, pero sin perder el horizonte de la personalización, de lograr que sean realidad metas y objetivos de cada persona. Es decir, ejercer estas funciones pero favoreciendo las mejores condiciones de la *microética*.

Por último, está el **nivel asistencial más alto**, ocupado por quienes tienen la responsabilidad de **legislar y planificar los recursos.** Es la denominada *macroética* que busca lograr la máxima calidad y eficiencia de los servicios, hacer realidad el principio de Justicia.

Como vemos, ninguna persona trabajadora de los centros queda exenta de aplicar la ética en su desempeño profesional y por tanto de hacer crecer su conciencia moral.

Ética y derechos de las personas van de la mano.

El reconocimiento y el avance en los derechos de las personas nos hacen avanzar en la aplicación de la ética en los Centros residenciales. Dada la importancia de garantizar estos derechos en las Residencias dependientes del Principado de Asturias se ha proclamado recientemente la **Carta de derechos y deberes de las personas que viven en Residencias del Principado de Asturias (2008).**

CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN RESIDENCIAS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

1. A no ser objeto de **discriminación** por razón de edad, sexo, etnia, religión, ideología, territorio, orientación sexual, enfermedad, discapacidad o cualquier otra circunstancia personal o social.
2. A **conocer**, con carácter previo a su utilización, las instalaciones del centro, así como cuanta información le sea precisa para ayudarle a decidir libremente sobre su ingreso, permanencia o abandono del recurso.
3. A ser acogida a su llegada al centro de forma individualizada para **facilitar su integración**, según los protocolos de ingreso que deben existir en todos los centros.
4. A **ser informada** sobre la organización del centro y conocer a sus profesionales, recibiendo la oportuna y suficiente documentación. A este efecto, cada persona que llegue al centro recibirá un ejemplar del reglamento de régimen interior, así como del Plan general de intervención anual del centro donde se recojan los diferentes servicios y programas ofertados. Asimismo se le entregará documentación sobre los mecanismos de participación existentes.

5. Las personas sujetas a alguna medida de protección legal tienen derecho a **ser informadas** sobre los actos realizados en su nombre y a manifestar su opinión cada vez que sea necesario y posible.
6. A **participar** en el diseño y seguimiento de **su plan individualizado de intervención**, así como a recibir una atención integral que cubra las necesidades, fisiológicas, psicológicas y sociales.
7. A beneficiarse de las **intervenciones y terapias, preventivas y rehabilitadoras**, adecuadas al momento de su proceso que estén fundamentadas en el conocimiento científico.
8. A tener asignado un **profesional de referencia** que será quien vele por el bienestar de la persona en el centro y a quien se podrá dirigir siempre que precise ayuda o consulta.
9. A mantener un **expediente individual**, con garantía absoluta de privacidad de la información en él recogida, en el que quede archivada y registrada toda la documentación relativa a su valoración inicial, la evolución de su proceso, los tratamientos aplicados y los programas en los que participa.
10. A **recibir información**, en términos inteligibles y adaptados a su nivel educativo, en relación a su estado y situación en el centro, a conocer en cualquier momento el contenido de su expediente personal y a recibir un informe por escrito cuando lo solicite.
11. A que se le garantice un **trato adecuado y digno**, y a que se preserve su **intimidad** durante el aseo y en los cuidados personales, así como a recibir pronta respuesta cuando demanda acudir al servicio, si se encuentra en situación de dependencia.
12. **A participar** en las evaluaciones que se lleven a cabo sobre el funcionamiento del centro y a conocer el resultado de las mismas.
13. A **no ser objeto de restricciones físicas o farmacológicas** que no sigan las instrucciones recogidas en el protocolo diseñado al efecto, el cual debe contemplar la valoración del equipo multiprofesional, así como la opinión de la persona o representante legal. En caso de que las restricciones se consideren necesarias, recibirá información –razonada y por escrito– acerca de su contenido y duración.
14. A ser advertida para dar su **consentimiento**, expreso y por escrito, si las intervenciones que se les apliquen forman parte de proyectos docentes o de investigación.
15. A **ser informada** de manera comprensible sobre el contenido de estos **derechos** y de los cauces para hacer efectivo su ejercicio.

Como puede verse, en la Carta se recogen los derechos, principios y valores éticos a los que nos hemos referido.

Pero **favorecer que las personas ejerzan sus derechos es una tarea en la que deberemos poner más empeño**. Mejorar su *empoderamiento* acerca de éstos y de cómo hacerlos valer va a

requerir pensar en esta realidad de modo complejo. No se trata simplemente de proclamar o de exponer en un tablón o documento que las personas usuarias disponen de derechos para que éstos sean respetados. Es necesario reflexionar sobre diversos aspectos recogidos en el siguiente cuadro:

1. ¿Las personas usuarias **conocen** (comprenden, identifican) sus derechos? ¿Qué podemos más hacer para que así sea?
2. Tras reconocerlos ¿Los asumen como propios, desean **aceptarlos**? ¿Qué podremos o debemos hacer para que así sea?
3. ¿**Quieren ejercerlos**, desean hacerlos valer? ¿Cómo hacer para minimizar los esfuerzos que han de hacer para reivindicarlos?
4. ¿**Saben ejercerlos**? ¿Disponen de las capacidades necesarias, de las **competencias para hacerlos valer** en este momento, en este contexto institucional u organizacional? ¿Qué podríamos o deberíamos hacer para optimizarlas?
5. ¿**Pueden ejercerlos**? ¿Existen **barreras institucionales** que dificulten tal ejercicio? ¿Sabemos identificarlas? ¿Sabemos y queremos eliminarlas?

Supongamos que una persona dispone de esa conciencia crítica y de la capacidad para reivindicar el ejercicio de un derecho en nuestra Residencia; por ejemplo si siente que un trabajador ha vulnerado su intimidad. Podríamos decir que entonces se produce lo que denominamos la **victimización primaria**. Es decir, la persona se *siente* víctima. Supongamos que se queja ante los responsables de la institución según los canales que existen. Pero si la respuesta ante su queja es inadecuada o injusta (no dando importancia al asunto, diciendo que exagera, que seguramente no sucedió tal y como lo cuenta, etc.), entonces puede sufrir lo que se denomina la **victimización secundaria**, derivada de la respuesta que da la organización a la víctima¹⁶. La respuesta de la persona será, probablemente, la indefensión, la tristeza, la rabia o, incluso, el miedo.

Que las personas residentes puedan ejercer los derechos en las Residencias tiene mucho que ver con lo que se ha venido llamando **maltrato institucional** y que se refiere a malas praxis, muchas de las cuales están relacionadas con el mantenimiento de un entorno y unas relaciones no apropiadas para la dignidad y bienestar de las personas usuarias. Es el maltrato más frecuente y se muestra en prácticas autoritarias, normas abusivas y en una falta de interés o un trato despectivo. Algunos de los ejemplos más frecuentes son: negar a las personas decisiones relativas a su vida, no respetar su autonomía –sobre su alimentación, sobre levantarse o acostarse, sobre sus relaciones o presionarles para que participen en actividades–; negarles su individualidad (despersona-

¹⁶ Si, por ejemplo, tras denunciar el hecho, no sucede nada. Si el trabajador se burla y ve que, además, puede volver a hacerlo hará que vuelva a sentirse víctima, por segunda vez. Ahora es víctima del desinterés, de la desidia de la institución, o lo que es lo mismo, de las personas que, en ese momento, la encarnan. Ello le generará una mayor indefensión. Puede llegar a sentirse culpable del cansancio o de las malas caras del personal. Culpable de no poder hacer las cosas sin necesidad de molestar, de necesitar ayuda, de ser dependiente. Como dice el viejo refrán “cuando el río suena es que agua lleva” cerrando el círculo al creer que si uno se siente culpable es que algo de ello hay, que, de alguna forma, lo merece.

lización), su infantilización o culpabilización por su necesidad de ayuda –llamarles de modo inapropiado o pronunciar comentarios inadecuados o hirientes–; no permitir la suficiente intimidad (para la higiene o para el mantenimiento de relaciones sexuales); limitar su accesibilidad o aplicarles restricciones físicas específicas; no proporcionarles un contacto interpersonal suficiente o unas actividades o distracciones significativas. Cualquiera de estas actuaciones sería susceptibles de convertirse en causa de queja o reclamación, y por tanto, ser motivo para *victimizar* a la persona que se arriesgara a hacerlo.

Deberemos disponer de sistemas adecuados para atender cualquier opinión al respecto pues de no hacerlo así, esteremos minusvalorando a las personas, limitando el ejercicio de sus derechos y de generar, a quienes disponen de mayor conciencia de éstos, un mayor sentimiento de dolor al comprobar que éstos pueden ser vulnerados (*victimización secundaria*).

Para mejorar el reconocimiento de los derechos de las personas usuarias deberemos buscar que toda la organización se comprometa, tratando que:

1. Todos sus trabajadores sean más sensibles a estos temas.
2. Se promuevan estrategias de capacitación y motivación de las personas usuarias.
3. Se consoliden las estructuras y los canales adecuados –adaptados a los diversos perfiles de las personas usuarias– para un ejercicio *accesible* y *sencillo* de sus derechos.

d) Diagnóstico ético de nuestra organización y desempeño profesional

Aunque diversos documentos se han ido orientando hacia la promoción de los derechos y deberes de las personas residentes todavía queda mucho por avanzar. Veamos algunas reflexiones:

Posibles aspectos a mejorar	Reflexiones y dificultades que podemos encontrar
AUTONOMÍA (LIBERTAD DE ELECCIÓN)	
Posibilidad de actuar o de pensar de forma independiente, incluida la disposición a asumir ciertos niveles de riesgo calculado. Posibilidad de elegir libremente entre un abanico de opciones diferentes.	
• Se considera poco la opinión de la persona usuaria a la hora de cesar en la utilización del servicio (permanencia por voluntad propia).	¿Suele ser la familia quién decide la permanencia o no de la persona usuaria en la Residencia?
• Escasa participación en el diseño, desarrollo y evaluación de su Plan personalizado de atención (PPA). Se consideran poco las aspiraciones personales y desarrollo de todas las capacidades de las personas y en todas las facetas de la vida.	¿Es posible, a pesar de la dificultad/imposibilidad dado el deterioro avanzado de muchas personas mayores? Y en aquellas con menor deterioro ¿este derecho se reduce a que la persona pueda participar o no en las actividades?
• Ofrecemos escasas oportunidades para el ejercicio de la libertad y la autonomía. Necesidad de desarrollar más opciones para las personas (aumentar su <i>elegibilidad</i>).	¿Hay suficiente <i>elegibilidad</i> ? ¿Podemos minimizar los sistemas organizativos y los estilos relacionales que no permiten la libre elección? ¿Sabemos/podemos reemplazarlos por otros que si la favorecen?
• Limitaciones para permitir la libertad de desplazamiento y gestión del cuerpo. Dificultad para hacer compatibles necesidades diferentes.	¿Empleamos más sistemas de contención de lo deseable? Y de no usarlos ¿perjudican la convivencia y a las personas usuarias con capacidades mentales preservadas?

Posibles aspectos a mejorar	Reflexiones y dificultades que podemos encontrar
DIGNIDAD (INTIMIDAD/PRIVACIDAD)	
Reconocimiento del valor intrínseco de la persona, dándole un trato respetuoso, respetando su individualidad y sus necesidades. Derecho a estar solas y a no ser molestadas, libres de intromisiones en sus asuntos.	
• Cuidar mejor la forma de hacer valer el derecho a la intimidad en lo referente al aseo y el baño.	Aunque se intenta atender respetando la intimidad ¿Es posible ante la escasez de tiempo y/o de personal? ¿Se plantean suficientes propuestas de mejora a fin de corregirlas y evitarlas?
• La persona heterónoma tiene derecho: a la dignidad, al respeto de la diferencia: a su privacidad, al trato adecuado. También a poder utilizar sus capacidades y que no aumente su situación de dependencia. A que se potencie su posibilidad de elección y de expresión de emociones y a que sean considerados sus valores y preferencias.	¿Sabemos minimizar actitudes y comportamientos sobreprotectoras que infantilizan a las personas? La organización y sus trabajadores ¿saben valorar el riesgo calculado? ¿Se hace todo lo posible para minimizar estos riesgos? ¿Está la organización y los trabajadores dispuestos a asumir dichos riesgos? ¿Se habla de ello en las reuniones de equipo? ¿Son informados adecuadamente los familiares y las propias personas usuarias? ¿Cuándo y cómo se toma en cuenta su decisión? ¿Qué hacemos para ampliar la visión de familiares (y de la sociedad en general), hacia el derecho de las personas dependientes y/o heterónomas a asumir riesgos calculados?
• Derecho a elegir cómo y por quién ser atendido (ayudado, aseado, cuidado).	¿Cómo hacer para hacer posible alguna elección en este sentido?
DERECHOS	
Mantenimiento de todos los derechos inherentes a la condición de ciudadano.	
• No dar lo que uno necesita, no favorecer el ejercicio de derechos vulnera el Principio de JUSTICIA.	¿Somos capaces de personalizar el trato suficientemente? ¿Cómo abordamos la dificultad para compatibilizar necesidades diferentes sin que se vean mermados sus derechos? ¿Qué hacer cuando son claramente contrapuestas?

e) Los derechos no pueden existir sin la coexistencia de los deberes o responsabilidades

No podemos terminar el capítulo de los derechos sin referirnos al otro lado de la moneda, el de la **responsabilidad**. No es posible el reconocimiento de los primeros sin asumir una responsabilidad que implica el cumplimiento de éstos. En la Carta mencionada las personas usuarias tiene el **deber** de:

1. Considerar como propio el establecimiento al cual asiste, usando de manera cuidadosa todas las dependencias del centro.
2. Conocer y cumplir el reglamento de régimen interior y emplear de manera correcta los cauces para su aplicación.

3. Respetar las normas de convivencia así como la intimidad y la tranquilidad de las demás personas usuarias.
4. Respetar la dignidad del personal que trabaja en el centro.
5. Informar, por el cauce que crea más oportuno, sobre todas aquellas cuestiones que no se consideren adecuadas para el buen funcionamiento del centro y que afecten al bienestar general.
6. Cuidar de su ropa y objetos personales.
7. Seguir las prescripciones acordadas en PPA.
8. Abonar las cuotas correspondientes.

2. PARTICIPACIÓN

2.1. Participación de las personas usuarias de la Residencia

a) Participación y calidad de vida de las personas usuarias

La participación, eje vertebrador del envejecimiento activo, es un aspecto esencial en la mejora de la calidad de las Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Gracias a ella podemos centrar la atención en la persona y conocer si las propuestas que le ofrecemos le resultan idóneas. Podremos saber su satisfacción y los efectos que producen nuestro trabajo y las relaciones que establece. La participación también va a ser el medio, la estrategia, para lograr que la persona pueda entrenar y mantener sus habilidades y competencias personales. Desarrollar en cada persona sus dimensiones de **calidad de vida** (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autonomía –autodeterminación–, integración social y derechos), está estrechamente ligado a la idea de participación.

Pero esta participación de las personas usuarias supone un gran reto puesto que rompe con una larga tradición de los servicios en los que gestores y profesionales actuamos con cierto “despotismo” (*todo para el mayor pero sin él*).

El modelo actual, acorde con el desarrollo de las Ciencias Sociales promulga unos recursos centrados en la persona, en el que el concepto de derecho (y la participación es uno básico) es vinculante y nos compromete a cuestionarnos acerca de la capacidad de decisión que tienen las personas residentes. Dicho de otro modo: *¿Sobre qué realmente pueden decidir? ¿Hemos desarrollado en los centros los canales, las estructuras o las adaptaciones necesarias para posibilitarlo?*

Es evidente que deseos, preferencias y necesidades de las personas usuarias han de coexistir en un *marco organizativo* que permita el mantenimiento de un sistema profesional que promueva el bien común. Un *marco organizativo* que permita el desarrollo de todo el amplio abanico de la intervención profesional, desde el empoderamiento de las personas hasta su protección cuando así lo necesitan. Todos sabemos que actualmente, la búsqueda del equilibrio entre los deseos de las personas usuarias y la hegemonía de gestores y trabajadores, es el ámbito de la participación de las personas usuarias en el que tenemos más que mejorar. Pero, ¿Cómo hacerlo?

b) Dificultades para la participación de las personas usuarias

b.1) Dificultades derivadas de la heterogeneidad de las personas mayores en situación de dependencia

La primera dificultad que encontramos es la **propia heterogeneidad de las personas usuarias**. Esta **gran variabilidad** exige la convivencia de personas con muy diferentes características, necesidades y deseos. Personas que presentan situaciones de dependencia y sobre todo, de Autonomía Moral muy diversas. Ello va a dar como resultado una serie de **dificultades**, que agruparemos en dificultades para la comunicación, la carencia de oportunidades adecuadas (de espacios, relaciones y actividades) y la ausencia de motivación.

Generar contextos y relaciones en los que las personas puedan participar implica pensar bien en sus características y necesidades y adecuar nuestras propuestas, personalizándolas. El trabajo en las Residencias va a requerirnos hacer grupos. Y aunque todo criterio para la agrupación de personas presenta limitaciones y puede conllevar errores, hay que tratar de hacer grupos lo más adecuados posible pensando más en el bienestar de sus integrantes que en nuestra comodidad (como organización o como trabajadores). Ello nos va a llevar a profundizar acerca de, al menos, dos **dimensiones básicas de capacidad personal** de las que ya hemos hablado: independencia y autonomía¹⁷.

Cruzando ambas dimensiones distinguiremos, al menos entre cuatro subgrupos¹⁸.

	Autonomía moral	
Independencia funcional	Consuelo	Diego
	Ana	Baltasar

1º Personas con baja Autonomía moral (mayor heteronomía) y baja Independencia funcional (mayor dependencia) –Ana–. Son personas muy frágiles, con un alto deterioro cognitivo y funcional. No poseen capacidad para gestionar su vida ni para tomar decisiones y a veces sólo pueden comunicarse manifestando preferencias, desagrado o disconformidad. Dependen siempre de otras personas para satisfacer sus necesidades más elementales y a medida que se agrava su situación y pierden capacidades, requieren más cuidados¹⁹ que apoyos²⁰ y llegando a ser éstos de gran intensidad.

2º Personas con alta Autonomía moral y baja Independencia funcional (mayor dependencia) –Consuelo–. Son personas que poseen capacidad para mantener el control de vida,

¹⁷ La denominación Válidos/Asistidos, tan frecuente todavía en nuestro lenguaje, ya resulta obsoleta pues no permite discriminar importantes características de las personas, imprescindibles para trabajar en las Residencias.

¹⁸ A efectos didácticos a cada uno de los grupos (o casillas) le asignamos una letra (A, B, C y D) pero nos referiremos a ellas por un nombre propios que se inicia por esa letra (Ana, Baltasar, Consuelo o Diego).

¹⁹ El término **cuidado** parte de un referente conceptual biomédico ligado a la falta de capacidad, a la imposibilidad. Es más paliativo, más proteccionista y menos estimulador. Habla de evitar complicaciones, de minimizar riesgos para favorecer el bienestar personal. Son acciones que ayudan al otro desde un plano de desigualdad (el que cuida tiene más poder y en su estatus asimétrico, le confiere al otro un papel más pasivo, más agradecido, que dificulta ejercicio de derechos). Proporcionar cuidados es paliar sufrimiento, deterioro.

aunque necesitan apoyos de diferente estilo e intensidad para realizar las actividades de la vida diaria. Tienen un gran potencial para la toma de decisiones y para la gestión de su vida, y por tanto, para su participación activa en los centros.

3º **Personas con baja Autonomía moral (mayor heteronomía) y alta Independencia funcional** –Baltasar–. Son personas con dificultades severas para decidir sobre aspectos complejos de su vida aunque si tienen capacidad para realizar elecciones más simples, manifestar preferencias y para desarrollar, por sí mismas, algunas actividades de la vida diaria. Suelen necesitar apoyo, motivación y supervisión, más que cuidados.

4º **Personas con alta Autonomía moral y alta Independencia funcional** –Diego–. Las personas con estas características no requieren de estos servicios.

Las personas que pueden adscribirse a uno de estos cuatro grandes subgrupos suelen presentar características más semejantes entre sí y puede ser menos complicado encontrar respuestas a sus **dificultades para la participación**.

b.2) Dificultades derivadas de la falta de comunicación

Discapacidades sensoriales, deterioro cognitivo, desconocimiento o no disponibilidad de sistemas de comunicación alternativa son causas frecuentes en las Residencias para que ciertas personas no puedan expresarse ni hacerse comprender y ello va a dificultar seriamente su capacidad para participar.

A veces la capacidad de comunicación de las personas se optimizaría simplemente facilitando el uso adecuado de sus gafas y audífonos. Si fuéramos más sensibles a este respecto probablemente no se nos olvidaría nunca ayudar a la persona a colocarse el audífono o facilitaríamos que las personas tuvieran siempre sus gafas accesibles y en óptimas condiciones de uso (limpias, con la graduación actualizada, etc.).

Establecer canales, espacios y sistemas de comunicación adecuados para cada persona va a ser una meta esencial para optimizar sus posibilidades de participación.

b.3) Dificultades a causa de la carencia o inadecuadas oportunidades para la participación

Sabemos que la participación se ve influida por las características del entorno en el que ha de tener lugar. Quienes viven en estas instituciones han de someterse al modo en que cada centro organiza las oportunidades, los “escenarios” específicos de participación. Éstos “escenarios” definen los momentos, los contenidos o ámbitos en los que las personas pueden opinar, decidir; y en cuales no. Por ejemplo, antes de su ingreso, *¿qué sabe la persona acerca de sus posibilidades reales, por ejemplo, para influir en las decisiones que le van a afectar durante su permanencia en el centro? ¿Considera, al menos, que tiene derecho a ello?*

Esta indefinición resultante nos resulta claramente funcional para la organización, es decir, permite a gestores y trabajadores disponer de un amplio margen que ir gestionando, atendiendo a nuestro propio criterio, siendo nosotros quienes regulamos tiempos, espacios

²⁰ El término **apoyo** parte de un referente conceptual de desarrollo, de potenciación, de capacidad. Pretende facilitar o ayudar al otro en lo que no puede hacer. Le reconoce sus derechos aunque tenga dificultades y limitaciones para su ejercicio. Más empleado en educación, busca la promoción de la persona asumiendo riesgos para favorecer el crecimiento y el bienestar personal.

y contenidos en los que las personas pueden o no decidir. Pero preguntémosnos por un momento: *¿cómo es vivida esta ambigüedad por los mayores? ¿Qué esperaban ellos al respecto?*

Sin embargo esta indefinición obligará a cada individuo a ir descubriendo, aprendiendo (observando el comportamiento de sus compañeros y las reacciones del personal, o directamente, cuando trate de hacerlo él mismo). *¿Cuál es el “escenario de participación” que le es permitido en esa organización, en cada momento del día y de la semana, según qué miembro del personal esté de turno, etc.?*

Al respecto de este tema: *¿Por qué han de ser esos los “escenarios de participación”? ¿Podrían ampliarse? ¿Sabemos cuáles son estos “escenarios” en otros centros similares al nuestro? Y si los otros son mejores ¿cómo lo hacen? ¿Podríamos hacerlo también nosotros?*

Antes de profundizar en aspectos motivacionales a nivel individual, quienes trabajamos en los Centros residenciales debemos tratar de cuestionarnos si como organización ofrecemos oportunidades suficientes y adecuadas a las personas. Es decir: *¿La Residencia dispone de suficientes espacios adecuados, para desarrollar actividades significativas y propiciar relaciones atractivas para las personas? ¿Cuál es el papel actual de los profesionales respecto a esta participación? ¿Quiénes podrían decidir más acerca de sus relaciones, de las actividades o de los programas de intervención? ¿Cómo podrían hacerlo? De querer ampliar esos “escenarios de participación”, ¿Cuál sería el modo de favorecer su implicación en la programación de actividades e incluso en otros asuntos de la vida diaria del centro?*

- **Espacios.** La limitación o inadecuación de éstos va a dificultar, en muchas ocasiones, disponer de un entorno idóneo para la relación interpersonal y por tanto, para la participación²¹. La organización de los espacios ha de hacerse de modo que propicie estilos de comunicación y relación plurales: parejas, tríos, pequeños grupos o grupos más numerosos. No permitir esta variedad y homogeneizar los espacios no favorece la participación²².
- **Relaciones.** Las personas somos *seres relacionales*, necesitamos mantener vínculos de confianza y afecto. Es por ello que las Residencias han de favorecer que las personas satisfagan dicha necesidad²³. Esta afirmación nos ha de llevar a realizar un pequeño esfuerzo de imaginación. Si *ellos* fuésemos *nosotros*; *¿cómo nos sentiríamos si estuviésemos obligados a convivir con personas desconocidas*, a las que no hemos elegido, con las que frecuentemente, *no compartimos nada*? Algunas de las cuales presentan *comportamientos extraños* cuando no abiertamente desagradables. No podemos olvidar que en ocasiones la presencia y/o la convivencia impuesta de unas personas genera malestar en

²¹ No olvidemos que la motivación por participar también está íntimamente ligado a la necesidad de relación de las personas por lo que no podemos considerar estos dos aspectos de forma aislada.

²² Una concepción ya obsoleta nos ha llevado a organizar los espacios en entornos masificados que agrupan a demasiadas personas, y que además, resultan muy diferentes. Espacios inadecuados para la relación interpersonal y en los que el *rol* del profesional era más la custodia sin complementarla suficientemente con funciones de apoyo personal, validación o estimulación psicoafectiva.

²³ Recordemos que el concepto necesidad implica que no podemos evitar tratar de satisfacerla. Las personas no podemos elegir si necesitamos o no relacionarnos. Simplemente lo necesitamos. Es, en la intensidad y frecuencia o el estilo de relaciones en lo que nos diferenciamos.

otros. Y que nuestro cometido será, entre otros, lograr ese difícil equilibrio que busca garantizar los derechos de todos (*¿cómo compatibilizar el derecho de unos a elegir con quién estar y el de otros a deambular o a gritar?*, por ejemplo). De ello hablaremos más en el apartado referido al bienestar psicoafectivo de las personas usuarias.

Mejorar las oportunidades de relación entre las personas, favoreciendo que éstas sean valiosas y que se disminuya el estrés o el malestar que genera esta convivencia, constituye un área imprescindible en el que iniciar BBPP.

- **Actividades.** Es frecuente que en las Residencias se *presuma* de la existencia de actividades para las personas, sin embargo, *¿cómo son de atractivas y significativas estas actividades para las personas a las que están destinadas? ¿Qué significa que las actividades resulten significativas para una persona? ¿Son realmente elegidas por ellos de entre un abanico de posibilidades?*

UNA ACTIVIDAD SIGNIFICATIVA ES AQUELLA QUE RESULTA PARA LA PERSONA

Satisfactoria:

- **Que le haga sentir bien** (identificación personal y coherencia con valores, hábitos, preferencias de su vida).
- **Que le ayude a satisfacer sus necesidades personales** (desde las básicas hasta las más abstractas y complejas).
- **Que le interese, que le produzca bienestar, calidad de vida.**

Dada la subjetividad de estos conceptos, sólo cada persona es capaz de establecer lo que le es significativo (nosotros, sólo podemos, aproximarnos e intuir lo que puede ser para la persona).

Proporcionada:

- **Que le merezca la pena.** Es decir, que el esfuerzo sea adecuado a la recompensa que obtiene por realizarla. La idea de recompensa es amplia e incluye múltiples y diferentes dimensiones de cada persona (imagen personal positiva, más o mejores relaciones, entretenimiento, tener una rutina/obligación, disfrute, mejora/mantenimiento de capacidades, sentirse bien, desarrollo personal...).

A veces las actividades más *significativas* son las mismas que siempre hemos hecho, las derivadas de la vida cotidiana. Realizar por uno mismo las actividades de la vida diaria: cuidarse a sí mismo (asearse, peinarse, comer,...), cuidar sus cosas (ordenar su mesilla, hacer la cama, limpiar el polvo, tocar y cuidar sus objetos, ver sus fotos,...)²⁴. Poder hacer las cosas que uno siempre hizo: tejer, hacer ganchillo –unos patucos para la bizneta–, doblar servilletas, barrer, lavar pequeñas prendas,...), dar un paseo, dar de comer a los animales del parque... pueden constituir las mejores opciones de actividad para muchas personas. ¿Somos siempre capaces de comprenderlo y de ofrecérselo?

Al respecto de las actividades en las Residencias, algunas cuestiones continúan pendientes: *¿Sabemos si éstas son significativas para sus destinatarios? ¿Sabemos cómo valorar si lo son? ¿Lo hacemos o no? ¿Podríamos realizar las actividades de carácter estimulativo o terapéutico en un ambiente menos centrado en el profesional? y ¿en un ambiente más natural y grato? Y esta propuesta ¿beneficiaría más a las personas residentes?*

Aunque normalmente cuando hablamos de actividades en una Residencia nos referimos a las recogidas en los programas de intervención también deberíamos pensar más en otros **momentos de corte informal**, situaciones más abiertas y que pueden ser muy valiosas por estimulantes y significativas. Tiempos libres, momentos de conversación e interacción informal, son oportunidades que debemos saber aprovechar.

Deberemos pensarnos en todo el tiempo que las personas viven en la Residencia y plantearnos si la distribución habitual en *tiempo de intervención* frente a *tiempo de ocio* es la adecuada.

De estas y otras posibilidades hablaremos más extensamente en el apartado dedicado a la intervención profesional y sistemas organizativos.

b.4) Dificultades derivadas de la falta de motivación

Decimos que una persona está motivada cuando actúa, y lo hace porque le merece la pena. Es decir, cuando el esfuerzo por implicarse se ve compensado por los beneficios experimentados. Si las personas logran que esta balanza se incline cada vez más y más frecuentemente hacia el lado de los beneficios vividos, entonces el camino de la motivación está iniciado. En el caso de las personas que viven en los Centros residenciales, existen muchos elementos que entran en juego y que debemos valorar.

En primer lugar debemos pensar en su **capacidad de comunicación** y en la adecuación de las oportunidades que brindamos (espacio, actividades y relaciones ya mencionadas). Pero también en otros **aspectos sutiles e invisibles** que están también influyendo: ideas, expectativas y prejuicios que los mayores traen consigo. Considerarlos nos va a ayudar a comprender, por ejemplo, su reticencia a participar a causa del peso de experiencias negativas o aprendizajes previos, expectativas y autoestima bajas –autoprofecía cumplida–, sentimientos de inutilidad, *rol* sumiso, miedo al fracaso, vergüenza de evidenciar sus limitaciones, etc. Sus propias cogniciones también van a influir en su motivación: qué entienden por participar y cómo se sienten a sí mismos de interesados, capaces y competentes para ello. Si creen que **su rol de usuario** incluye decidir, plantear, cuestionar o directamente negarse a hacer algo. Esta visión de sí mismo en relación a su vida en el centro tiene un componente cognitivo pero también emocional y actitudinal y, por tanto, va a predisponer o dificultar su participación.

Por ejemplo, nos podemos encontrar con personas capaces de participar, que sin embargo por miedos, prejuicios o experiencias previas *autolimitan* su implicación. Nuestro trabajo, en esos casos, irá encaminado a proporcionar a la persona oportunidades y experiencias positivas con las que adecuar sus expectativas al recurso. Pero también sucede en sentido opuesto, pues conocemos personas que poseen una idea sobre la participación que excede a sus capacidades y a las posibilidades del centro.

²⁴ ¿En que medida nuestros programas de actividades terapéuticas, que excluyen algunas de estas ocupaciones, desmotivan para el mantenimiento de la Autonomía y la Independencia?

Autoestima y participación son conceptos que están unidos y se realimentan entre sí. La persona puede mejorar su autoestima gracias a la participación y, a su vez, deberemos tratar de que ésta mejore su autoestima para favorecer su participación.

La participación no solo depende de las capacidades propias para hacerlo sino que es el resultado de la interacción de éstas y de las cogniciones, actitudes, deseos, emociones, aprendizajes, resultados previos de la persona.

Un aspecto favorecedor de la motivación será **la elegibilidad**, es decir, la capacidad de que realmente dispone la persona para optar de entre varias posibilidades. **Elegir es motivante**. Además, no hay verdadera participación si no se tiene la capacidad de elegir. Desarrollar posibilidades de elección en las Residencias es necesario para estimular la participación. Pero, ¿elegir qué? La respuesta es clara, **cuanto más, mejor**. Desde decidir vivir o no en ese centro, qué actividades a realizar, con quién y cómo relacionarse; hasta aspectos concretos relacionados con su salud, alimentación, ayuda, aseo o cuidados.

En el caso de las personas que presentan importante deterioro cognitivo, es evidente que no podemos hablar de elegir libremente, sin embargo, buscaremos, en lo posible, respetar sus preferencias y permitir la expresión de sus emociones. Para ello deberemos disponer de las herramientas suficientes –que siempre implican tiempo y espacios adecuados– para ello.

Es en este punto en el que cada equipo, en cada organización, se deberán definir esos “escenarios de participación”, pensando en las personas usuarias (tipologías y características), personalizando todo lo posible.

Nos queda una cuestión por plantear relativa a los “escenarios de participación”: ¿debemos ofrecer sólo aquello que sabemos realmente que la persona puede elegir y nuestra organización ahora permite? Si nos quedamos en ello corremos el riesgo de mejorar poco su participación. Siendo siempre honestos y sabiendo los límites para evitar generar falsas expectativas, más bien deberemos ir buscando ampliar sus márgenes de **elegibilidad**.

Si continuamos invitándoles a participar, pero sin ofrecerles más alternativas o simplemente la opción de no hacerlo, estaremos propiciando lo que denominamos **participación pasiva**. Frecuentemente prácticas profesionales u organizativas buscan esta participación “sea como sea”, en las que la persona no elige participar sino que se ve presionada o inducida por el profesional, el entorno o la familia. Este modo de actuar puede ser adecuado inicialmente pero no es un estilo de actuación generalizable. Usada adecuada y moderadamente, la persona puede –en unos primeros momentos– probar nuevas actividades y relaciones, con la idea de que disponga de mayor criterio para una posterior elección. Pero su utilización de modo habitual evidencia que priorizamos objetivos y resultados de la actividad por encima de la persona, de sus sentimientos y deseos, y resulta cuestionable desde la mirada del Envejecimiento Activo y de los derechos fundamentales de la persona.

Sólo un estilo de participación en el que exista posibilidad real de elección; garantiza los derechos y fomenta la Autonomía moral de las personas usuarias.

Buscamos promocionar, una participación activa que implique una **actitud proactiva** ante la vida, poner en juego, siempre que sea posible, la capacidad de decidir libremente. Una participación, **que no esté centrada sólo en el hacer** (lo que implica siempre cierto **activismo**), **sino en el hacer junto con el querer hacer** (decidir). Vinculando todo lo que se pueda, participación con autonomía moral.

Lograr que la cultura organizativa de nuestras instituciones y que nuestras praxis profesionales lo favorezcan, supone recorrer un camino que se inicia con pequeñas acciones pero que han de buscar **generar procesos que consoliden actitudes y estructuras** catalizadoras de capacidades para la participación activa de las personas usuarias. Decía Ortega y Gasset: “*querer hacer algo exige que queramos todas las cosas que son precisas para su logro*”. Deberemos cuestionarnos nuestro quehacer cotidiano, es decir, nuestras formas de sentir, pensar y actuar con las personas en situación de dependencia.

Las BBPP en este ámbito nos exigirán ofrecer a las personas usuarias **oportunidades de participación**:

- Partiendo de sus deseos, expectativas y capacidades y plasmándolo en una propuesta concreta (en su PPA).
- En todo momento: desde el principio (incluso antes de su ingreso), en la etapa de la incorporación, durante toda su estancia e incluso el momento de su salida del recurso.
- Con una oferta precisa y personalizada, dibujada y negociada junto con ella –y/o su familia–. Los denominados posibles “escenarios de participación”. Especificando, para cada persona y circunstancia, sobre qué podrá tener derecho a decidir y sobre qué no y cómo hacerlo.
- Dándoles la oportunidad de que aprendan a hacerlo, de que mejoren sus competencias a la vez que se les permite ejercerlas (**empoderamiento**²⁵).

Mejorar nuestras actuaciones profesionales en el ámbito de la participación de las personas nos llevará a distinguir cuando **actuamos de modo reactivo** es decir, respondiendo a sus demandas de conocimiento y participación o cuando actuamos de **modo proactivo**. En el primero de los casos, tan sólo les otorgamos beneficios graciables, no garantizados –que dependen más de la persona, del día, del turno– y no tanto de un verdadero reconocimiento de derechos²⁶ de participación. En el segundo, buscaremos su empoderamiento y nos comprometemos a aumentar sus oportunidades para decidir y participar, y a respetar sus decisiones, incluso cuando su resultado implique su no participación.

La participación no es un regalo o un premio, es un derecho. Es un **elemento transversal**, un indicador que nos ayudará a valorar si nuestras decisiones e intervenciones son las adecuadas, es decir, si efectivamente están potenciando capacidades, a la vez que favorecen que las personas continúen siendo protagonistas activas de su vida.

²⁵ Recordemos que el término empoderar incluye, necesariamente, dos componentes: capacitar y dar poder sobre los aspectos que le son propios a la persona.

²⁶ En esta línea es importante recoger por escrito en la información que se le proporciona a la persona usuaria y a su familia, los derechos y oportunidades de que dispondrá en el centro en materia de participación. Pudiendo recogerse a modo de compromiso en el contrato que ambas partes firman al ingreso.

Pero hablar de participación también es pensar en **la participación de todos los agentes** que están implicados en el desarrollo del recurso. En primer lugar por supuesto, las personas usuarias, pero también la de sus familias y la de los trabajadores de la Residencia.

2.2. Participación de las familias en la Residencia

a) Importancia y ventajas de la participación de los familiares en la Residencia

En la actualidad, el marco de las políticas sociales nos hace cuestionarnos si muchos de nuestros centros conceden una excesiva preponderancia a los trabajadores y responsables de los mismos en detrimento del protagonismo de otros agentes. Destacan, por supuesto las propias personas usuarias, pero también, aunque en menor medida y con matices, sus familiares así como la comunidad de la que forma parte.

Nadie duda de la necesidad de dar oportunidades de implicación a las familias de las personas mayores de los centros. Nadie pondría en duda las ventajas que ello puede implicar, sin embargo, también supone riesgos y dificultades que no podemos obviar.

Empezaremos por las ventajas que ofrece a diferentes agentes.

Muchas pueden ser las **ventajas para la persona residente** de la implicación de su familia en el centro: sentirse más apoyado en sus nuevas relaciones, reforzado en sus esfuerzos (como objetivos o intereses de carácter rehabilitador o terapéutico, de orden participativo o de socialización). Le puede ayudar a encontrar más sentido a su existencia, en las condiciones, con las capacidades que ahora tiene. A sentirse más reconocido, a *conectar* su vida de siempre y sus *personas clave* con su nuevo lugar de vida. Todo puede tener más sentido y ser más agradable y favorecedor para el mayor en el centro si la familia participa y se interesa. Y cuanto más consciente sea la persona, mayor su autonomía, más ventajas experimentará si sus allegados se implican en este nuevo entorno vital.

Sin embargo, y aún siendo incuestionables dichas ventajas, también pueden generar situaciones complicadas si la implicación de la familia relega a un segundo plano a la persona usuaria, limitando, por ejemplo, su capacidad de decisión. La familia en estos casos puede ser un elemento que nos desoriente y distancie de nuestro objetivo, el desarrollo de capacidades y el bienestar de la persona. La prudencia y la comunicación serán cualidades a potenciar. Si las personas son más heterónomas, el papel de la familia, tendrá la función de ejercer la Autonomía moral perdida, de forma delegada.

También **la familia** puede experimentar el efecto positivo de implicarse en la Residencia. Podemos distinguir dos niveles distintos de implicación. Uno se refiere a la participación de los familiares en relación con el bienestar de su persona querida (acompañándolo o colaborando en tareas de ayuda o cuidado, etc.). En otro nivel de implicación los familiares participan en actividades o en aspectos generales del centro, de modo que, logran, además, la mejora del propio centro, afectando sus beneficios a otros mayores. Estos son los familiares que colaboran en actividades y talleres, que aportan sugerencias en comisiones o grupos de trabajo, que se relacionan y comunican con otras familias, etc.

Las actividades que desde la Residencia se organizan para los familiares tienen a disminuir los sentimientos de culpa que algunos presentan en el momento del ingreso residencial. Conocer mejor el funcionamiento del centro y establecer vínculos de confianza y coordinación con el personal le va a permitir relacionarse mejor con su familiar y ayudar a ésta en estos momentos pero también ayuda al residente a vivir mejor esta etapa de su vida.

Quienes trabajamos en las Residencias sabemos que los familiares pueden ser una oportunidad única de reconocimiento de nuestro trabajo, de *feedback*. Una relación adecuada con ellos, puede, a largo plazo, mejorar el reconocimiento social de quienes trabajamos con estas personas.

Para trabajar adecuadamente con personas en situación de dependencia sabemos que es esencial mantener un grado suficiente de compromiso y motivación. Máxime cuando éstas –por razones de salud o discapacidad– no pueden comunicarse y/o expresar sus sentimientos o su reconocimiento. En esos casos las familias nos pueden ayudar a seguir adelante, a continuar buscando la mejora continua, sin perder ese punto de ilusión y humanidad imprescindible en nuestro trabajo.

También gracias a la colaboración de las familias, podemos organizar actividades, ampliar el repertorio de relaciones y vivencias estimulantes, capaces de generar vínculos, emociones positivas y experiencias novedosas. Todos estos aspectos resultan positivos para el bienestar de todos (personas usuarias, familiares y trabajadores) y constituyen una fuente de recursos que mejoran el funcionamiento de la Residencia.

b) Dificultades para la participación de los familiares

Sin embargo siendo muy importante esta participación de los familiares, no es sencillo de lograr. A la dificultad inherente al horario del recurso (muchas veces coincidente con los horarios laborales o académicos) hemos de añadirle la actitud de muchos gestores y trabajadores que no creen en sus beneficios y la perciben, sólo, como una incómoda forma de control externo. También es cierto que algunos familiares intervienen de una forma inadecuada, tanto en el contenido como en las formas de expresión. Entonces habrá que reorientar ésta hacia una colaboración constructiva para su familiar pero también para el conjunto de las demás personas usuarias.

Las experiencias previas, cogniciones, sentimientos de quienes trabajamos con estas personas se entremezclan y explican situaciones y reacciones que tenemos y que pueden favorecer o inhibir el acercamiento de familiares o amigos de las personas usuarias. Por ejemplo, una actitud paternalista o proteccionista o cierta inseguridad en nuestra forma de trabajo favorecen una actitud recelosa ante las visitas. Perdiendo, en ocasiones, una oportunidad única para que la persona mejore su bienestar (afectivo, relacional, etc.) y para que el familiar logre una mejor interacción, conocimiento e implicación. Lograr la comprensión, tolerancia y habilidad necesaria para posibilitar esta colaboración nos exige sensibilidad para valorar adecuadamente cómo influye esta vinculación de sus seres queridos y para ser conscientes de que la Residencia, su nuevo hogar, es el único lugar disponible para relacionarse con amigos o familiares²⁷.

²⁷ Cada vez nos encontramos más familias con relaciones y un pasado conflictivo que van a requerirnos manejar con delicadeza estos encuentros. Incluidos también conflictos que llevan sentencias judiciales. En cualquier caso, el equipo deberá conocer y respetar los deseos de la persona residente, comprobar que ésta se beneficia de esa visita o participación (conocer los efectos en su estado de ánimo, en su salud...) y tratar de favorecerlas más.

c) Convencidos de las ventajas de esta participación, ¿cómo hacerlo?

Favorecer el proceso de participación de los familiares requiere informar y motivar de esta posibilidad desde el momento del pre-ingreso y que luego se propicie, en todo momento, ofreciéndoles oportunidades de colaboración factible y adaptada a las características y deseos de cada individuo y de su familia. La concepción que los familiares tengan de la Residencia va a favorecer o no su implicación. Sólo la información y el conocimiento del mismo (objetivos, prioridades, sistemas de funcionamiento) la favorecerán. Pero ello no es suficiente. Tendremos que *repensar* nuestras actitudes y formas de actuar y analizar las barreras organizativas que nuestra institución (personalizada en gestores y profesionales) pueden presentar.

Siendo realistas, sabemos que en muchas ocasiones cuando familiares se implican en los centros están haciendo un esfuerzo. Los equipos tendremos que ser conscientes y plantearnos si podemos minimizar dando facilidades de modo que el individuo se vea más beneficiado. Para ello, los sistemas organizativos y de funcionamiento cotidiano del centro han de ser revisados buscando esta *facilitación*: en la forma de desarrollo de su reglamento de régimen interno, minimizando las dificultades y limitaciones, ajustando la capacidad de asumir riesgos²⁸, mejorando la actitud de cada trabajador hacia esta colaboración, buscando, para cada persona, las mejores oportunidades, dialogando y negociándolas si es necesario²⁹.

Deberemos ser capaces de ofrecer propuestas o alternativas incluso ante pequeñas iniciativas o interés expresado por los familiares por conocer o implicarse más. Secuenciar su acceso también va a favorecer el proceso. Empezar por ofrecerles colaborar en cometidos o tareas sencillas para ir luego ampliando en complejidad (como las que se requieren en situaciones grupales o en aspectos más relacionales).

3. BIENESTAR PSICOAFECTIVO: EMOCIONES, COMUNICACIÓN Y CONVIVENCIA

3.1. Bienestar psicoafectivo de las personas residentes: la relación del personal hacia las personas usuarias y relaciones entre personas usuarias

¿De que hablamos cuando nos referimos a bienestar psicoafectivo de las personas? Desde luego, no se trata de un concepto simple, por el contrario es la combinación armoniosa de diversas dimensiones que, actuando de forma interactiva, permite esta vivencia subjetiva. Veamos algunas de ellas:

- **Bienestar emocional:** es vivir y expresar emociones positivas. Es experimentar seguridad. Es disponer de ambientes gratificantes, estables y predecibles, en los que poder elegir personas a las que vincularse y que nos permitan suficiente intimidad.

²⁸ ¿Quién decide lo que puede o no hacer un familiar? ¿Quién asume el riesgo de que tareas básicas de cuidados, por ejemplo, sean proporcionadas por personas que no son miembros del personal?

²⁹ ¿Cómo están en nuestra organización las posibilidades de participación de las familias? ¿Optimizamos las oportunidades disponibles? ¿Qué más podríamos hacer?

- **Relaciones interpersonales:** es tener amigos (sentirse querido, único, preferente para alguien). Es recibir *feedback* positivo de otros. Intercambiar afectos, relacionarte con tus figuras de afecto (familiares, amigos). Tener la opción de participar de ambientes grupales positivos, agradables, que te hagan sentir bien, que no causen estrés, sufrimiento, ni *malestar*.
- **Desarrollo personal:** es disponer de proyecto vital, es tener ilusiones, poder materializar sueños y deseos. Es desarrollar áreas de tu vida *para lograr* tu máximo potencial, mejorar capacidades personales (prevención, rehabilitación etc.). Es empoderarse, sentirte útil y satisfecho, sentirte bien, feliz.
- **Sentirse y percibirse capaz, competente para gobernar su vida: es sentirse valioso,** poder hacer elecciones, es saber y poder controlar su vida (metas y decisiones personales). Es gestionar objetos propios, valiosos, significativos para uno. Es cuidar, mantener la propia imagen (identidad personal), mantener una buena autoestima, ser capaz de adaptarse a entornos y circunstancias cambiantes, disponer de sistemas de atribución de causalidad adecuados³⁰.
- **Integración, pertenencia, apoyo social:** es desempeñar *roles* sociales valiosos. Es sentirse miembro de un colectivo, en un grupo, integrado en una comunidad. Es ser “alguien” para otros.
- **De bienestar físico:** es disfrutar del cuerpo, vivir experiencias sensoriales placenteras. Es no tener molestias, dolores, o tener que soportar medidas que generen disconfort (recordemos que lo corporal siempre afecta a lo psicoafectivo).

Las redes de apoyo social van a jugar un relevante papel, máxime entendiéndolas en un sentido amplio, como ese conjunto de personas que te brindan ayuda, pero sobretodo, apoyo psicológico. Es saber que hay personas que se preocupan por uno, que no les quieren, que somos estimados y valorados y que pertenecemos a una red que implica comunicación y relación mutua. Es poder satisfacer nuestras necesidades sociales básicas a través de la interacción con otros. Es sentirse apoyado por aquellas personas que a cada uno le son significativas.

En general, las redes de apoyo social de las personas mayores se establecen en torno a tres ejes:

- **La Red exterior,** constituida mayoritariamente por familiares y, en mucha menor medida, por amigos que mantienen, en general, contacto con las personas mayores mediante visitas.
- **La Red de compañeros de la Residencia:** formada por aquellos compañeros con los que mantienen relaciones de forma habitual. La intensidad del vínculo, a su vez, puede oscilar desde una relación de compañía superficial –*estar sentados juntos*–, a una relación de ayuda mutua, verdadera confianza y cariño. En la actualidad el aumento de personas usuarias con un perfil de mayor heteronomía (personas con demencias en fases más avan-

³⁰ Numerosas evidencias en la literatura científica descubren el importante papel del control percibido –y algunos constructos que ayudan a explicarlo como la percepción de control, la atribución de causalidad, la autoeficacia, el dominio o el sentido de coherencia– en la vivencia del bienestar subjetivo de las personas a medida que envejecen (García Martín, 2002).

zadas) está propiciando un decaimiento del *tono convivencial* de los centros y la disminución real de *oportunidades relacionales* para las personas que conservan sus capacidades mentales y su autonomía moral.

- **La Red de personal:** es la otra fuente de apoyo social, la que proporciona el personal de los centros. Con calidades, intensidades y estabilidad en el tiempo muy heterogéneas.

Si bien las Residencias deberían propiciar que las personas dispusieran de la mayor cantidad y calidad en su red de apoyo social, los sistemas organizativos y las formas de trabajo no priorizan, en general, este aspecto del bienestar psicoemocional de las personas.

Y en estos contextos relacionales, tiene lugar las emociones desempeñando un papel esencial en la vida de las personas. Proporcionan las bases para la interacción entre las personas, *colorean* nuestra vida y nos permiten seguir *enganchados* al mundo de forma adaptativa, ofreciéndonos información sobre cómo nos estamos relacionando con otras personas, en situaciones y contextos. Las investigaciones sobre emociones nos aportan dos valiosas ideas que debemos considerar: Las emociones afectan a la salud³¹, y son, resultado, a la vez que componentes de la experiencia de bienestar de las personas. Es decir, no sólo tenemos emociones positivas cuando estamos bien sino que **necesitamos emociones positivas para estar bien**. Y esto nos afecta a TODAS las personas, no sólo a aquellas que sufren dependencia.

Es por ello que favorecer el desarrollo emocional de las personas va a constituir una meta central para que puedan mejorar su calidad de vida. Los siguientes objetivos nos orientan a lograrlo:

- **Prestar atención a sus emociones**, identificarlas, valorarlas. Ayudarles a que ellos mismos también las consideren: que las distingan en sí mismos y en los demás. Que puedan, si lo desean, comprender, aceptar por qué surgen (si es por pensamientos, recuerdos, situaciones, actividades específicas, etc.). Respetarlas.
- Favorecer que **experimenten y expresen emociones positivas**: facilitando relaciones y actividades significativas, valiosas.
- Ayudar a las personas a reconocer y a emplear sus **mecanismos de regulación emocional** (tales como la distracción, selección o modificación de situaciones, participación, relajación, etc.).
- Favorecer que las personas aumenten su capacidad de **control de las emociones**: saber que ellos pueden decidir qué hacer para sentirse bien (relaciones, actividades u ocupaciones le resultan mejor a cada uno). Las oportunidades de elección y participación en las Residencias son imprescindibles para lograr este desarrollo emocional.

Dado el valor de las emociones en el bienestar psicoemocional, y por tanto, en la calidad de vida de las personas, es imprescindible que sean consideradas en toda relación, contexto, actividad de los centros de atención. Las emociones no pueden quedarse como objetivo de algún profesional específico, ni quedar relegado a ciertos momentos informales o programas aislados. **Las emociones**

³¹ Influyendo, principalmente, en el funcionamiento del sistema cardiorespiratorio y la conducta dérmica. Por ejemplo, algunas emociones de carga negativa (como la ira o el miedo) se relacionan con diferentes enfermedades somáticas. Sin embargo, las emociones positivas (como la alegría o la sorpresa) conducen generalmente a estados físicos más saludables y por tanto la calidad de vida.

se viven cada minuto. Este bienestar ha de ser promovido, y, por tanto, considerado **eje transversal y compromiso de TODOS**. Posibilitar emociones positivas ha de ser un cometido compartido de todos. Y ello no es sencillo en unas organizaciones que han estado siempre centradas más en el bienestar físico que en sus diversas dimensiones (preventiva, rehabilitadora, curativa, paliativa).

Contemplar la dimensión psicoafectiva de la persona nos va a ayudar también a prevenir mejor su dependencia, en la medida que ésta la entendemos como un **constructo multicausal** donde interactúan factores diversos: biológicos, psicológicos y sociales. Todos ellos, incluido también lo emocional, son antecedentes que **inducen a la dependencia conductual**, a solicitar o aceptar pasiva o activamente el apoyo o ayuda de los demás.

La dependencia, como todo proceso, se va construyendo a partir de diversos *inputs*. El primero, por supuesto es la discapacidad “real” de la persona. Pero quienes conviven o trabajan con ellos también están determinando esta construcción. Junto con las cogniciones y formas de comportarse de familiares y cuidadores interaccionan otras variables o factores (como el apoyo social de la persona, la imposibilidad de promover su independencia por existir barreras arquitectónicas, etc.) definiendo la verdadera dependencia que manifiesta una persona.

Nuestra capacidad para favorecer su bienestar psicoafectivo (animando, demostrando confianza en sus capacidades, potenciando su autoestima, valorando...), estimulará a la persona a esforzarse en implicarse, participar; en mantenerse independiente y autónomo.

Es imprescindible no conformarse con la “dependencia aparente” sino cuestionarse si la persona presenta un **exceso de discapacidad** (cuando posee **más deterioro de lo que debería**, como el que provoca el **desuso** de capacidades y no como consecuencia directa de un estado de fragilidad física o enfermedad). En este caso deberemos optimizar las oportunidades de utilización de éstas pues esta discapacidad tiene **carácter reversible**. Requiere que revisemos los factores ambientales y psicológicos de nuestros recursos (barreras que minimizar de todo tipo: físicas pero también las relacionales, los sistemas y rutinas organizativas, los estereotipos y prejuicios, las atribuciones negativas, etc.).

En las Residencias las personas usuarias son tan heterogéneas que obligamos a **convivir en un mismo espacio**, muchas veces reducido, a **individuos con muy distinto tipo y nivel de deterioro**. Esta *convivencia forzada* genera, frecuentemente, un importante impacto en aquellos que tienen sus capacidades más preservadas. En muchas ocasiones, ni siquiera es expresado abiertamente por éstos y sólo se manifiesta en la disminución del interés por acudir o participar en el centro, en sentimientos de tristeza o deseos de aislamiento. Indudablemente, este impacto es diferente en cada persona, dependiendo de sus características personales, sensibilidad, carácter, tolerancia, empatía, experiencia con personas en situación de dependencia, capacidad para comprender, etc.

Por otra parte, también es cierto que en ocasiones grupos *mixtos*, en el que interactúan personas con niveles cognitivos muy diversos presentan aspectos positivos para las personas. Será función nuestra el ser capaces de saber en cada circunstancia, grupo y persona si ésta agrupación es positiva o no lo es pues *unas* personas puedan sentirse *dañadas* por la presencia impuesta de las *otras*.

El poder de identificación con esas personas, ver ejemplificado en otros su propio miedo al deterioro o a la enfermedad, está en el origen de muchos enfados y de la intolerancia que frecuentemente algunas personas mayores manifiestan. No descartamos tampoco que algunos individuos sientan pena de estos compañeros a la vez que disminuye su propia autoestima. A ello debemos añadir la dificultad objetiva de algunos para comprender los comportamientos alterados de sus compañeros (pues ellos mismos no disponen de todas sus capacidades preservadas) y también para tolerarlo en la convivencia cotidiana.

Entonces... ¿*Qué podemos hacer?* No basta con suponer que nuestros centros propician el bienestar psicoafectivo sino que hay que abordar aspectos específicos del mundo emocional y relacional. Las BBPP deberían orientarse a:

1. Dar más valor al mundo emocional:

- Cuestionándonos los sistemas organizativos y normativos y cómo afectan a las vivencias, a las emociones positivas de las personas usuarias.
- Preguntando a las personas directamente por su opinión sobre aspectos de su vida emocional (preferencias, dificultades, propuestas, etc.).
- Sensibilizándonos, motivándonos y capacitándonos para mejorar nuestra actuación en el terreno de las relaciones y las emociones, de forma individual y colectiva.

2. Tratar de **minimizar o evitar que personas con mayor autonomía** si les afecta negativamente o no lo desean, **deban compartir espacios con personas que presenten alteraciones conductuales graves o un deterioro físico evidente** (escaras, babeo, quejidos, alteraciones posturales...).

3. Tratar de **minimizar las situaciones que más disturban el bienestar de las personas e impiden una convivencia enriquecedora**. Programando la ocupación de los espacios, el traslado de las personas, limitando el acceso de algunos de ellos a las otras salas, etc. También, por supuesto, habilitando espacios adecuados en los Centros residenciales, en los que las personas con más deterioro puedan, en ciertos momentos, estar más tranquilos y cómodos. Estos momentos suelen ser más necesarios cuando la persona esté más alterada, o en momentos especiales.

Los equipos deben desarrollar grandes dosis de imaginación para encontrar soluciones técnicas que pongan las mejores condiciones ambientales posibles, estableciendo entornos que permitan más intimidad y mejor atención (biombos, cortinas, salas de descanso, baños más separados del resto, etc.).

- **Ayudar a las personas que puedan sentir el impacto de esta convivencia forzosa a mejorar su capacidad de afrontamiento de estas situaciones** –que seguro siempre van a producirse–: que, por ejemplo, puedan comprender mejor comportamientos³², compartir las emociones que les producen al ofrecerles la posibilidad de hablar de ellos, y de sus *miedos* (con la persona que prefiera, en momentos y espacios adecuados).

³² Por ejemplo, ante conductas de personas con demencia, que sean capaces de hacer atribuciones lógicas de las mismas y no sentirse referenciados personalmente.

- Iniciar procesos, para lograr crear **estructuras estables de participación** en las que las personas usuarias que mantienen sus capacidades cognitivas, se impliquen en aspectos organizativos para la mejora del recurso. En este caso se trata de **elaborar, implementar y evaluar estrategias para mejorar la convivencia y el bienestar en la Residencia**.

Bienestar y comunicación

Sabemos que la comunicación es esencial para las personas, por ello, la incapacidad para hacerlo adecuadamente provoca a las personas importantes consecuencias emocionales negativas. Debemos dirigir esfuerzos para fortalecer la comunicación entre los trabajadores y las personas residentes.

Es imprescindible mejorar la calidad de la comunicación de quienes no tienen dificultades para ello y facilitarla en quienes sí las presentan. La profesionalidad debe ir asociada a permanecer sensibles a esta necesidad y generar y mantener valiosos canales de comunicación. Buscar sistemas de comunicación alternativa, facilitar momentos, entornos y lenguajes. Todo ello es necesario para facilitar la expresión de emociones pues con ello mejoraremos su bienestar, y también podrán reducirse conflictos y respuestas agitadas. El empleo adecuado de estrategias como la terapia de validación, va a favorecer esa expresión emocional³³.

Dos aspectos han de ser considerados si buscamos optimizar el bienestar psicoafectivo de las personas en situación de dependencia. Uno se refiere a la mejora de las relaciones entre la persona usuaria y el persona con el que tiene relación (en términos de cantidad –oportunidades– pero más aún de calidad). La otra es la mejora de la calidad de las relaciones y de la convivencia entre las propias personas usuarias.

3.2. Problemas de conducta de las personas usuarias (abordaje y prevención)

Recordemos que los comportamientos problemáticos pueden ser considerados como expresiones de malestar de las personas que causan malestar a otras personas. La persona con un deterioro causado por una demencia no tiene capacidad para satisfacer sus necesidades por lo que se expresa y comporta de modo disfuncional. **Los comportamientos problemáticos son una expresión de necesidades no cubiertas y que se expresan de este modo**. Ello explica que, por ejemplo, la agresividad se manifieste con más frecuencia en el aseo íntimo, cuando seguramente la persona se sienta más vulnerable o amenazada.

La capacidad para reconocer las necesidades del otro y favorecer su satisfacción tiende a mejorar esos comportamientos disruptivos. Indudablemente, también disponer de un entorno que cuente con las condiciones que lo permitan. Sin embargo, se producen situaciones con personas

³³ Recordemos que la terapia de validación promueve que la persona que padece demencia pueda expresar sus emociones, sin embargo requiere del personal una actitud de sensibilidad y aceptación que le permita respetar, sin entrar en valorar ni por supuesto centrarse ni corregir aspectos cognitivos. Frecuentemente el personal equivoca esta técnica al tratar de aprovecharla para trabajar objetivos de orientación personal (reconocimiento de personas, lugares o fechas) lo que impide su objetivo: facilitar la expresión y mejorar su sensación de bienestar.

que nos llevan a plantearnos medidas que restrinjan su libertad, habitualmente ejemplificado en limitaciones a su movimiento.

Entonces, **¿qué podemos hacer?** Lo primero es tener claro que siempre hay posibilidades que explorar para abordar mejor estas situaciones. En este terreno, las técnicas de modificación de conducta ofrecen repertorios para cambiar la frecuencia, intensidad, duración o localización de algunos comportamientos específicos. Siempre a través de la modificación de los estímulos que lo provocan (antecedentes) o de los sucesos que ocurren tras el comportamiento (consecuentes) y que aumentan la probabilidad de que ocurra en un futuro³⁴.

La mayoría de estas técnicas conductuales (como el reforzamiento, la contingencia, la evitación y el modelado) se basan en la certeza de que el aprendizaje ocurre cuando un comportamiento tiene en un tiempo muy próximo, un refuerzo. Y, ello a pesar de que la capacidad de aprendizaje está muy afectada en personas con enfermedades neurodegenerativas, el ambiente –social y físico– puede ejercer una importante influencia sobre su comportamiento.

Son especialmente efectivas en personas con deterioro cognitivo el control de estímulos, la manipulación ambiental y la modificación de contingencias de reforzamiento de comportamientos.

4. INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y SISTEMAS ORGANIZATIVOS

4.1. Principios y criterios de la intervención con personas en situación de dependencia en las Residencias

No podemos tratar los programas de intervención sin referirnos primero a los **Principios**³⁵ que los sustentan. Ello es referirse a su filosofía, al valor de las personas y de sus derechos y al papel que deberemos desempeñar los trabajadores de los centros de atención a estas personas. Es volver a conectar con los Principios éticos ya expuestos, pues ellos orientan toda intervención profesional.

Los Principios son el eje alrededor del cual deben girar las intervenciones que han de estar siempre supeditadas al cumplimiento de éstos. **Los Principios de la intervención con personas en situación de dependencia son:**

- a) **Principio de participación.** Las personas tienen derecho a participar en aquello que les es propio, aquello que está relacionado con su vida. Tienen derecho a disfrutar de relaciones y al pleno desarrollo de una vida personal, libremente elegida. Adaptar este principio a quienes precisan atención (apoyos y/o cuidados) y también sus familias, es

reconocer que tienen derecho a estar presentes y a participar en la toma de decisiones que les afecten (sus relaciones, bienes, PPA, cuidados, etc.).

- b) **Principio de autonomía y elección.** Las personas destinatarias de los programas tienen derecho a mantener el control sobre su propia vida, es decir, podrán actuar con libertad. Este principio es el esencial. Hace referencia al reconocimiento de la capacidad de autogobierno de las personas para tomar sus decisiones. Por tanto, a poder elegir sin coacciones externas, entre diferentes opciones y alternativas.
- c) **Principio de dignidad.** Todas las personas tienen un valor intrínseco sea cual sea su circunstancia. Merece respeto su individualidad y su intimidad.
- d) **Principio de individualidad.** Todas las personas son iguales en cuanto al ejercicio de sus derechos, pero cada una de ellas es única y diferente del resto. Las intervenciones han de contemplar dicha especificidad.
- e) **Principio de integralidad.** La persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales y las intervenciones deberán considerar siempre este hecho.
- f) **Principio de integración social.** Todas las personas son miembros activos de su comunidad y ciudadanos con derechos. Deben tener posibilidad de disfrutar, si lo desean, de cuantos bienes sociales y culturales existan, así como de disponer, de espacios para la participación social.
- g) **Principio de independencia.** Todas las personas han de tener acceso a programas informativo-formativos dirigidos a la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía. Aquéllas que lo necesitan, tienen derecho a recibir apoyos que mejoren su situación, minimicen su dependencia y heteronomía y faciliten su bienestar personal.
- h) **Principio de continuidad de apoyos y cuidados.** Las personas que se encuentran en situación de fragilidad, dependencia y/o heteronomía tienen derecho a recibir la atención (apoyos y/o cuidados) que precisan de manera continuada y adaptada a sus circunstancias cambiantes.

En otro nivel de concreción, **los criterios** constituyen la metodología que hará posible el cumplimiento de estos principios. Principios y criterios **se necesitan recíprocamente**. Definen cómo hemos de actuar, cómo lograr una *buena praxis profesional*. Establecen metodologías y procedimientos de trabajo y relación y nos orientan a la hora de definir la tipología y la intensidad de los apoyos y/o cuidados que deberemos proporcionar.

³⁴ Por ejemplo, la inexistencia de señales o carteles que facilitan la localización del baño puede provocar un episodio de agitación y de incontinencia. Así como prestar atención a una persona que se ha comportado de manera agresiva puede facilitar que en futuras ocasiones la persona, para recibir tal atención, se comporte de la misma manera de nuevo. Sin embargo, si un comportamiento es seguido de algo no agradable, el comportamiento tiende a ocurrir menos.

³⁵ Extraído de Rodríguez Rodríguez, P. (2006).

criterio	Consiste en:	Algunas reflexiones para las BBPP
De diversidad	Disponer de oferta diversificada de respuestas ante necesidades y preferencias de las personas. Disponer de un abanico amplio de metodologías, programas, espacios y relaciones diversos (aumentar elegibilidad y autonomía de la persona).	<i>¿Están las Residencias más preparados para alguna tipología específica de personas usuarias? ¿Tenemos más respuestas (programas, estilos de relación y espacios) para un determinado subgrupo de personas? En general, ¿a qué subgrupo no damos lo que precisa/desea?</i>
De accesibilidad e interdisciplinariedad	Ofrecer contextos y relaciones con elementos facilitadores (integradoras, que mejoren funcionamiento y reduzcan discapacidad) desde la interdisciplinariedad (con inclusión de personas usuarias y/o sus familiares y de la comunidad).	<i>¿Disponemos de entornos accesibles adaptados a las características de todas las personas? ¿Incluidas las adaptaciones para la comunicación? ¿Cómo es de interdisciplinar nuestra atención? ¿Generamos ideas propuestas nuevas o simplemente superponemos saberes y disciplinas? ¿Damos respuestas multidisciplinares o transdisciplinares? ¿Participan todos en el equipo? ¿Son todos igual de considerados?</i>
De globalidad	Ofrecer espacios, relaciones e intervenciones capaces de satisfacer TODAS las necesidades de la persona: básicas, psicológicas, socioafectivas, emocionales, etc. Aprovechar el carácter sistémico de entornos, intervenciones y relaciones.	<i>¿Damos respuesta a todas las necesidades de las personas, incluidas las más complejas, abstractas y subjetivas (autoestima, pertenencia, afecto, desarrollo personal,...)? ¿Tenemos demasiado compartimentadas las acciones, los tiempos, los roles? ¿Hay áreas u objetivos que siendo de todos... en la práctica no son de nadie?</i>
De flexibilidad y atención personalizada	Hacer propuestas capaces de ser modificadas, en cualquier momento para adaptarse a las personas en ese momento (y no al revés). Desplegar planes individuales de atención (PPA) que reflejen preferencias y necesidades personales y socio-culturales.	<i>¿Se adaptan nuestros programas y actividades a las personas o más bien al contrario? Los PPA ¿se utilizan realmente? ¿Reflejan la situación actual de cada individuo? ¿Registran información relevante para conocer realmente, necesidades y preferencias de la persona?</i>
De proximidad y enfoque comunitario	Favorecer la apropiación, el control de las personas sobre su entorno más inmediato. Posibilitar oportunidades reales de interacción personal, intergeneracional, comunitaria.	<i>¿En qué medida favorecemos la integración en la comunidad? Nuestro sistema de acceso y visitas ¿favorece las relaciones con el exterior de las personas usuarias? ¿Cómo estimulamos la implicación del personal, de vecinos, amigos o proveedores en el centro?</i>



criterio	Consiste en:	Algunas reflexiones para las BBPP
De prevención y rehabilitación	Diseñar un enfoque preventivo y rehabilitador. No aceptar el nihilismo terapéutico. Mantener actitud constante de explorar nuevas posibilidades de intervención (siempre es posible restaurar o descubrir capacidades y prevenir el incremento de la dependencia y heteronomía).	<i>¿Parte de las capacidades reales y trata de potenciarlas? ¿Logramos promover la independencia? ¿Analizamos nuestro estilo de proporcionar cuidados? ¿Tenemos establecidas pautas concretas respecto a la cantidad e intensidad del apoyo para cada persona y situación? ¿Se cumple? ¿Cómo se transmiten? ¿Pretendemos, realmente prevenir la heteronomía? ¿Lo logramos? ¿Desarrollamos adecuadamente acciones de carácter preventivo de los tres niveles (1º, 2º y 3º)?</i>
De coordinación y convergencia	Posibilitar la coordinación con los servicios profesionales (servicios sociales y sanitarios –de base y especializados–, culturales, educativos) y con la familia.	<i>¿Disponemos de sistemas de coordinación estables (transmisión bilateral de información –oral y escrita–, y derivación, etc.) con otros servicios, recursos, profesionales? ¿Qué nos queda por mejorar en la coordinación/implicación con las familias?</i>
De incorporación de valores éticos en la intervención	Justificar toda práctica profesional sobre los criterios y principios de la intervención. Considerar los aspectos éticos en cada decisión. Vigilar el respeto a los derechos de las personas más vulnerables.	<i>¿Qué sensibilidad y conciencia respecto a los valores y derechos de las personas presenta el personal? La cultura organizativa: sistemas de organización, turnos, organización de la atención, etc. ¿Consideran los derechos que las personas consideran prioritarios? ¿Prevalcen los intereses/derechos de los trabajadores y/o los de la organización? ¿Constan los aspectos éticos en los contratos, registros, historias, programas, PPA? ¿Hablamos de ellos en las reuniones? ¿Generamos información al respecto?</i>

4.2. La metodología de trabajo: El trabajo en equipo interdisciplinar

a) Definición y funcionamiento básico del equipo interdisciplinar

“Nunca se podrá hacer buena música si los integrantes de la orquesta no escuchan a sus compañeros”

(Rubinstein)

Se ha escrito mucho sobre la necesidad de trabajar en equipo interdisciplinar (TEI) en nuestros recursos y el sentido común nos ha llevado, antes incluso de disponer de certezas, a saber que era cierto. Ya sabemos que es imprescindible la convergencia de diferentes enfoques o disciplinas que actúen de modo *complementario* y nos permitan superar las naturales limitaciones de una sola mirada. Solo de este modo podemos trabajar y relacionarnos mejor con personas en situación de dependencia (en su mayoría vulnerables y que sufren) en contextos organizativos y relacionales complejos.

El equipo interdisciplinar está formado por diferentes profesionales que sienten la convicción de que juntos pueden alcanzar el objetivo mejor que individualmente, y, por tanto, aportan sus criterios, conocimientos, experiencias, técnicas y sensibilidades.

Pero la *suma* de varios profesionales no garantiza el trabajo en equipo interdisciplinar. Aunque en ocasiones los términos *multi* e *interdisciplinar* se han empleado indistintamente, existen importantes diferencias entre éstos. El **equipo multidisciplinar** agrupa a diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma independiente, valorando y actuando por separado y sólo interactúan entre ellos de manera informal. Sin embargo, en el equipo interdisciplinar trabajan con **un enfoque interdisciplinar**, en un área común de forma interdependiente e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Intercambian información de una forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y trabajan juntos para conseguir unos objetivos comunes. El “producto” de su trabajo siempre es mucho más que la suma de ellos puesto que crean más propuestas y mejores, capaces de acercarse más a lo que la persona mayor desea o necesita.

Esta filosofía de trabajo permite un espacio y un tiempo óptimo para un *encuentro productivo*, un entorno donde libremente circulen opiniones, saberes y afectos entre profesionales y los propios mayores (y/o sus familiares).

En realidad, el TEI requiere sumergirse en un proceso que requiere repensar **qué puedes aportar tú** (tu disciplina) **a la persona usuaria y a la organización**. Es un itinerario que nos lleva a enriquecer nuestras argumentaciones, a “descompletar nuestras certezas” y a construir saberes nuevos. No se trata, pues, de elaborar normas, recetas o formas de actuación protocolizada y sistematizada que sirvan para todas las personas y que sólo es necesario repetir convenientemente. Es más bien redescubrir nuestras profesiones, encontrando ese componente más artesanal, que busca adaptarse a cada persona y que resulta mucho más motivador y satisfactorio.

Pero trabajar en equipo interdisciplinar no es sólo desear hacerlo. Requiere disponer de **un conjunto de condiciones** que no siempre se dan en la práctica. Veamos algunas de ellas:

1. Debemos asegurarnos que disponemos de un **lenguaje común** que refleje **todas las dimensiones y ámbitos de la persona** en los que deseamos influir y que nos permita referirnos a **los conceptos y objetivos que consideramos esenciales y comunes** (calidad de vida, autonomía, independencia, envejecimiento activo, etc.). Así, a la necesidad lógica de que todos los miembros del equipo sean capaces de comprender los conceptos básicos de cada una de las *jergas disciplinarias* de los demás, se añade la necesidad de dotarse en los equipos de un lenguaje comprensible y con significados comunes³⁶.
2. Desarrollar buenas **relaciones interpersonales**. La relación en estos equipos requiere establecer relaciones desde un **plano de simetría de poder**, algo difícil entre trabajadores y profesionales en los que el desequilibrio, las relaciones jerárquicas y los conflictos laborales ha sido o continúa siendo muy habitual. El diálogo interdisciplinar sólo es posible en

³⁶ En este sentido es importante recordar que a veces desde diferentes disciplinas el significado de algunas palabras no coinciden (calidad de vida, autonomía, independencia), por lo que, de no asegurarse ese significado compartido, no podremos garantizar que, por ejemplo los objetivos establecidos en los PPA sean los mismos para los miembros de un equipo.

una situación de respeto mutuo y equidad. Las relaciones se nutren de **procesos de comunicación formales e informales** y nos permite sortear obstáculos cotidianos (malos entendidos, sobre entendidos, etc.).

3. Es necesario reavivar y alimentar el *nexo de unión* entre disciplinas, ese **lugar de encuentro entre profesionales** y distintos ámbitos de conocimiento y acción. **Reorientar todas nuestras decisiones y acciones a la calidad de vida de la persona**.
4. Debemos asegurarnos de que estén bien definidos los **aspectos básicos del equipo interdisciplinar** (funciones que cumplirá cada miembro y que deberán respetar los demás, **normas de funcionamiento y metodología adecuada** (quién ejercerá la coordinación y cómo, calendario de reuniones, sistema de toma de decisiones, de soporte documental, cauces de relación con la persona usuaria, sistemas de evaluación de su eficacia, etc.). De este modo cada uno podrá desempeñar sus **roles de complementariedad y cooperación** y se *minimizarán* las frecuentes situaciones de *rivalidad* y *competencia* que paralizan y *quemán* los equipos.
5. Disponer de las **condiciones del ámbito institucional** (un entorno, una organización y una formación) adecuadas que permitan el funcionamiento y la eficacia del TEI: decisiones administrativas relativas a normas, horarios, organización de las tareas, estructuras organizativas, etc.). Los equipos interdisciplinarios están influidos por la institución y **necesitan que sus responsables creen en ellos y les faciliten su desarrollo**.
6. Y, por supuesto, que cada miembro esté dispuesto a **aportar lo mejor de sí mismo al equipo**.

b) Interacción y participación del personal de la Residencia

Nuestro trabajo es un servicio de relación entre personas: las que lo prestan y las que lo reciben. Así, *el factor humano* es el factor esencial para lograr una asistencia centrada en la calidad de vida de la persona, las personas que la componen y la organización. Así sus conocimientos, destrezas profesionales y actitudes han de ponerse al servicio de esta relación. Diseñar formas de trabajo en las que este factor humano se optimice, dentro del contexto de la organización va a determinar que puedan darse la necesaria implicación, cohesión, motivación y compromiso para lograrlo.

Quienes trabajamos en las Residencias nos debemos desenvolver en diversos **escenarios**. Los más frecuentes son:

- Relación persona trabajadora/persona usuaria.
- Relación persona trabajadora/grupo de personas usuarias.
- Relación persona trabajadora/grupo de trabajadores (el trabajo en equipo).

Cada uno deberemos reflexionar acerca de en cual de estos tres espacios nos encontramos más cómodos y en cuales presentamos más resistencias o limitaciones, y tratar de mejorarlas.

Detrás de las relaciones que favorecen la calidad de vida del individuo hay siempre personas que se implican, que hacen bien su trabajo a la vez que generan empoderamiento, sentimientos de bienestar y competencia en las personas.

Pero pasando al marco organizativo, deberemos también tratar de convertir nuestros centros en *organizaciones empoderadoras*, es decir, en ámbitos laborales y de relación que permitan que sus trabajadores desarrollen su iniciativa y creatividad a la hora de pensar mejores formas de trabajo y de relación. Instituciones que buscan el bienestar de las personas usuarias permitiendo que las trabajadoras participen y se impliquen para allanar las dificultades que habitualmente surgen. Además del desempeño individual de cada uno, los trabajadores podrán participar en dos ámbitos: en tareas de carácter organizativo y en TEI.

Lograr una mejor implicación de los trabajadores requiere, en mayor o menor medida, avanzar en actuaciones, como las siguientes:

1. Asegurarse **que todos los trabajadores conocen y comparten metas, objetivos, y prioridades del recurso**. Y que emplean adecuadamente los recursos del sistema organizativo para su logro. Ello implica tener siempre presente qué es lo esencial y qué lo accesorio, qué es deseable y lo que no es admisible.
2. **Analizar cómo estamos ahora en la Residencia**. Evidenciar la distancia entre el estado actual del centro con lo que *podría* llegar a ser en tres diferentes ámbitos: el organizacional (mejorando la cultura organizativa), el equipo (la forma de trabajo en equipo interdisciplinar) y las actuaciones individuales (las formas de desempeñar cada uno sus funciones, los denominados *criterios de realización profesional*).
3. Ofrecer **modelos adecuados** (BBPP) para mejorar en los tres ámbitos (el organizacional, el del trabajo en equipo y las actuaciones individuales).
4. **Favorecer la motivación y el empoderamiento de los trabajadores** (capacitación para participar en el análisis de los problemas y en la búsqueda de soluciones). Es ayudar a que mejoren sus competencias y darles posibilidades de que puedan influir en la organización para mejorar la calidad de vida de las personas usuarias. Una organización que genera procesos y estructuras de participación que articulen la participación del personal. Que permite que sus trabajadores se impliquen y se sientan valiosos (que les *empodera*) como primer paso para que ellos, a su vez, transfieran a las personas usuarias este sentimiento de control sobre sus vidas -independientemente de su grado de dependencia o discapacidad-.

Buscamos que el personal trabaje para que las personas mayores experimenten que, -aún en sus circunstancias de limitación-, continúan siendo dignas y valiosas y que disponen de capacidades y cualidades que les permiten mantener una actitud activa ante la vida. O lo que es lo mismo, que pueden tomar decisiones, realizar actividades o desempeñar tareas que les produzcan placer y que les permitan su desarrollo personal.

Ser reconocido para reconocer,
aunque es una condición necesaria, no significa que resulte suficiente.

5. Minimizar, **no permitir actuaciones contrarias a aspectos esenciales** como son los valores, los principios y los derechos de la persona dependiente. Esto nos va a requerir consolidar sistemas de enseñanza-aprendizaje de los criterios de realización profesional, pero también, de mayor coordinación y supervisión de cómo se desarrollan acciones y relaciones en el centro.

La participación de los trabajadores en la Residencia, en consonancia con los Principios éticos y los derechos humanos no está exenta de **dificultades o riesgos** que queremos apuntar y que deberán ser considerados al plantear BBPP en este ámbito:

1. Saber **encontrar el difícil equilibrio del ejercicio profesional** que debe promover el logro de 2 tipos de objetivos diferentes y complementarios:
 - Por una parte **los objetivos de carácter terapéutico** -vinculados a las tareas de ayuda y/o cuidado (*rol* estimulador, rehabilitador y cuidador)-.
 - Por otra, **los objetivos de vida** -vinculados a la calidad de vida de la persona y a las diversas dimensiones que la conforman: bienestar psicoemocional, disfrute, la promoción de sus derechos (dignidad, autonomía,...), etc.-.
2. **Participar si, pero sin suplantar a la persona mayor**, verdadero protagonista de su vida. La implicación del trabajador no puede implicar suplantar a la persona ni establecer alianzas con sus familiares sin contar con ella, excluyéndolo de la información y de la toma de decisiones.
3. Saber hacer compatible los **derechos de los trabajadores y los de las personas usuarias**, sin que los primeros hagan disminuir los de los segundos³⁷.

Un equipo no funcionará óptimamente si cada miembro no aporta lo mejor de sí mismo.

Ello supone cuestionarse por ejemplo:

- *¿Qué aportamos realmente cada uno al equipo o si podríamos aportar más? ¿Qué uso hacemos de nuestro conocimiento y experiencia? ¿Lo ponemos al servicio de los demás y de las personas mayores, lo compartimos y o, por el contrario, lo utilizamos como un elemento para ejercer poder y control sobre colegas y/o personas usuarias?*
- *¿Qué capacidad tenemos cada uno para ponernos en el lugar de los demás y para valorar sus puntos de vista? ¿Y nuestra capacidad para expresar las propias opiniones y sentimientos?*
- *¿Cómo toleramos la discrepancia? ¿Y las diferencias entre los miembros del equipo?*
- *¿Nuestras metas o actuaciones personales entran en contradicción con las del equipo interdisciplinar? ¿Existe cruce o solapamiento entre distintos profesionales? ¿Cómo lo vivo? ¿Puede mejorarse?*

Trabajar en equipo interdisciplinar requiere que sus componentes presenten ciertas **condiciones personales**. Algunas podrían ser:

³⁷ La forma de organizar turnos, horarios, rotaciones del personal, reparto de tareas o distribución de las personas usuarias, en ocasiones están más orientadas en proporcionar el bienestar de los trabajadores que el de las personas usuarias.

- Tratar de cumplir con objetivos (cumplir tu *rol* sin perder la noción del equipo).
- Ser capaces de establecer relaciones satisfactorias con los demás. Disfrutar con ellas.
- Ser leales consigo mismo y con los demás.
- Tener espíritu de autocrítica y de crítica constructiva.
- Una buena dosis de optimismo, iniciativa y tenacidad.
- Tener interés por mejorar, inquietud por perfeccionarse.

El TEI se *hace haciéndolo*. Es un proceso que se construye gracias al resultado de una compleja interacción entre personas, que como tal, tiene sus altibajos, sus atracciones y sus rechazos. Y no es fácil. Los conflictos y las dificultades son frecuentes. Hay que estar convencido de su importancia y necesidad para superarlos. También hay que ser sinceros y reconocer que las relaciones interpersonales nos afectan e influyen en nuestra forma de trabajar en los centros³⁸. El exceso de individualismo, la competitividad y la falta de motivación no favorecen la colaboración y flexibilidad que se requiere.

c) Las reuniones interdisciplinarias

Las reuniones son el instrumento básico de coordinación del equipo interdisciplinar, es el espejo de su funcionamiento. Un buen equipo no puede funcionar bien si sus reuniones no son profesionalmente eficaces y emocionalmente satisfactorias. Ello se logra cuidando diversos aspectos que hemos agrupado en torno a tres áreas: aspectos logísticos previos, la participación y su eficacia/eficiencia. Veamos un poco más de ellos:

- **Cuidar los aspectos logísticos previos.** Es necesario asegurar que:
 - El **sistema para convocar al equipo** sea el mejor posible para nuestro centro, a nuestra forma de organización en el día a día.
 - La **frecuencia, el horario y el lugar de las reuniones** son los adecuados para lograr los objetivos que se plantea el equipo con ellas (un serio desajuste entre expectativas y disponibilidad real suele matar la motivación y arruinar estos procesos participativos, elegir el lugar y la hora puede facilitar o no la participación de todos).
 - Definir convenientemente cuál será la **duración** esperada y deseable de la reunión. Cumplirlo (controlar su desarrollo).
 - Establecer qué **objetivos** necesariamente debemos lograr (no es lo mismo informar, que tomar decisiones, solucionar un problema o planificar una actividad).
 - Diseñar bien los **contenidos** que serán abordados (realistas, previstos –con orden del día pero flexibles y abiertos a necesidades emergentes–, bien secuenciados, priorizándolos adecuadamente y por todos, etc.).
 - Que el **trabajo previo** necesario para una reunión eficaz esté listo (alguien deberá preparar y hacer llegar por anticipado a los demás los documentos necesarios para la misma, etc.).

³⁸ Es muy frecuente escuchar comentarios que tratan de negar el valor y la importancia del factor más humano de nuestro trabajo (“en el centro nos llevamos mal pero los usuarios no lo notan”, “yo trato a todos los mayores por igual”, etc.).

- **La participación.** Propiciar una participación de calidad es esencial para que el equipo sea eficaz y para que sus miembros se sientan motivados a continuar trabajando de este modo. Para lograr que las reuniones sean satisfactorias para todos sus participantes es necesario que:

- Existan unas **normas lógicas de funcionamiento**, que sean **conocidas y respetadas por todos** (puntualidad, desconexión de teléfonos –excepto para situaciones en que es imprescindible–, respeto de turnos de palabra, del orden del día, del sistema de registro, sistema de coordinación, etc.).
- Atendiendo al tipo de **decisiones** que ha de tomarse, se articulen formas de participación adecuadas (no es lo mismo una decisión que ha de tomar un profesional pero contando con la opinión de los demás, que una decisión que ha de ser conjunta).
- Demos tiempo para expresar qué pensamos del **funcionamiento del equipo y cómo nos sentimos en las reuniones** (problemas que solucionar, malentendidos, cómo mejorar su ambiente o la participación –que las aportaciones de todos sean de más calidad–, etc.).

- **Eficacia/eficiencia de las reuniones.** Los equipos deben ser eficaces y eficientes. El tiempo empleado en reuniones mal planificadas o poco útiles siempre podría estar destinado al trabajo directo con las personas mayores, de modo que resulta imprescindible tratar de asegurar su optimización. Además de planificarlas adecuadamente como ya hemos comentado, deberemos:

- Saber identificar con claridad las **conclusiones y decisiones tomadas** y emplear un **sistema de registro** funcional que permita ser consultado y revisado por todos (identificando tareas, responsables, fechas de ejecución y revisión, etc.).
- Hacer un seguimiento del grado de **cumplimiento de las decisiones** tomadas, analizando fallos e incumplimientos y valorando su impacto para las personas y la organización, etc.
- Buscar momentos para **evaluar el propio funcionamiento del equipo** (errores de coordinación, incumplimientos de lo pactado, propuestas para la mejora –ritmo, operatividad, sistemas de información entre miembros, implicación de todos, etc.–).

d) ¿Con qué problemas se encuentran frecuentemente los equipos en nuestros centros?

- **Falta de apoyo institucional.** No se facilitan las condiciones para su desarrollo: tiempo, organización de horarios y turnos, competencias del equipo, etc. O no se promueve o no se valora el trabajo del equipo: desinterés, decisiones no asumidas por la propia dirección, etc.
- **Insuficiente tradición de TEI de calidad en la Institución.** Escasa experiencia previa positiva de equipos funcionales, gran asimetría entre profesionales –por la formación, su antigüedad, las condiciones laborales, etc.–, reuniones ineficaces, extensas, inútiles. Poca visibilidad de resultados. Frustración.
- **Falta de definición y, directamente, no compartir la misma filosofía del recurso entre los miembros del equipo**, sus metas y los objetivos cara a cada persona usuaria.

- Ambigüedad, solapamiento **conflictos en roles, responsabilidades o tareas**. Falta de objetivos concretos y comunes claramente establecidos.
- **Malas relaciones personales**. Gestión inadecuada de los conflictos (de carácter personal, laboral o profesional).
- **Inadecuada coordinación de las reuniones interdisciplinares**. Imposibilidad de que resulten eficaces y satisfactorias para todos (escasa capacidad, falta de reconocimiento y apoyo institucional, escaso liderazgo o experiencias previas, desorientación, etc.).
- Falta de formación, de habilidad o de interés para **participar e implicarse en las reuniones interdisciplinares** (improvisación, falta de capacidad en la coordinación, incumplimientos de algunos miembros con lo decidido, falta de implicación, facilidad de crítica negativa –no constructiva–. Personal dispuesto pero otro no).

e) La mejor forma de aprender a trabajar en equipo es trabajando en equipo

Quienes hemos participado en la elaboración de esta guía hemos comprobado que este trabajo nos ha hecho reflexionar acerca de nuestras *mejores praxis* y hemos buscado diseñar como deben ser las BBPP. Ello nos ha ayudado a mejorar la práctica diaria, a optimizar nuestra metodología de trabajo en equipo y a aumentar la implicación y motivación de los miembros del equipo³⁹.

4.3. Los programas de intervención

a) Características de los programas

Las Residencias han de estar centrados en las personas, no en los programas. Estos últimos son *oportunidades* para las personas, y por tanto han de estar al servicio de éstas, no las personas supeditadas a los programas.

Bajo esta premisa, es necesario que los programas:

1. Aborden ambas *dimensiones básicas de capacidad personal* y optimicen su carácter preventivo para prevenir la *dependencia* y la *heteronomía*.
2. Estén centrados en la persona: que cuenten con su implicación y que busquen su bienestar (buscando la integridad y la superación de la dicotomía lo terapéutico y lo lúdico).
3. Estén vinculados al reconocimiento de los derechos de las personas.

Tal y como ya hemos expresado, es necesario lograr que los programas traten de promover tanto la Independencia como la Autonomía. A este respecto deberemos asegurarnos que las intervenciones profesionales poseen un verdadero **carácter preventivo**, redefiniendo los objetivos de los planes y programas desde las dos *dimensiones básicas de capacidad personal*. Veamos algunas posibilidades:

PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA Y DE HETERONOMÍA: OBJETIVOS

Tipo	Objetivos generales	Objetivos específicos
Prevención Primaria (Riesgo POCO apreciable)	DEPENDENCIA Disminuir incidencia de la dependencia en las personas más independientes. HETERONOMÍA Reconocimiento y ejercicio de derechos. Dignificar.	DEPENDENCIA Minimizar factores psicosociales y situaciones de riesgo relacionados con la aparición de la dependencia. Ofrecer propuestas <i>significativas</i> para el ejercicio de capacidades. Empoderar: permitir aumentar responsabilidad de la persona. Combatir estereotipos negativos. HETERONOMÍA Sensibilizar y formar a las personas sobre sus derechos (promoción de respeto, comprensión, aceptación y validación). Optimizar capacidad de decisión y control de vida propia. Reducir al mínimo los factores de riesgo (recomendar cambios en la persona y en el entorno). Sistemas de organización, intervención y relación <i>pensados</i> para evitar o ralentizar su aparición.
Prevención Secundaria (Minimizar riesgos identificados)	DEPENDENCIA Diagnosticar de modo interdisciplinar. Disminuir efectos de la dependencia. Minimizar factores que generan más dependencia. HETERONOMÍA Diagnosticar influencia del entorno y de las relaciones en ésta. Minimizar factores que generan más heteronomía.	DEPENDENCIA Optimizar posibilidades de reversión, mejorar pronóstico. Realizar adecuada evaluación diagnóstica/pronóstica: definir intensidad de apoyos y/o cuidados. Minimizar posibles peligros ambientales y otros factores de riesgo (pasividad, desmotivación, etc.). Favorecer oportunidades de participación y uso de capacidades. Validación personal. Revisar y readaptar periódicamente apoyos y/o cuidados prestados. Actitud constante de explorar nuevas posibilidades de intervención. HETERONOMÍA Estimular capacidades existentes (ofrecer opciones). Participación en actividades y relaciones <i>significativas</i> . Mantener confianza y autoestima. Promover expresión de preferencias y emociones. Validación. Identificación de las personas más vulnerables al <i>trato inadecuado</i> (personas usuarias de alto riesgo). Detectar sobrecarga en cuidadores y del <i>burnout</i> . Minimizar uso de contenciones (buscar alternativas).
Prevención Terciaria (Minimizar efectos)	DEPENDENCIA Disminuir aparición de complicaciones en personas con dependencia. HETERONOMÍA Evitar nihilismo terapéutico y <i>malas prácticas</i> .	DEPENDENCIA Abordar problemas, aminorar consecuencias y complicaciones. Promover bienestar y confort, evitar malestar. HETERONOMÍA Realizar cuidados atendiendo su dignidad (respetar preferencias previas). Detectar sobrecarga en cuidadores y del <i>burnout</i> , prevenir <i>deshumanización</i> .

³⁹ Para profundizar más recomendamos ver la BP-clave 4.1. dedicada al trabajo en equipo interdisciplinar.

Para lograr unos servicios **centrados en la persona**, desde la organización, y no tanto desde cada profesional o área, buscamos dar una respuesta acorde con los principios descritos. Desplegar oportunidades de relación, experiencia, acción, estimulación, etc. En los que se estimule a participar a las personas usuarias:

- De forma voluntaria, no impuesta.
- En proyectos con proyección en el tiempo y no sólo en actividades puntuales o aisladas.
- Con *objetivos de vida* (que integren armoniosamente lo estimulador, lo terapéutico, lo lúdico, lo emocional, etc.) evitando *compartimientos estanco*.
- A partir de necesidades, preferencias, opiniones y decisiones de la persona, no diseñados sólo por los profesionales.

Buscar esta integralidad nos lleva a pensar que las esferas de lo relacional, lo emocional o lo terapéutico no han de estar tan distanciadas. Es necesario cuestionarse si son funcionales –si favorece la consecución de las metas de las Residencias– los límites existentes entre *lo terapéutico* (tiempo de trabajo) y *lo lúdico* (tiempo de ocio). ¿No podríamos dar un toque *lúdico* a *lo terapéutico*? ¿Y un barniz *más enriquecedor* –con objetivos estimulativos implícitos– a *lo lúdico*?

Con ello lograríamos hacer *más significativos* los programas de intervención y **favorecer que las personas pudieran**:

- Contrarrestar *roles*, entornos, conductas o situaciones de pasividad.
- Descubrir a otras personas, establecer más o mejores relaciones.
- Disponer de oportunidades de un ocio que les sea atractivo y motivante (tener ilusiones, proyectos...).
- Disponer de oportunidades para continuar aprendiendo (adquiriendo nuevos conocimientos de temas que les interesen, repasar lo que conocen, aprender o repasar habilidades para la realización de objetos, aprender o mejorar sus capacidades para utilizar las nuevas tecnologías de la comunicación –TICs–, etc.).
- Ejercer la cooperación y ayuda mutua (mejorar su autoestima).
- Evitar monotonía y aburrimiento.
- Mantener capacidades (independencia y autonomía) en entorno natural –ecológico–
- Mejorar aceptación de su vida actual (discapacidades, limitaciones...).
- Obtener más emociones positivas (disfrutar, divertirse, reírse...).
- Reforzar logros, dando continuidad, utilidad y sentido relacional a los procesos terapéuticos.
- Satisfacer la necesidad de ser uno mismo (reforzar su identidad, recordar sus raíces, preferencias, tradiciones...).
- Sentirse miembro de un grupo, de una cultura.
- Tener más interés por implicarse (más procesos de autonomía y *empoderamiento*).
- Tener motivos para mantener su salud y una buena imagen personal.
- Tener una imagen positiva de sí mismos.
- Etc.

Aunque **las características** se refieren a los programas de las Residencias no podemos olvidar su importancia y tratar de que se cumplan (Consejería de Asuntos Sociales, 2002. *Plan de intervención en Residencias*. Colección Documentos Política Social, nº 13. Oviedo). Las BBPP han

de permitirnos ser críticos con nuestra forma de trabajo y buscar fórmulas creativas para acercarnos más a lo que sabemos que debe ser.

Veamos algunas ideas para avanzar:

Derechos de las personas usuarias y programas de intervención	Algunas reflexiones para orientar las BBPP
1. "Que respeten la edad adulta de la persona mayor dependiente sin infantilizarles".	¿Son siempre los contenidos de los programas adecuados? Los materiales empleados –dibujos– o artefactos que deben fabricar –manualidades, etc.– ¿son de estética infantil? ¿Cómo les demostramos que lo que hacen es valioso?
2. "Que, en la medida de lo posible, sean significativas para el usuario y posean validez ecológica".	¿Disponemos de algún criterio o indicador para saber lo significativo de una actividad o un producto de la misma? ¿Conocemos y favorecemos las diferencias entre las personas en este tema? ¿Cómo valoramos que sea ecológico ?
3. "Que no se prolongue una misma actividad durante periodos largos, procurando establecer pausas y procurando variedad de actividades".	¿Qué sucede con quienes no quieren o pueden participar en las actividades regladas? ¿Existen suficientes alternativas y pluralidad? ¿Han de adaptarse las personas a los programas o éstos a las personas? ¿Cómo lo hacemos?
4. "Que las personas deben ser estimuladas pero no obligadas a realizar dichas actividades".	¿Realmente se les permite elegir? ¿Cuál es la actitud del personal y la forma de expresarla (comunicación verbal y no verbal) ante la negativa de un individuo a participar? ¿Se fomenta la diferencia y las adaptaciones de las actividades a las personas?
5. "Que estén adaptadas a la capacidades preservadas y a los aspectos motivacionales de los usuarios".	¿Disponemos de algún indicador para saber cuánto de "motivantes" resultan? ¿Valoramos la evolución de las capacidades vinculadas a la Independencia funcional? ¿Valoramos la evolución en las capacidades relacionadas con la Autonomía moral?
6. "Que sean objeto de revisión continuada para lograr una auténtica adaptación al grupo y persona".	Los sistemas de agrupamiento de personas usuarias ¿permiten la convivencia de personas con similar capacidad y/o motivación? ¿Cada cuánto tiempo los revisamos? ¿Disponemos de profesionales expertos para realizar dichas adaptaciones?

No considerar los derechos en relación a los programas, supone un cierto **abuso institucional**, que en las Residencias puede observarse en prácticas excesivamente paternalistas o autoritarias, negando, por ejemplo, a las personas poder decidir acerca de sus compañías o relaciones o presionándoles para que participen en las terapias o actividades, etc. Estas actitudes y/o cotidianos comportamientos que impiden el autogobierno generan heteronomía y dependencia, además de pérdida de la individualidad (despersonalización) y minusvaloración (infantilización, escasa intimidad).

Lograr el equilibrio entre satisfacer las necesidades de libertad individual y las exigencias organizativas que garantizan el funcionamiento de la institución y la satisfacción de las necesidades colectivas no es sencillo. Al menos cuestionarse que casi siempre ese desequilibrio se produce del lado de la colectividad ya que es un primer paso para mejorar.

b) Consideraciones generales sobre los programas de intervención

Podríamos asegurar que, en general, hemos logrado desplegar en los centros un número adecuado de **programas de intervención terapéutica. No dejaremos pasar la ocasión para recordar algunos aspectos a mejorar:**

b.1) Consideraciones generales

- Debe conjugarse rehabilitación y ejercicio con autonomía, con los intereses de la persona. Es decir, hay que motivar y estimular a éste para la consecución de los objetivos terapéuticos, pero buscando actividades significativas –que despierten su interés por la actividad física– así como el momento y el contexto adecuado para su realización.
- Hay que respetar la decisión de no querer hacer determinados ejercicios o no realizarlos en todas las ocasiones de forma incondicional. Permitir la flexibilidad.
- Debe de cuidarse el trato que se da a personas que padecen deterioro físico y dependencia al realizar estas actividades. Es imprescindible reforzar positivamente esfuerzo y logros y evitar situaciones de fracaso o incapacidad que incrementan su dependencia e influyen negativamente en su autoestima y bienestar personal.

b.2) Consideraciones generales sobre las terapias funcionales de carácter físico

- En general, pero más aún en las actividades de la vida diaria, para potenciar la independencia debemos evitar el exceso de ayuda, aprovechando siempre sus capacidades.
- La necesidad de apoyo genera sentimiento de dependencia, por lo que debe hacerse adecuadamente:
 - Proporcionando la información (anticiparla al apoyo que se va a realizar).
 - De forma asertiva y *humanizada*.
 - Que aproveche y estimule la capacidad del individuo.
- Tanto el personal como los familiares u otros cuidadores deben estar informados para que haya una continuidad en la proporción y estilo de ayuda, y por tanto, de los logros y objetivos a conseguir.
- Cuando ofrecemos apoyos físicos o técnicos (en programas de rehabilitación funcional o en la supervisión de las actividades de la vida diaria básicas) hay que ser cuidadoso en cuanto al esfuerzo físico, carga o presión que ejercemos sobre ellos, ya que podemos producir dolor o lesiones de forma involuntaria por la propia manipulación.
- El cuidado a las personas puede provocar lesiones físicas en los cuidadores, es necesario ofrecer conocimientos y motivar para la correcta utilización de las técnicas de movilización, corrección postural y manejo de ayudas técnicas que simplifiquen trabajo y esfuerzo y generen confort y seguridad a la persona atendida.

b.3) Consideraciones generales sobre las terapias funcionales de carácter cognitivo

Es necesario adaptar las actividades a las personas con diferentes grados de autonomía, para favorecer que realmente **les sean significativas** (véanse la BP-clave 4.3. Revisando las intervenciones, pensando en las personas y la BP-clave 4.2. El Plan personalizado de atención).

Hay que optimizar la utilización de **todos los tipos de terapias** disponibles y aplicarlas de forma adecuada y flexible (psicoestimulación, reminiscencia, orientación en la realidad,

terapia de validación o de resolución). Un abordaje integral requiere que **lo emocional** sea considerado también en la esfera cognitiva: las intervenciones requieren contacto, mirada, tiempo, exclusividad, sensibilidad, afecto.

En las personas con gran deterioro cognitivo es imprescindible contar con la información que puede proporcionar **la familia o sus más allegados** (Historia de Vida, hábitos, historia laboral y ocupacional, costumbres, etc.).

b.4) Consideraciones generales sobre las terapias funcionales de carácter sanitario

Alimentación y nutrición: La comida es un momento esencial, en el que las personas disfrutan y en el que posibilita el logro de diversos objetivos: satisfacer necesidades nutricionales, disfrute social, establecimiento de relaciones, estimulación de los sentidos, reconocimiento e identidad –conexión con experiencias previas, gustos, cultura, etc.–. Y como tal, hay que considerarlo. Permitir la implicación de los comensales en poner la mesa, la elección de los menús. Cuidar la organización del comedor, etc. van a mejorar este momento, haciéndolo lo más positivo y placentero posible.

b.5) Consideraciones generales sobre los programas socioafectivos o de ocio

El ocio tiene gran valor para todas las personas. Su disfrute contribuye al desarrollo personal, proporciona satisfacción y bienestar, estimula áreas de capacidad (físicas, cognitivas y emocionales) y permite la promoción de la independencia y de la autonomía. Lo importante del ocio **NO ES** la actividad, **NO es lo que las personas hacen, SINO lo que piensan y sienten mientras realizan esta actividad** (lo significativo de *la experiencia* en sí misma).

El ocio, no es un fin en sí mismo sino que es un medio por el cual la persona puede desarrollarse y satisfacer deseos, necesidades. Actúa como **motor de bienestar** porque:

- Es un recurso efectivo para aliviar el estrés al movilizar la dimensión socio-emocional. El ocio permite relación: establecer y disfrutar de nuevas relaciones, amistad y compañerismo.
- Nos permite sentirnos libres, competentes, capaces de controlar nuestra vida. La libertad percibida es un componente básico del ocio, sin el cual una actividad no puede denominarse como tal.
- Nos da *defensas* contra el **aburrimiento que es, en sí mismo, un acontecimiento estresante** y que genera malestar. Aburrirse es destructivo pues implica insatisfacción, monotonía, falta de estímulo, de interés por vivir. El ocio permite contrarrestar los bajos niveles de actividad y relación placentera que presentan muchas personas mayores en situación de dependencia.

Sin embargo, no resulta sencillo que en los equipos se comparta una idea *adecuada* de lo que **es el ocio**. Su definición más bien viene determinada *por exclusión*, por contraposición con otras intervenciones que gozan de mayor consideración profesional y social (de carácter terapéutico, estimulador o paliativo). Las actividades de ocio, en nuestra cultura y por ende, en nuestros centros, quedan relegadas a actuaciones de escaso valor, momentos poco relevantes y de menor categoría profesional. Sin embargo pueden ser tan o más de terapéuticos que otros puesto que movilizan muchas capacidades, poseen la ventaja de activar lo psicoafectivo y, además son una gran oportunidad para facilitar a familiares y colaboradores que se involucren.

OBJETIVOS: El ocio, una gran oportunidad para cumplir con los DERECHOS DE LAS PERSONAS		Reflexiones para las BBPP
1. Disfrutar, pasarlo bien	<ul style="list-style-type: none"> Las personas en situación de dependencia tienen derecho a pasarlo bien. A disfrutar de la vida. Tienen derecho a no tener que lograr siempre objetivos, a no estar siempre <i>orientados a las metas</i> de los demás. Hay que hacer la guerra al aburrimiento, a lo de siempre, atreverse a innovar, a transgredir normas, estereotipos, etc. Las personas en situación de dependencia tienen derecho a sentir satisfacción por realizar la propia actividad (<i>motivación intrínseca</i>). 	<p><i>¿Nos creemos que esto es así?</i> <i>¿Creemos que es parte de nuestro rol profesional ayudarles a lograrlo?</i> <i>¿Priorizamos recursos (humanos, materiales) para éste área?</i> <i>¿Sabemos cómo hacer que se sientan bien?</i> <i>¿Logran pasarlo bien?</i> <i>¿Cómo lo evaluamos? ¿Les pedimos su opinión para mejorar?</i> <i>¿Las ponemos en práctica?</i> <i>¿Lo hablamos en las reuniones?</i> <i>¿Lo registramos?</i> <i>¿Lo comunicamos a los familiares?</i></p>
2. Obtener una idea favorable sobre uno mismo (reforzar autoconcepto, sentirse competente)	<ul style="list-style-type: none"> “Cada persona tiene derecho a quererse como es”, con sus limitaciones pero también con las capacidades que conserva. Diseñar o implicarles en experiencias frustrantes (perjudica su concepto de sí mismo) –“incómodas”, que les haga sentir que <i>no sabe</i> o que <i>no puede</i>–, es un error profesional grave. 	<p><i>¿Creemos que TODOS, a pesar de sus limitaciones, tienen posibilidades de participar, crear, etc.? ¿Creemos que es parte de nuestro rol profesional ayudarles a lograrlo?</i> <i>¿Analizamos adecuadamente las dificultades para cada persona?</i> <i>¿Ofrecemos los apoyos necesarios para cada una?</i> <i>¿Evaluamos sus vivencias potenciadas en las actividades? ¿Cómo? ¿Les pedimos su opinión para mejorar? ¿Las ponemos en práctica?</i> <i>¿Lo hablamos en las reuniones?</i> <i>¿Lo registramos? ¿Lo comunicamos a los familiares?</i></p>
3. Expresar y desarrollar gustos, intereses, habilidades y capacidades	<ul style="list-style-type: none"> Experiencias de ocio centradas y elegidas por la persona que pueden ser, por ejemplo: <ol style="list-style-type: none"> Leer: imaginar otros mundos y recrear historias. Crear: construir, arreglar,... Con nuestras propias manos. Expresar y compartir la creación literaria, plástica, musical, dramática... Disfrute y control de nuestro propio cuerpo: movimiento, baile, ejercicio físico... Viajar: conocer gentes, lugares, paisajes, sabores... Reencuentro con la naturaleza: ver o respirar paisajes, cuidado de plantas y/o animales. 	<p><i>¿Sobre qué y cómo pueden elegir las personas?</i> <i>¿Contamos con suficientes recursos para ampliar oferta?</i> <i>¿Qué tipo de barreras encontramos para desarrollar nuevas actividades?</i> <i>¿También encontramos barreras mentales?</i> <i>¿Cómo las afrontamos?</i> <i>¿Lo hablamos en las reuniones?</i> <i>¿Lo registramos?</i></p>



OBJETIVOS: El ocio, una gran oportunidad para cumplir con los DERECHOS DE LAS PERSONAS		Reflexiones para las BBPP
4. Experimentar emociones positivas. Expresar agrado, satisfacción	<ul style="list-style-type: none"> Recuperar el valor a la emoción, disfrutar de compartirla, potenciar su expresión, validarla. Aceptar la expresión de emociones negativas. Aceptar, acompañar a la persona. 	<p><i>¿Estamos sensibilizados a favorecer la expresión emocional de las personas?</i> <i>¿Las negativas y las positivas? ¿Creemos que es parte de nuestro rol profesional ayudarles a lograrlo? ¿Nos es sencillo, sabemos?</i> <i>¿Qué hacemos en concreto? ¿Lo hablamos en las reuniones? ¿Lo registramos?</i></p>
5. Sentirse bien en las relaciones durante la actividad	<ul style="list-style-type: none"> Favorecer aspectos relacionales: elegir compañías, tamaños pequeños grupos. Diseñar ambientes más personalizados. Desempeñar nuestros roles de modo que faciliten las interacciones y vínculos emocionales entre las personas (entre ellos y con nosotros). 	<p><i>¿Cómo cuidamos los aspectos relacionales en las actividades?</i> <i>¿Creemos que es parte de nuestro rol profesional?</i> <i>¿Lo hablamos en las reuniones?</i> <i>¿Lo registramos?</i></p>
6. Ser consciente de su capacidad para tomar decisiones	<ul style="list-style-type: none"> Ofrecer diferentes opciones y aumentar en la <i>elegibilidad</i>. Hacer consciente a la persona que está eligiendo (que dispone de esa capacidad y que la ejerce). 	<p><i>¿Creemos que todos, a pesar de las limitaciones tiene posibilidades de optar, de elegir? ¿Sabemos cuál es nuestro papel de apoyo en cada caso? ¿Es coherente entre todos los que interactuamos con esa persona? ¿Y con respecto a la familia?</i></p>
7. Motivarse para seguir participando, para continuar o iniciar otras iniciativas	<ul style="list-style-type: none"> Nuevas ilusiones, proyectos, ilusiones en un marco temporal posible. Devolver a las personas (que tiene capacidad para ello) el derecho a soñar, a desear hacer cosas, emprender proyectos... (<i>libertad percibida</i>). Facilitarle, de forma natural, los apoyos que necesite para hacer realidad su deseo. 	<p><i>¿Le ayudamos en pensar en proyectos en el tiempo, según su demanda?</i> <i>¿Somos capaces de ofrecerles ideas que tengan significado y sentido temporal para ellos?</i> <i>¿Tendemos a minimizar sus miedos si habla de tiempo lejano –diciendo, por ejemplo, que son tonterías–?</i></p>

Mejorar la calidad del ocio en los centros se convierte en un área de mejora importante de BBPP. Mejorar la forma en la que programamos y desarrollamos este ocio está vinculado con promover, siempre que sea posible y que quieran:

1. **Conocer mejor a las personas:** qué aspectos dificultan su disfrute del ocio (falta de experiencias, capacidad, pereza, aburrimiento, motivación, capacidades, etc.) y cuáles son sus intereses, preferencias, sueños o aspiraciones.
2. **Implicarles** en todo momento de su ocio: planificación, ejecución y evaluación.
3. Ofrecer una oferta que **promueva capacidades básicas de la persona autonomía (capacidad de decisión) e independencia (capacidad de acción).**
4. Diseñar y secuenciar los procesos para promover **prácticas de ocio más interesantes, valiosas y enriquecedoras para la persona.** Es el caso de los *proyectos* (que requieren más planificación y esfuerzo), pero resultan más gratificantes que un *ocio más pasivo* (casual, puntual y nada organizado). Facilitar los recursos y apoyos necesarios para ello (definir si será en grupo o individual, en qué momentos y bajo qué estilo de supervisión o estímulo, etc.).

4.4. Los Planes personalizados de atención (PPA)

El PPA constituye la herramienta básica en la que han de plasmarse todos los principios y criterios de los que hemos hablado, de modo que constituya un *facilitador* para organizar el trabajo en torno a una persona. Recoge 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. Nos permite contactar y dar valor a los deseos, preferencias y valores de la persona y los hace compatibles con las formas de trabajo y de organización del recurso.

Un aspecto esencial del PPA es que ha de ser consensuado con su destinatario (y/o con su familia en caso de que éste no pueda hacerlo). Ello implica la existencia de canales de comunicación y confianza adecuados.

El PPA es un buen ejemplo que demuestra si realmente estamos centrándonos en la persona y recoge todo lo referido a nuestra relación profesional: cómo es la persona (valoración integral); qué puede ofrecerle nuestro recurso para su calidad de vida (propuesta de intervención integral); 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).

Veamos de modo simplificado las principales fases necesarias para el desarrollo de los PPA⁴⁰.

FASES NECESARIAS PARA EL DESARROLLO DE LOS PPA

Fases	Aspectos a considerar
Fase 1 Conocimiento y valoración integral de la persona	<ul style="list-style-type: none"> • Buscamos conocer de la persona aspectos referidos a su biografía e identidad personal y a su proyecto de vida actual (aproximación a su concepto de calidad de vida). • También conocer sus dimensiones de capacidad personal (Independencia/Dependencia, Autonomía/Heteronomía, competencia general para la gestión de su vida).
Fase 2 Pronóstico: propuesta de PPA	<ul style="list-style-type: none"> • Deberemos proponer una meta y unos objetivos específicos referidos a la promoción y ejercicio de la Independencia Funcional y de su Autonomía Moral de esa persona. Los objetivos han de verse reflejados en búsquedas de oportunidades concretas para la <i>gestión de su vida</i>. • El PPA aportará una serie de propuestas personalizadas respecto a tres ámbitos o ejes de intervención: <i>La gestión de su vida: las actividades de apoyo planificadas y las relaciones:</i> (servicios, programas y actividades, entornos de intervención psicosocial: actividades socializadoras, de ocio, recreativas, relaciones informales de las que puede participar, relaciones en las que disfrutar y enriquecerse) y <i>los apoyos y/o cuidados personalizados</i> (físicos y psicoafectivos). Es importante preservar derechos de la persona (adaptarnos nosotros a ella, no ella al recurso).
Fase 3 Implementación y seguimiento del PPA	<ul style="list-style-type: none"> • Se realizará el diseño del plan de seguimiento del PPA que contemplará la metodología de trabajo y el reparto de responsabilidades y funciones: para el equipo y para el profesional de referencia; la periodicidad de las revisiones del PPA y los sistemas de registro de información, comunicación y coordinación. Es importante recordar que el PPA ha de ser flexible, capaz de adaptarse ante la situación cambiante de la persona en sus deseos, capacidades o necesidades. Valorar de riesgos asumibles y los que no lo son. Aceptación y compromiso.
Fase 4 Valoración del PPA elaborada	<ul style="list-style-type: none"> • En esta fase deberemos analizar la consecución de metas y de objetivos propuestos (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 –<i>gestión de su vida, actividades de apoyo planificadas, relaciones y apoyos y/o cuidados</i>–). También la idoneidad y adecuación del PPA a la persona. • En todo el proceso se contará con la persona usuaria (y/o su familia, si ésta no pudiera) pidiéndole su opinión y validando con la persona y la propuesta. • Se requiere máxima flexibilidad: posibilidades de cambio, aumentar <i>elegibilidad</i>.

⁴⁰ Para ampliar véase la BP-clave 4.2. referida al PPA.

4.5. Aspectos especialmente importantes de los sistemas de organización interna

La organización de un recurso de atención implica numerosos procesos de trabajo que han de desarrollarse de modo adecuado para facilitar un buen funcionamiento del servicio. De entre todos ellos destacamos dos por su especial relación con la calidad de vida de las personas usuarias.

Uno se refiere a los **procedimientos de gestión documental**. Un buen funcionamiento de los mismos será garantía de que se preservan los derechos de las personas. En la BP que se refiere a la privacidad e intimidad de las personas usuarias en el tratamiento de la información personal nos referimos a la necesidad de garantizar la confidencialidad e integridad de la información personal –tanto de la emitida verbalmente, como de los datos escritos o informatizados– y al mantenimiento del secreto profesional.

También es imprescindible que exista **un sistema de comunicación de quejas y reclamaciones** que recoja los desacuerdos de las personas con la organización, con sus formas de trabajo o las formas de hacer de su personal.

Un sistema de quejas y reclamaciones eficaz y adaptado a la persona usuaria de un recurso es un modo de demostrar, en la práctica, que nos importa su opinión y que no podemos no considerarlas, y aprovecharlas como oportunidades para la mejora. En realidad es uno más de los posibles cauces de participación en los centros y, aunque a veces no resulta muy utilizado, un buen diseño del mismo y nuestro compromiso para darle contenido y adecuada respuesta (en tiempo y forma) a la persona o familia que lo expresa puede convertirlo que un cauce muy importante para la organización pues éstas resultan ser una *materia prima* insustituible para la reflexión en equipo, para acercarnos al punto de mira de la persona usuaria y poder hacer realidad el orientarnos más a su calidad de vida⁴¹.

Un mal uso de la misma puede *pervertir* el sistema y convertir esta información en algo peligroso para la persona que emite su opinión. En algunas organizaciones discrepar y ejercer el derecho a la queja es vivido como algo punible y peligroso y puede *victimizar* a la persona que ha emitido ese juicio. Debemos ser extremadamente cuidadosos al respecto.

5. ENTORNO FÍSICO E INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD

Todo ser humano necesita de un entorno que le permita el desarrollo de su vida personal. Un medio que le permita realizar cuantos deseos, tareas, proyectos, actividades y oportunidades requiera para continuar desarrollándose como persona, para tener un proyecto de vida. Es ya comúnmente aceptado el papel relevante que el ambiente (el entorno) socio-físico tiene en la calidad de vida de las personas mayores.

A medida que la persona presenta limitaciones o discapacidades, las condiciones de este entorno han de ser más exigentes. Como nos recuerda la Clasificación Internacional del Funcio-

⁴¹ Ofreceremos un ejemplo breve de BP en la II Parte de esta Guía denominado “Gestión de quejas y propuestas de mejora: los grupos de calidad” (Centros de la Diputación de Álava).

namiento (CIF): *La discapacidad no reside en la propia persona, sino en la existencia de un entorno discapacitante, es decir, en la existencia de barreras arquitectónicas, urbanísticas, en los transportes, en las comunicaciones y, en general, en el acceso a dispositivos técnicos diseñados*⁴² (OMS, 2001).

El entorno deberá poder proporcionar la adecuada **“calidad ambiental”**, es decir que podrá adaptarse a las personas para que los recursos disponibles realmente puedan ser oportunidades, utilizados por éstas para el desarrollo de sus metas individuales y grupales. Debemos ser sensibles al estrés ambiental que puede producir en los subgrupos de personas más frágiles (lo que Powell denominó **“docilidad ambiental”**) y tratar de minimizarlo, evitando estresores ambientales o relacionales, como la necesidad de dar respuesta a demandas excesivas para la persona.

Esta **“calidad ambiental”**, como el propio concepto de medio ambiente, hay que entenderla desde una perspectiva sistémica, en la que componentes físicos y psicosociales interaccionan y se influyen mutuamente. Este *enjambre* de relaciones entre lo físico y lo social forma el entorno en el que las personas mayores han de desenvolverse cotidianamente. El concepto de *entorno amigable* que más recientemente ha acuñado la OMS (2007) recoge de una forma muy clara esta idea de que el medio –físico y social– resulte facilitador para la vida cotidiana, por lo que ha de ser un entorno accesible y que no discrimine (véase la BP-clave 5.1. Diseños *amigables* que permitan confort y bienestar).

La relación del ser humano con su entorno afecta a todas sus facetas personales. Debemos abordar aspectos de muy diversa índole para mejorar esta interdependencia entre todas ellas. De este modo propiciaremos entornos que puedan ser **“vivididos”**, **“pensados”** y **“actuados”** por las personas en situación de dependencia.

5.1. Características del entorno, bienestar y calidad de vida

Entonces ¿cómo hacerlo? Veamos de modo resumido, algunos de los aspectos que **todo entorno ha de proporcionar a las personas:**

■ Seguridad

- En los que habrá que cuidar las condiciones básicas de habitabilidad e higiene, la prevención de caídas y de todo tipo de accidentes.

■ Identidad y seguridad personal (personalización y familiaridad del entorno)

- Es necesario favorecer la personalización de los mismos gracias a la existencia de objetivos significativos de las personas usuarias y de una decoración adecuada, acorde a sus gustos estéticos –edad, cultura, valores, etc.–. Reconocer el calor de los signos y símbolos que conectan a la persona con su pasado y su presente y que le permiten reconocer su identidad personal. Un entorno cálido y personalizado favorece la apropiación del espacio, imprescindible para el bienestar de la persona.

⁴² Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, Madrid.

- Lograr entornos más humanos, reconocibles, familiares y cálidos es el modo de compensar la natural sensación que produce el medio institucional (inhóspito, monótono y frío por naturaleza), ante el que todos adoptamos una actitud defensiva.

■ **Confort (usabilidad, accesibilidad interna)**

- Por supuesto con el objetivo más básico que es lograr que el entorno proporcione a la persona bienestar, sensaciones agradable y comodidad, asegurando las óptimas **condiciones de confort** (térmicas, acústicas, de iluminación, ventilación...) evitando estresores en estos aspectos.
- En otro nivel de complejidad se encuentra el objetivo de lograr que la máxima *usabilidad* del entorno, que sus diferentes elementos sean atractivos y fácilmente conocidos, aprendidos y utilizables. Esta *funcionalidad* ha de ser valorada por las propias personas, contemplando sus características y necesidades especiales. Esta *usabilidad* va a requerir una accesibilidad integral del entorno permitiendo a todas las personas el acceso (interno y externo), su utilización y su disfrute.
- Con el objetivo de que la persona pueda satisfacer deseos, ejecutar decisiones y realizar las acciones de las que sea capaz: realización de las actividades de la vida diaria -básicas, instrumentales como avanzadas-, desplazamientos, actividades, relaciones, etc.

■ **Comunicación**

- Disponer de las mejores condiciones posibles para utilizar los diversos canales y tipos de lenguaje (verbal o no) o que le sea proporcionado un sistema adaptado a sus necesidades. Poder identificar a sus interlocutores, hacerse comprender o elegir con quién comunicarse y con quién no.

■ **Estimulación (orientación, interés)**

- Convertir nuestras Residencias en *lugares de vida*, en espacios apetecibles, agradables y estimulantes. Lugares que ofrezcan oportunidades, que estando adaptados a las características de las personas, que no sean monótonos ni aburridos.
- Espacios contextualizados en su entorno social-cultural y natural, actuales, vinculados al mundo de fuera, a lo que sucede, a la actualidad. Entornos en los que seguir usando y disfrutando de todos los sentidos.

■ **Participación e integración comunitaria**

- Si por la ubicación y el equipamiento las personas pueden aprovechar las oportunidades de la comunidad (servicios de transporte públicos y desde el centro uno adaptado).

Hemos desarrollado diversas BBPP referidas al entorno de las personas para profundizar más en estos aspectos, destacar la BP-clave 4.5. sobre entornos de empoderamiento predecibles para personas gravemente afectadas; la BP-clave 5.1. sobre diseños amigables que permitan confort y bienestar y la BP-clave 5.2. referida a la personalización y a hacer de la habitación un espacio propio en las Residencias.

Disponer de un servicio de transporte propio en las Residencias es muy importante para posibilitar la salida de las personas al entorno. Optimizar y flexibilizar su uso suele construir un objetivo a trabajar. Recordemos que:

- La participación en la comunidad es una necesidad para muchas de las personas residentes en los centros.
- Facilitar el conocimiento mutuo Residencia/entorno va a ser un paso esencial para establecer nuevas y mejores relaciones **con el barrio/comunidad**.
- Dos estrategias pueden correr paralelas:
 - **Abrir** la Residencia a las personas y a las organizaciones de la comunidad.
 - **Salir fuera**. Aumentar y diversificar más las actividades que las personas residentes pueden hacer en el exterior (salidas de distinto tipo y contenido). Será necesario adaptar las actividades en el exterior a las necesidades funcionales y a los deseos de las personas; Favorecer su participación en las actividades que existen en la comunidad; y, por supuesto, tener siempre en cuenta sus preferencias y deseos en las salidas implicándolos en la preparación y evolución de las mismas.
- **Coordinación** con todo tipo de recursos, culturales, socio-sanitaria, recreativos, información y coordinación necesaria.
- La **organización de actividades** y la implicación de las personas usuarias van a ser estrategias esenciales para su logro.

La adecuada adaptación del entorno (en unos casos *por simplificación* y en otros *por enriquecimiento*) es necesaria para reducir la frecuencia o intensidad de algunos comportamientos problemáticos que generan malestar en la persona que los produce y en sus compañeros. Por el contrario, un entorno adecuado, genera bienestar.

5.2. Relación con el barrio y la comunidad

Implicar a otras personas de la comunidad en las Residencias va a ser otra meta si queremos hacer realmente que éstos sean recursos abiertos e integrados en la comunidad. Entornos en los que la colaboración, o simplemente, el intercambio de experiencias, relaciones y afectos puedan darse.

Lograr el desarrollo de programas de colaboradores sociales va a requerir la implicación de diversos tipos de personas voluntarias.

Por una parte de voluntarios de ONGs o alumnos en prácticas -de profesiones o disciplinas vinculadas a los servicios personales y a la relación de ayuda-, pero también de miembros de la comunidad (amigos o vecinos de las personas mayores).

Todos pueden experimentar los beneficios de esta participación:

- **Las personas residentes** que tendrán más estímulos relacionales, ambientales y de actuación con más personas, algunas conocidas y otras no, de diferentes edades, orígenes etc.
- **El personal** disfrutará con estos estímulos que pueden enriquecer la organización y proporcionar un incentivo que evite la sensación de aislamiento o de rutina en los recursos.

- **Los colaboradores** –sobre todo si son ajenos al centro y no tienen ningún familiar– pueden tener una oportunidad única para aprender acerca de las características, deseos y de cómo viven las personas en situación de dependencia, y para que experimenten nuevas experiencias, vínculos y emociones positivas. Para quienes ya mantienen lazos con personas usuarias, mantener una relación previa, o la satisfacción de deseos y valores personales (ejercicio de solidaridad, generosidad, etc.).

Además de potenciar la participación de voluntarios vinculados a colectivos o instituciones, es muy necesario favorecer la implicación de quienes, de forma aislada, pueden ofrecerse para pequeñas tareas o apoyos. Lo importante es ser capaces de canalizar esa inquietud que puede parecer pequeña, pero que siempre va a ser interesante por lo que supone de cambio, de apertura, de motivación (en voluntarios, personas usuarias y personal). Con ello aumentamos las oportunidades de relación y acción, lo que beneficiará de forma significativa a muchas personas en situación de dependencia.

Desarrollar BBPP en esta área implica, además de analizar y aprovechar los recursos comunitarios, generar oportunidades de participación en personas relacionadas con el recurso y que manifiesten interés: familiares, conocidos, proveedores etc.

En los casos en los que la Residencia, el Centro de día y/o el Centro social de mayores se encuentren próximos, parece imprescindible diseñar actividades en las que participen personas usuarias que puedan beneficiarse de ellas al encontrarse personas con características, estilos, deseos más similares y que puedan establecer vínculos y disfrutarlos.

Referencias bibliográficas

- AAVV (1998). *Las residencias son para vivir. Modelo para evaluar la calidad de la atención y la calidad de vida en las residencias para personas mayores*. Londres (Editado por Dip. Foral de Álava; original en inglés, Ministerio de Salud de Gran Bretaña –SIIS–, 1998).
- Agencia de Sanidad Ambiental y Consumo del Principado de Asturias. *Seguridad en el hogar*. CD-Room. Oviedo, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
- AIJU/IBV (2004). *Juegos de mesa y personas mayores: la importancia de nuevos diseños*. Valencia, IMSERSO.
- Armandans I. y cols. MEDIMAYOR. *La mediación como instrumento de gestión de conflictos en el ámbito de las personas mayores autónomas y dependientes*.
- Bermejo García, L. (2009). “Género y cuidado profesional”, en el curso *Género, envejecimiento y autonomía personal*. Santander, UIMP-IMSERSO.
- Bermejo García, L. (Dir.) (2009). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con mayores: Guía de Buenas Prácticas*. Madrid, Panamericana (en prensa).
- Bermejo García, L. “Aprendizaje a lo largo de la vida”. En *El Libro Blanco de las Personas Mayores y del Envejecimiento*. Madrid, IMSERSO (en prensa).
- Bermejo, J.C. (2005). *Estoy en duelo*. Ed. PPC.
- Blázquez Martín, Diego (2006). *Los derechos de las personas mayores*. Universidad Carlos III. Madrid, Dykinson.
- 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).
- 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>
- Caixa Catalunya. “Mis derechos del mañana”. *Manual de los derechos y deberes de las personas mayores* (en catalán) <http://obrasocial.caixacatalunya.es/osocial/idiomes/1/publicacions/DretsGentGran.pdf>
- Calvete Zumalde, E. “Apoyo social y ancianos en residencias”. En Zerbitzuan: *Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, nº 25, 1994.
- Clavé, Eduardo (2000). *Ante el dolor. Reflexiones para afrontar la enfermedad y la muerte*. Madrid, Ed. Temas de hoy.
- Consejería Asuntos Sociales del Principado de Asturias (2002). *Plan de intervención en residencias*. Colección Documentos política social, nº 13. Oviedo, Consejería de Asuntos Sociales.

- Consejería de Asuntos Sociales (2000). *Centros de día para personas mayores con dependencias*. Colección Documentos Política Social, nº 8. Oviedo, Consejería de Asuntos Sociales.
- 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.
- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de centros de atención diurna del Principado de Asturias*. Oviedo, Consejería de Bienestar Social.
- Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias (2008). *Asturias apoya. Para seguir viviendo en casa: guía de recursos de atención*. 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 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.
- 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.
- 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.
- Díaz, P.; López, A. y Navarro, A. (2009). *Así soy, así me gusta. Guía para el cuidado de la imagen personal de las personas en situación de dependencia*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.
- Díaz Veiga y cols. (2009). *Mujeres: las oportunidades de la edad*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. IMSERSO (en prensa).
- Diputación Foral de Álava (1996). *Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas*. Departamento de Bienestar Social de la Diputación Foral de Álava.
- Fabregat, M.E. (2009). "Programas para la mejora de la calidad de vida a través del juego". Bermejo, L. (Dir.) *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con mayores: Guía de Buenas Prácticas*. Madrid, Panamericana (en prensa).
- Fantova, F. (2008). *Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas*. Cuadernos de Derechos Humanos, nº 49. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe, Universidad de Deusto, 2008.
- Fantova, F. (2003). La sistematización como herramienta de gestión en "Sistematización de experiencias de desarrollo humano" realizado por Alboan, Instituto Pedro Arrupe de Derechos Humanos (Universidad de Deusto) y Hegoa (www.alboan.org).

- Fantova, F. (2004). "El discurso de la calidad en la gestión social: narraciones y cristalizaciones" en el Boletín del CIES, nº 20, noviembre. (www.grupcies.com).
- Fundación La Caixa (2008). *Un cuidador, dos vidas*. Barcelona, Fundación La Caixa.
- García Férez, José (2003). "Bioética y Personas Mayores". Madrid. [31-03-2003] <http://www.imsersomayores.csic.es/portal/senileg/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>
- García Martín, M.A. y Hombrados, M.I. (2002) "Control percibido y bienestar subjetivo: un análisis de la literatura gerontológica". *Rev. Mult. Gerontología*, 2002, 12 (2):90-100.
- 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>
- Gil-Robles y Gil-Delgado, A. "Los derechos de los ciudadanos en el sistema sanitario". *Derecho y Salud*, 1994; 2: 87-90.
- Goffman, Erving (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Editorial Amorrortu (Original de 1961).
- 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).
- Gracia, D. (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, EUEDEMA, 1991.
- Gracia, D. y Júdez, J. (2004). *Ética en la práctica clínica*. Madrid, Ed. Triacastela.
- Gracia, D. (2004). *Como arqueros a blanco. Estudios de bioética*. Madrid, Ed. Triacastela.
- *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, M.J. (2008). "Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevo escenario". *Boletín sobre envejecimiento: Perfiles y tendencias*, nº 34, septiembre. IMSERSO, Madrid.
- IMSERSO (2004). *Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores y de los profesionales*. Investigación cualitativa de la SEGG. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid, IMSERSO.
- Izal, M.; Montorio, I. y Díaz, P. (1997). *Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Guía para cuidadores y familiares*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Juegos y Personas mayores http://guia2007.guiadeljuguete.com/2008/4_juegos-y-personas-mayores.php
- Leturia Aráosla, F.J.; Yanguas Lezaun, J.J. (2001). "Intervenciones psicosociales y comportamentales con personas mayores en recursos sociosanitarios" www.matiat.net/profesionales/articulos
- 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>

- López-Sánchez, F. (2005). "Experiencia amorosa en la vejez". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40: 135 -137.
- 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).
- Losada Baltar, A. (2004). "Intervenciones no farmacológicas para la reducción de comportamientos problemáticos asociados a la demencia". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 13. [Fecha de publicación: 21/10/2004]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-intervenciones-01.pdf>
- Márquez-González, 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>
- Márquez-González, M. (2008). "Emociones y envejecimiento". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 84. Lecciones de Gerontología, XVI [Fecha de publicación: 14/05/2008]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/marquez-emociones-01.pdf>
- 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).
- Martínez, S. y Gómez, I. "Programas para el desarrollo personal por medio del ocio". En Bermejo García, L. (Dir.) (2009). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con mayores: guía de buenas prácticas* (pendiente de publicación).
- Martínez, T. (2010). *Centros de atención diurna a personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad o dependencia*. Madrid, Panamericana (en prensa).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000). *Analizando la calidad de servicios: calidad de vida, calidad de servicios*. Colección de manuales y guías. Serie de catálogos y guías nº 1 y nº 2.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/F. Aequitas (2006). *Manual elemental de derechos de las personas mayores*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Montorio Cerrato, I., Losada Baltar, A. (2004). "Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 12. [Fecha de publicación: 30/04/2004]. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/montorio-vision-01.pdf>
- Moya, A. y Barbero, J. (2006). *Malos tratos a personas mayores: guía de actuación*. 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>
- OMS, "Envejecimiento activo: un marco político". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 2002; 37(S2):74-105 94.
- OMS (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. www.who.int/entity/ageing/AFCSpanishfinal.pdf
- Ortiz de Barrón, L.M. "Problemática en torno al ambiente y convivencia en las residencias de ancianos". *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, nº 27-28, 1995.
- Peña-Casanova, J. (1999) *Activemos la mente. Las alteraciones psicológicas y del comportamiento en la enfermedad de Alzheimer*. Barcelona, Fundación La Caixa.
- Pérez Ortiz, L. (2004). "Envejecer en femenino". *Boletín del envejecimiento: Perfiles y Tendencias*, nº 9. Madrid, IMSERSO.
- Pérez Salanova, M. (2003). *Activando el envejecimiento activo*. Madrid, IMSERSO.
- Prieto Chincolla, S. (2006). "La sexualidad de las personas mayores". Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 57.
- Rodríguez Hevia, G. *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.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2006). *El sistema de Servicios Sociales español y las necesidades derivadas de la atención de la dependencia*. Documentos de trabajo (Fundación alternativas), nº 87, 2006.
- Sánchez Carazo, Carmen (2003). "La intimidad: un derecho fundamental de todos". Madrid. [Fecha de publicación: 30/03/2003]. <http://www.imsersomayores.csic.es/portal/senileg/documentos/sanchez-intimidad-01.pdf>
- Sánchez Caro, J. (2001). *El médico y la intimidad*. Madrid, Ediciones Díaz de Santos.
- Sánchez, M. (2007). *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*. Barcelona, La Caixa.
- SEEGG (2003). "Hacia una cultura sin restricciones: Las restricciones físicas en ancianos institucionalizados" Doc. Técnico nº 3 - julio 2003.
- 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>
- Villar, F. (2003). "Personas mayores y ordenadores: valoración de una experiencia de formación". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38, 86-94.
- Villar, F. (2009). "Programas sobre las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)". Feliciano Villar en Bermejo García, L. (Dir.). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con mayores: Guía de Buenas Prácticas* (en prensa).
- Villar, F. (2009). "Programas sobre las tecnologías de la información y la comunicación (TIC)". Bermejo, L. (Dir.) *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con mayores: Guía de Buenas Prácticas*. Madrid, Panamericana (en prensa).

- Williams, K.; Kemper, S. y Hummert, M.L. (2003). "Improving Nursing Home Communication: An Intervention to Reduce Elderspeak". *The Gerontologist*, 43 (2), 242-247.
- Yanguas Lezaun, J. et al. (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*. Madrid, IMSERSO, Colección Documentos.
- Yanguas Lezaun, J. (Dir) (2009). *Emociones y envejecimiento*. Obra Social de Caixa Catalunya.
- Yanguas Lezaun, J.; Pérez Salanova, M. (2001). "Apoyo informal y demencias: ¿es posible descubrir nuevos caminos?". www.matiat.net/profesionales/articulos
- 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>

Páginas web de interés

- www.ceapat.org
- www.ceoma.org/alzheimer/modules.php?name=News&file=article&sid=673
- www.design.ncsu.edu:8120/cud/univ_design/princ_overview.htm
- www.designforall.org
- www.guia2007.guiadeljuguete.com/2008/4_juegos-y-personas-mayores.php
- www.imserso.redintergeneracional.es
- www.imsersomayores.csic.es/salud/sexualidad/index.html
- www.imsersomayores.csic.es/salud/sexualidad/pyr.html

Diciembre de 2009
Diseño y maquetación: Lola G. Zapico
Imagen de las tapas: Mercedes Fernández
Imprime: La Cooperativa
D.L.: AS-4.854/09