

El Trabajo Social en Centros Sociosanitarios de Atención Residencial



Encarnación Araque Menor

**Editorial Científico-Técnica
Ocronos**

El trabajo social en centros socio-sanitarios de atención residencial

Encarnación Araque Menor

El trabajo social en centros sociosanitarios de atención residencial

© Encarnación Araque Menor

ISBN: 978-84-1142-290-1

Edita: Editorial Científico Técnica Ocronos

<https://ocronos.com>

Reservados todos los derechos.

Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información o sistema de reproducción, sin permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

*A mi familia, que tanto me apoya,
y a mi querido hermano, que tanto echo de menos.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	9
2. UTILIDAD DE ESTE TRABAJO	11
3. SECUENCIA DE APARTADOS	13
4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	15
5. DONDE CÓMO Y POR QUÉ SE REALIZA ESTE TRABAJO PRÁCTICO	18
6. PROTOCOLO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO	22
6.1. PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO (P.A.I)	22
7. CONSEJO DEL MAYOR	29
7.1. LA CONSTITUCIÓN DEL CONSEJO	29
7.2. DESARROLLO DE LAS SESIONES DEL CONSEJO	30
7.3. EL TRABAJADOR SOCIAL Y SU RELACIÓN CON EL USUARIO	31
7.4. REGISTRO DE LAS SESIONES DEL CONSEJO DEL MAYOR	32
8. ENCUESTA Y ENTREVISTA DE PARTICIPACIÓN	33
8.1. ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS	41
8.2. REGISTRO Y COMUNICACIÓN DE DATOS	44
8.3. GUÍA DEL BUEN TRATO AL USUARIO SOCIOSANITARIO	44
8.4. INTRODUCCIÓN DE LA GUÍA DEL BUEN TRATO.	45
8.5. Y ESTA GUÍA, PARA QUÉ	46
8.6. DESTINATARIOS	48
8.7. QUÉ ENTENDEMOS POR BUEN TRATO	48

8.8. DIMENSIONES DE ACTUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD Y GARANTIZAR UN BUEN TRATO.	49
8.8.1 Esfera emocional	49
8.8.2. Esfera física	50
8.8.3. Esfera cognitiva	50
8.8.4. Esfera social	52
8.8.5. Esfera clínica	53
8.9. CONSIDERACIONES GENERALES	54
8.10. IMPLEMENTACIÓN, EN EL CENTRO, DE LA GUÍA DEL BUEN TRATO	54
9. HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE PARTICIPACIÓN PARA EL RESIDENTE CON GRAVE DETERIORO COGNITIVO	55
9.1. QUÉ ES, LA HISTORIA DE VIDA	56
9.2. ENTREVISTA CON LA FAMILIA	57
9.3. EJEMPLO DE HISTORIA DE VIDA	59
9.4. CÓMO SE IMPLEMENTA LA HISTORIA DE VIDA	63
9.5. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN A LA HISTORIA DE VIDA	64
10. CONCLUSIONES	65
11. BIBLIOGRAFÍA	67

NOTA AL LECTOR:

Quisiera aclarar, al inicio de su inmersión en este trabajo, que algunos datos referentes a ubicación y descripciones se encuentran modificados para garantizar el anonimato de usuarios y trabajadores que aparecen en este libro. En concreto, se ha alterado el número de residentes que componen la unidad asistencial, su ubicación y los nombres de las personas que participan en el estudio o que se mencionan en el mismo.

1. INTRODUCCIÓN

Cuando una persona se plantea ir vivir a un centro residencial para personas mayores, la preocupación que muchos usuarios manifiestan sentir es que, al entrar en una residencia ya no podrán decidir sobre el devenir de su vida, ya no podrán tomar decisiones sobre qué hacer cuando y como.

Aún tenemos la visión más tradicional de institución organizada de modo vertical en el que la estructura organizativa impuesta por el centro, ajena a las necesidades y opiniones de sus usuarios, regula y dicta el modo de vida de sus habitantes.

Sabemos que el poder tomar decisiones sobre la propia vida y, el cómo vivirla es algo fundamental en la vida de todos.

Cómo bien nos indica Bonet G.P. en su artículo “Acercamientos al sentido de la participación en las residencias públicas de personas mayores”:

“(…) las personas mayores, cuando están o piensan estar en residencias, valoran especialmente los aspectos relativos al control de la autonomía, mantener sus relaciones sociales anteriores al ingreso residencial, participar en la toma de decisiones relativa a sus rutinas y actividades (...)”

Entendiendo que la participación en su proceso de atención y la libertad en la toma de decisiones es una tarea que define el actual concepto de atención residencial, nos proponemos explicar de manera práctica una serie de procedimientos que hacen factible la participación del mayor usuario de centros socio sanitarios de atención residencial, tarea que es responsabilidad de la trabajadora social y que presenta un reto y una oportunidad de desarrollo personal y profesional.

Este trabajo pretende poner en valor la profesión, dado que la misión de las trabajadoras sociales y su cometido en los centros de atención residencial son fundamentales.

La profesión de trabajador social, citando a Cristina de Robertis (2003) en relación a objetivos y medios de la profesión, indica que “sus objetivos son preventivos,

curativos y promocionales. Sus medios son la relación entre el trabajador social y la persona, la utilización de recursos existentes, la adaptación o la transformación de los mismos y/o la creación de nuevas oportunidades”.

Así es, el medio del trabajador social es, la relación que se establece entre el mismo y el usuario, por eso es fundamental tratar este vínculo dado que es una herramienta necesaria para la consecución de nuestra labor. Y particularmente pertinente en la labor de un trabajador social que desarrolla su trabajo en un centro socio sanitario de atención residencial, dado que la relación que se establece entre el mismo y los residentes suele ser una relación continua y cercana.

Este hecho es más cierto ahora que antes, y lo será aún más en el futuro, dado que la pandemia ha cambiado multitud de aspectos en los centros de atención residencial para mayores.

En primer lugar, la sectorización ha venido para quedarse, no ya con su sentido séptico de evitar contagios, si no, para otorgar una cotidianidad más cercana y familiar al usuario.

La nueva normativa de centros contempla que el residente debe desenvolver su rutina en “grupos burbuja” donde se relaciona con el mismo grupo de pares, vea siempre a los mimos profesionales y las zonas que más frecuente estén personalizadas.

Esta nueva realidad hace que el trabajador social que desarrolla sus funciones en un centro para mayores tenga una relación más estrecha con los usuarios (más si cabe). Es por esto que la relación personal en este ámbito es particular, aquí se llega a una convivencia y cotidianidad con el residente que roza la tarea del etnógrafo.

En cuanto el centro se convierte en el espacio habitual del residente, te conviertes en un profesional que puede observar al usuario en sus aspectos más íntimos y, es cuando realmente, pueden establecerse relaciones significativas que faciliten esta relación de ayuda.

Particularmente, en cuanto al fomento de la participación del residente en su proceso de atención esta relación me ha ayudado mucho a conectar con el mayor y lograr un grado de confianza que te da libertad para indagar y hablar con mayor facilidad. En relación a las encuestas y entrevistas como herramienta de participación, esta apertura que se produce en la entrevista, ayuda muchísimo a saber que espera el mayor del centro y visualizar los recursos pertinentes.

2. UTILIDAD DE ESTE TRABAJO

El objeto del presente trabajo es servir de ayuda y orientación a otros colegas, profesionales del trabajo social que prestan sus servicios en centros socio sanitarios de atención residencial.

Dado que ellos son el nexo de enlace entre usuarios y la dirección y además forman parte del equipo técnico, el cual, será evaluador para la consecución de los distintos sellos de ACSA (Agencia de calidad Sanitaria de Andalucía) si la dirección de la entidad socio sanitaria en la que trabajan mis colegas, decide embarcarse en la mejora de su imagen y calidad, es de obligada lectura este trabajo.

En el presente escrito se plasman algunas herramientas desarrolladas en un centro de mayores que, nos han sido de gran ayuda para hacer que la participación del residente en su proceso de atención.

Este estudio refleja una serie de descripciones de procesos que se llevan a cabo en un centro de atención residencial de forma que el lector podrá observar la manera de implantar determinados procedimientos de participación del usuario, su soporte documental y teórico: Desde cómo hacer partícipe al usuario de la elaboración de su Plan de Atención individualizado (en adelante PAI) como el desarrollo del consejo de residentes su implantación en el centro y su participación mediante encuesta y entrevista.

Se pretende dar una respuesta, desde el presente trabajo, a la cuestión de cómo hacer factible la participación del usuario en su proceso de atención, como indica Rodríguez, R. M. A., Remón, C. A., & Rodríguez, M. D. M. (2021)

“(…) En los últimos años la participación del paciente ha adquirido mayor protagonismo, con términos como atención centrada en el paciente, auto gestión de la enfermedad, paciente activo, paciente experto, y está cada vez más presente en el discurso de políticos y gestores sanitarios. Sin embargo, falta conocimiento empírico sobre la viabilidad y efectividad de las intervenciones para promover la participación del paciente(…)”

Queda así evidenciado que es una cuestión, la de la participación del usuario y de cómo llevarla a la práctica, que en la mayoría de los casos supone un quebradero de cabeza para los técnicos que desarrollan su labor como Trabajadores Sociales

Clínicos. Entendemos el concepto de Trabajador Social Clínico como lo entiende Amaya Ituarte Tellaeché en su obra “Prácticas del Trabajo Social Clínico” esto es como: “una práctica especializada del trabajo social y un proceso relacional psicoterapéutico que trata de ayudar a un cliente (...) utilizando sus capacidades personales y su contexto socio-relacional”.

Este trabajo pretende describir de manera clara y contextualizada cuatro instrumentos clave en la participación del usuario en centros de atención residencial:

- La participación en su P.A.I.
- El consejo de centro.
- Encuesta y entrevista a los mayores del consejo de centro.
- Historia de Vida en usuarios con grave deterioro cognitivo.

Estas herramientas serán los principales elementos de análisis del trabajo, ya que considero que son las herramientas de participación más pertinentes y necesarias en los centros de atención residencial, si los implantamos en el mismo de una manera oportuna, se materializa y se evidencia la implicación del mayor en su propio proceso de cuidado, humanizando y dotando de calidad el servicio y la atención.

Podemos decir que este trabajo tiene la pretensión de ser una obra de consulta para el Trabajador Social que presta sus servicios en un centro de atención residencial para personas mayores y quiere materializar la participación de los usuarios en el mismo.

El proceso de participación del usuario en su PAI y la conformación y sesiones del consejo del mayor, son herramientas de uso obligatorio según la normativa sobre centros residenciales de personas mayores de la Junta de Andalucía.

La encuesta y entrevista a los mayores del consejo son una herramienta que de manera experimental emplee en el centro donde trabajo, con buenos resultados, dado que como conclusión de esta pude elaborar con más rigor “la guía del buen trato” que empleamos en el centro, guía que implementa y evidencia que “La personas reciben un trato correcto y digno por parte de los responsables de la atención” tal como exige ACSA para la consecución de su sello de calidad.

3. SECUENCIA DE APARTADOS.

A lo largo de este trabajo se desarrolla y describen las cuatro herramientas fundamentales de participación del residente de centro socio sanitario de atención residencial.

- Protocolo de acuerdo P.A.I.
- Consejo del mayor.
- Encuestas al consejo.
- Historia de vida con herramienta de participación para el mayor con grave deterioro cognitivo.

En el punto 4, se describe la fundamentación teórica de técnicas en las que se apoyan los procedimientos.

Como primera herramienta de participación del usuario hemos desarrollado el protocolo de acuerdo PAI, en el punto 6. En este apartado se explica en que consiste el plan de acción individualizado y como llevar a la práctica la participación del usuario en el mismo, cumpliendo con su derecho de participación activa a la que nos insta la normativa de centros residenciales y que debemos demostrar para consecución de distintos sellos de calidad sanitaria.

En el punto 7, se explica la configuración, funcionamiento y objetivos del consejo del mayor, segunda herramienta de participación del usuario e institución de obligatoria consulta según la normativa de centros de atención residencial.

A lo largo de este punto se explica el funcionamiento de este grupo humano, su elección y el desarrollo de las sesiones.

El punto 8 de este trabajo se dedica a la encuesta al consejo del mayor, tercera herramienta de participación activa del usuario de servicios socio sanitarios de atención residencial, esta herramienta es muy útil e innovadora a la hora de mejorar el servicio y detectar necesidades de los residentes.

Se plasma en este apartado el análisis del estudio de encuestas del centro donde desarrollo mi labor como trabajadora social. Como resultado de la misma creamos una nueva herramienta de mejora en el centro “la guía del buen trato”. Esta guía se desarrolla a lo largo de este apartado y trata de materializar de una manera práctica una praxis enfocada en la atención al mayor residente, hasta la fecha apenas existe bibliografía al efecto y realmente es necesario trasladar a un manual práctico, la teoría de buen trato al usuario de centros socio sanitario de atención residencial.

En el punto 9 del presente trabajo está dedicado a la historia de vida como herramienta de participación para el mayor residente con grave deterioro cognitivo, explicamos en que consiste esta herramienta y como implementarla.

Podrá encontrar, en este apartado, un ejemplo de historia de vida, de tal manera que el lector podrá ver que formato utilizo para la misma y que entrevista realizo a la familia para obtener la información que se plasma en la misma.

El punto 10 recoge las conclusiones finales de la obra y pretende resumir las observaciones más relevantes.

4. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La metodología empleada en este trabajo se aplica de un modo práctico y de una manera directa en un entorno residencial muy concreto, como modelo metodológico se ha empleado en gran parte el modelo centrado en la tarea, la observación participante (en adelante “O.P.”), y la encuesta como método de recopilación de información cualitativa.

El modelo centrado en la tarea se emplea más en la herramienta de elaboración de P.A.I y el modelo de observación participante en la actividad de “Consejo del mayor”.

De esta manera el modelo centrado en la tarea, encuentra en el diseño y elaboración del PAI, una consecución de fases y objetivos perfectamente asimilable al “modelo centrado en la tarea”, a saber:

- Delimitación del problema: la inclusión fáctica del usuario en su proceso de atención.
- Definición de objetivos, en este caso incluir al mayor en la toma de decisiones y en su relación de cuidado.
- Una limitación temporal: en ocasiones marcada por la temporalización recomendada de actualización de cada PAI (cada seis meses) o de reuniones de consejo de residentes (cada tres meses), aunque el proceso de intervención sea un proceso de re evaluación continua.
- Las tareas: concretadas en las acciones que se expondrán más adelante y evidenciadas en soporte documental, y por último;
- El contrato: entendido este como explica Garro, J. J. (2009).“(…) ingrediente básico en este modelo, es una «forma contemporánea de establecer el acuerdo entre usuario y trabajador social» y es una manera de formalizar un acuerdo que tiene como finalidad básica realizar un cambio”. Podemos ver un ejemplo de este acuerdo en el documento que firma el usuario tras la exposición que le realiza el trabajador social acerca de su P.A.I. (ver imagen de acuerdo PAI).

El modelo centrado en la tarea es el empleado en la herramienta de participación del usuario en su P.A.I.

Para la implantación del consejo de consejo de centro nos hemos apoyado en la herramienta de grupo de discusión, entendido este grupo de discusión como “situación social” tal como emplea el término Enrique Martín Criado que habla de este concepto de la siguiente manera: “(...) modelos socioculturales de aceptabilidad de los discursos según las situaciones sociales; (...) con individuos con determinados hábitos, competencia comunicativa, sentido de su valor social y capital simbólico y lingüístico—en función de los cuales tendrán más o menos poder en la conformación de la definición de la situación y de la estructura de lo decible—.(...)”

Hemos elegido esta acepción de ya que nosotros también entendemos, la “situación social” del encuentro en el consejo del mayor como un encuentro de personas que comparten, un hábito, entendido este como indica Capdevielle, J. (2011)“(...)correspondencia entre las estructuras sociales y mentales, tiene su punto de asidero en lo más profundo del cuerpo, donde se interiorizan los esquemas del hábito . Este conjunto de disposiciones duraderas y transportables es conformado por la exposición a determinadas condiciones sociales que llevan a los individuos a internalizar las necesidades del entorno social existente, inscribiendo dentro del organismo la inercia y las tensiones externas”. Es decir, un grupo humano que comparte un “hábito” un proceso sociabilizador, una génesis social materializada en sus propios cuerpos y maneras de entender el mundo.

De esta manera nos encontramos en el consejo del mayor, una reunión de personas que comparten una realidad social particular y en cuyo encuentro radica un elemento de participación sinérgico de un grupo de usuarios con una potencia particular.

Este grupo de discusión es estudiado con la técnica de Observación participante. Entendida esta como indica - Jociles Rubio, M. I. (2018) “una técnica de producción de datos consistente en que el etnógrafo observe las prácticas o `el hacer´ que los agentes sociales despliegan en los “escenarios naturales” en que acontecen, en las situaciones ordinarias en que no son objeto de atención o de reflexión por parte de estos mismos agentes”.

En este sentido el etnógrafo es el trabajador social que en gran medida convive con el usuario y participa del consejo del mayor, que se reúne en el grupo de discusión y que gracias a su observación conseguirá información fundamental acerca de la opinión e intereses de los residentes.

De esta manera la O.P. se describe como la técnica más oportuna para esta herramienta de participación que es, el consejo del mayor, dado que en un momento dado se reúnen un grupo de personas que conviven y comparten un espacio físico y simbólico durante largos periodos de tiempo, comparten en gran medida un “hábitus” y de la observación participante del trabajador social, se pueden extraer importantes conclusiones.

Otra metodología que se emplea en este trabajo es la encuesta, Dado que como indica Quispe Limaylla, A (2013) “la encuesta es una forma de obtener datos directamente de la gente en una forma sistemática y estandarizada (...) son usadas para hacer inferencias a toda la población de interés”, es por esto que la encuesta al consejo del mayor nos es una herramienta muy práctica para extrapolar los resultados de estos informantes clave al resto de la población residente.

5. DÓNDE, CÓMO Y POR QUÉ SE REALIZA ESTE TRABAJO PRÁCTICO

Este texto ha sido el resultado de un trabajo práctico realizado en un centro de atención residencial para mayores, de carácter privado, con una capacidad para 50 residentes ubicado en la comunidad autónoma andaluza.

El equipo interdisciplinar se compone de una directora, una Terapeuta ocupacional, una psicóloga, dos fisioterapeutas, tres enfermeras, una doctora y una trabajadora social que es la persona que escribe.

El centro, cuenta con dos plantas habitables y funcionales para su habitabilidad y tres patios interiores, los residentes se encuentran en zonas sectorizadas, en tanto prevención de COVID y para mantener zonas burbuja de convivencia.

La zona burbuja es entendida como una zona donde desarrolla su día a día el residente y se encuentra personalizada a sus características y sus rutinas. Se pretende que su vida se desarrolle en un espacio más íntimo y personal, que sean los mimos profesionales los que le atienden cada día y que su cotidianidad se desarrolle en un entorno lo más parecido a un hogar.

El trabajador social en los centros de atención a personas mayores, se encuentra desarrollando una cantidad grandísima de actividades, algunas que no le competen a su profesión, pero que son asumidas por él y encargadas por sus superiores.

Como explica con gran claridad Tortajada, P. M. (2011) “Si se desciende al ámbito del trabajo con personas mayores, (...) reconoce-se parte de una realidad en donde las competencias, las funciones y las tareas propias del profesional de trabajo social (...) no se delimitan acorde a los deberes que propiamente debiera realizar. La ausencia de una delimitación profesional común y oficial provoca una infravaloración del personal profesional y una sobrecarga de tareas y competencias, unas veces, impuestas y, otras, adquiridas”.

Si analizamos las funciones que desarrolla un trabajador social con el colectivo de mayores encontramos diferentes definiciones de estas funciones. Podemos encontrar la definición del trabajo social gerontológico como, citando a Holgado Remiro, L., & de Pedro Herrera, M. D. Trabajo social en residencias de personas

mayores, “la práctica y disciplina científica que se encarga de conocer las causas y los efectos de los problemas sociales individuales y colectivos de las personas mayores y de cómo lograr que dichas personas asuman una acción organizada tanto preventiva como transformadora para superarlos.” (García M., 2012, págs. 9-34) o transcribiendo a Piñan Moran Piña Moran (2006), hace la siguiente definición de trabajo social gerontológico, “campo de acción que apunta a potenciar el capital social individual, familiar, grupal y comunitario de los adultos mayores, mejorando la calidad de su vida social y su desarrollo humano, a través de una intervención social basada en enfoques epistemológicos, teóricos y metodológicos”.

Si transcribimos las funciones del trabajador social según el estatuto de los trabajadores publicado por Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica las funciones, estas serían las siguientes:

- Planificar y organizar el trabajo social del centro mediante una adecuada programación de objetivos y racionalización del trabajo.
- Atender en el proceso de ingreso y realizar la historia y ficha social de la persona usuaria.
- Colaborar y realizar aquellos estudios encaminados a investigar los aspectos sociales relativos a las personas usuarias.
- Ejecutar las actividades administrativas y realizar los informes sociales de las personas usuarias y los que le sean pedidos por la dirección del centro. Facilitar información sobre los recursos propios, ajenos y efectuar la valoración de su situación personal, familiar y social.
- Realizar atención directa, tanto a nivel individual, grupal y comunitario.
- Fomentar la integración y participación de las personas usuarias en la vida del centro y de su entorno.
- Participar en la preparación y puesta en marcha de programas de adaptación de las personas usuarias al centro.
- Coordinar los grupos de trabajo y actividades de animación sociocultural.
- Participar en la comisión técnica.

- Realizar las gestiones necesarias para la resolución de problemas sociales que afecten a las personas usuarias principalmente con las entidades e instituciones.
- Promover la coordinación con profesionales y recursos del sistema de servicios sociales y sanitarios al objeto de establecer cauces de comunicación.
- Participar, con el equipo multiprofesional o departamento médico en la elaboración de las orientaciones o de la atención que necesiten las personas usuarias.
- Participar en la asignación y cambio de habitaciones y mesas del comedor con el departamento de enfermería y la dirección.
- Hacer el seguimiento y en su caso realizar las visitas necesarias a las personas usuarias en centros sanitarios.
- Informar, orientar, asesorar y acompañar a la familia durante el proceso de atención social a la persona usuaria en el centro.

Son muchas las tareas que tiene que realizar un trabajador social en un centro socio sanitario.

Pero si es destacable y subrayable una tarea propia del trabajo social es “Fomentar la integración y participación de las personas usuarias en la vida del centro y de su entorno”.

El trabajador social es la voz del usuario, es el encargado de garantizar la inclusión y participación de los residentes en su proceso de atención, el trabajador social y no otro profesional, es el encargado de materializar esta participación

Como iba diciendo, entre mis múltiples funciones está la de materializar y demostrar documentalmente la participación del usuario en su proceso de atención, esto es necesario para:

- Responder satisfactoriamente ante las inspecciones de servicios sociales que regularmente se efectúan en el centro.
- Cumplir con los requisitos exigidos por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2009), como indica su manual para servicios residenciales, en su estándar obligatorio “21 01.04_00: la persona es informada de todos los aspectos relacionados con su proceso de atención” y en su estándar “21 01.06_00: “Se dispone de mecanismos de participación de las personas en la toma de decisiones del servicio residencial”.
- Y en último lugar, pero el motivo más importante y personal de todo este trabajo; dignificar y dar sentido a nuestra labor como institución.

6. PROTOCOLO DE ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

El P.A.I. es un protocolo de actuación que estamos obligados a materializar en un documento. Se elabora de cada uno de los residentes en los centros de atención residencial, este documento es una síntesis de los tratamientos que el residente recibe por parte del equipo técnico del centro, debe tener una revisión semestral y el primero de ellos debe elaborarse dentro de los dos primeros meses que siguen al ingreso.

En este trabajo presentamos una manera más innovadora de elaborar dicho documento, haciendo participe al usuario y a su familia, de una manera sencilla eficaz, incluyendo la creación de documentos que plasmen dicha participación, de modo que pueda evidenciarse la participación del usuario en su proceso de atención.

6.1. PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO (P.A.I).

El P.A.I. es un documento que recoge la valoración y tratamientos que recibe el residente desde las disciplinas social, médica, funcional y cognitiva y contiene una propuesta de intervención individualizada.

Se elabora un documento por cada uno de los residentes, redactado por los técnicos: Fisioterapeuta, Terapeuta ocupacional, DUE, Médico, Trabajadora Social, Directora y Gobernanta (incluimos la figura de la gobernanta porque es nuestro nexos con las auxiliares de enfermería, clave del funcionamiento y buena consecución de las actuaciones sobre el residente) que, reuniéndose mensualmente, exponen sus intervenciones debaten y obtiene conclusiones reflejadas en el documento PAI.

De manera que cada residente tendrá revisado su PAI cada 6 meses. Este documento es solicitado por la administración, y la consejería de asuntos sociales exige que se suba a una plataforma destinada a la supervisión de centros sociosanitarios.

Siendo conscientes de la importancia de que la persona sea informada de todos los aspectos relacionados con su proceso de atención, se viene desarrollando el protocolo de acuerdo PAI, con el objeto de hacer partícipes de su proceso de intervención al mayor, e incluir a su familia en el mismo.

Para ello se procede de la siguiente manera:

Tras reunirnos en encuentro semestral con objeto del PAI de cada mayor, la Trabajadora Social se reúne con cada residente del que se ha tratado en la reunión, se reúne de manera privada y le expone los puntos tratados en la reunión, le comenta las conclusiones y procedimientos teóricos que cada técnico emplea en cada intervención, asimismo, recoge las impresiones del mayor y si está de acuerdo con las intervenciones que se le están aplicando.

Es fundamental recoger las opiniones y demandas del mayor dado que las principales características del contrato social con el usuario, según Cristina de son:

- “- Establecer un dialogo.
- Facilitar la comunicación.
- Tener en cuenta el proyecto de la persona.
- Movilizar fuerzas y recursos.”

Este documento denominado “acuerdo PAI” es un tipo de “contrato social”, técnica propia del trabajo social que en muchas ocasiones no se realiza de una manera formal, en palabras de Cristina De Robertis “en el trabajo social, la utilización del contrato se ha extendido, debido a la exigencia administrativa de establecerlo. Pero fuera de esa exigencia institucional, el contrato entre el trabajador social y el usuario sigue siendo verbal y `espontaneo` muy poco formalizado (...)”.

Esta es la pretensión del documento que se puede ver más abajo, es un contrato social, en cuanto de be reflejar las características de la relación de ayuda al usuario y los compromisos de este en su consecución.

Teniendo en cuenta, la vital importancia de la información y participación del usuario en la elaboración y acuerdos tomados en su Plan de actividades individualizado (en adelante PAI), acordado en las reuniones interdisciplinarias semestrales, se elabora el siguiente documento.

CERTIFICADO DE ACUERDO PAI.

Yo, Don/ Doña: **MANUEL LOPEZ UTRERA**

Con DNI: **69577427-X**

He sido informado de los acuerdos y medidas a desarrollar, reflejados en el documento de PAI de fecha **21/09/2022**...

De esta manera firmo y dejo constancia de que se me ha comunicado el contenido de mi PAI, los acuerdos adoptados en él y las medidas a desarrollar.

Mis demandas al respecto han sido escuchadas y manifiesto mi conformidad a participar en todo lo posible en todas aquellas acciones que favorezcan mi estado de salud integral y, se encuentran reflejadas en dicho documento PAI.

Fdo: 

Don: **MANUEL LOPEZ UTRERA**

Si el usuario padece un deterioro cognitivo de tal magnitud que, se sospecha que no puede comprender las explicaciones expuestas por la trabajadora social ni en su grado más elemental, se firma un documento en la reunión interdisciplinar acerca del PAI, donde se expresa este extremo y, se firma por los profesionales que intervienen en la valoración, como se expone en el siguiente documento.

Teniendo en cuenta, la vital importancia de la información y participación del usuario en la elaboración y acuerdos tomados en su Plan de actuación individualizado (en adelante PAI), acordado en las reuniones interdisciplinarias semestrales, se elabora el siguiente documento.

CERTIFICADO DE ACUERDO PAI.

El usuario, Don/ Doña: **FRANCISCA JODAR MARTIN**
Con DNI: **66693787-M**

Padece un deterioro cognitivo que dificulta su capacidad de comprensión, haciendo del documento de acuerdo P.A.I algo que carece de utilidad.

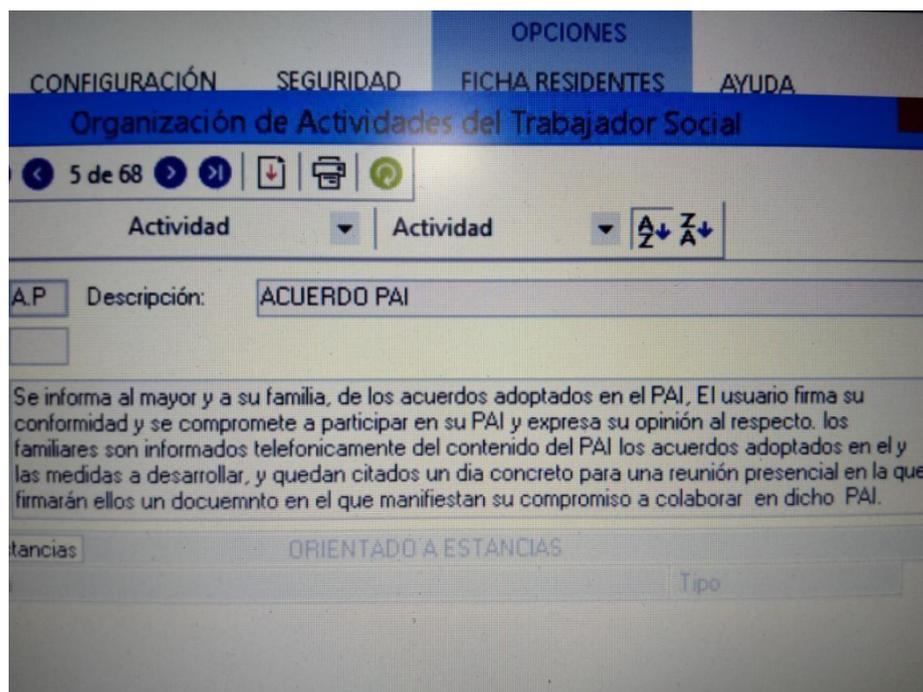
De esta manera la participación del usuario en el desarrollo de su P.A.I se materializa con la información y participación de su familia en el mismo.

Fecha: **21/09/2022**

Firmas de profesionales:

- DIRECTORA: 
- ENFERMERA: 
- FISIOTERAPEUTA: 
- TERAPEUTA OCUPACIONAL: 
- TRABAJADORA SOCIAL: 

Independientemente de que el usuario padezca o no deterioro cognitivo, la familia del mismo será informada de los acuerdos adoptados en el documento PAI y será citada para un futuro encuentro presencial, esta información y citación se evidencia registrándolo en el programa resi plus, donde la actividad está codificada como “Acuerdo PAI “se puede observar en la siguiente imagen:



En referencia a la inclusión de la familia como parte de este protocolo debemos constatar que es fundamental hacerla participe en el supuesto de que el usuario tenga mermadas sus capacidades cognitivas, ya que teniendo en cuenta el decálogo de características que definen la Atención Centrada en la Persona, citando a Pinazo Hernandis (2013) “Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía (...) es ejercida de modo indirecto a través de los otros (...)”.

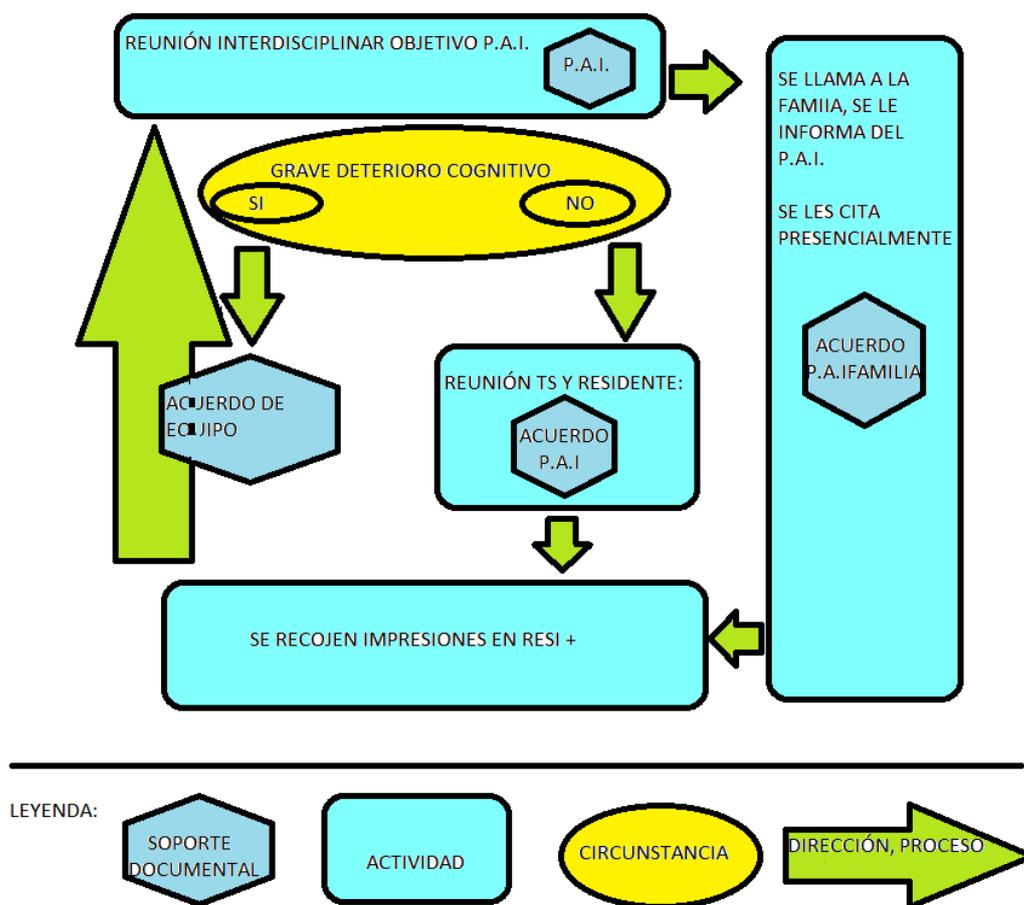
La familia queda emplazada para un futuro encuentro donde podremos realizar un seguimiento de su situación, tener un encuentro cara a cara, hablar de su familiar residente y charlar sobre distintos aspectos de la dinámica familiar, de esta manera incluimos a la familia en el proceso de intervención del mayor y realizamos un encuentro semestral con la familia para interesarnos por ellos y sus impresiones, enriqueciéndonos del feed-back que este encuentro nos brinda para mejorar en la asistencia. Las impresiones demandas y opiniones que nos transmite la familia quedan evidenciados en el registro de seguimientos de

resiplus, donde además, se transmiten dichas impresiones al resto del equipo interdisciplinar, y su conformidad con la intervención, en el documento de “Acuerdo PAI familia”, ver:

The screenshot shows a software interface for managing residents. At the top, there's a header 'Residentes'. Below it, a form for a resident named 'ALFONSA' is visible. The form includes fields for 'Codigo' (003), 'Nombre' (ALFONSA), 'Tipología' (ASISTIDO), 'Lugar Nac.', 'F. Nacimiento', 'S.S.', 'Est. Civil' (Viudo/a), 'Sexo' (Mujer), 'Edad' (91), 'F. Ingreso', 'SHA (Defi)', 'Habitación' (Código: 203), 'Cama' (Ventana), and 'Ult. Ingreso'. Below the form, there's a section for 'Descripción' with a text area containing a message. Below that, there's a section for 'Formación Interdisciplinar' with a text area. Below that, there's a section for 'Comunicados, Órdenes y Peticiones del Trabajador Social a los Profesionales' with a list of messages. Each message in the list has an 'Enviar' button next to it. The messages are identical and describe a call to the resident's son to discuss the care plan.

A continuación, mostramos un mapa de proceso en el que se observa más detalladamente la consecución de actividades que dan como resultado la creación y del PAI y el proceso de participación del usuario en el mismo.

MAPA DE PROCESO:



Con este mapa de proceso se visualiza de una manera más clara la secuencia de actividades que engloba el proceso de plan de actuación individualizado y, los pasos a seguir para garantizar la participación del usuario, su familia, y la concreción de los acuerdos adoptados con familia y usuario.

De esta manera, se crea un proceso de revisión y mejora en cada reunión semestral de revisión de PAI y se inserta al mayor en su proceso de atención, de una manera práctica y evidenciada.

7. CONSEJO DEL MAYOR

La normativa sobre centros residenciales de personas mayores, en su anexo IV sobre, condiciones funcionales comunes, en su punto uno apartado uno informa de los “principios rectores del funcionamiento de los centros” y en el punto e) dice: “Participación. Se deberá potenciar la participación de las personas usuarias en las actividades y funcionamiento del centro” y en el capítulo uno de del título siete del mismo texto, nos describe el consejo de centro, este, es el cauce ordinario de participación y comunicación de todos los grupos y personas que se encuentran vinculadas al centro residencial.

Este consejo está formado por tres trabajadores del centro que serán:

Un presidente/a, un trabajador/a del centro (independientemente de su profesión) y un secretario/a.

A estos tres trabajadores se suman tres miembros que son tres usuarios del centro. De esta manera el consejo estará formado por seis miembros.

Los mayores integrantes de este, y la trabajadora, se renuevan cada dos años, y se reúnen en sesión cada tres meses, dejando constancia de este encuentra en un acta de consejo del centro, (en nuestro centro tradicionalmente se denomina “consejo del mayor”)

La función de este consejo es participar del funcionamiento del centro de una manera activa, siendo informados del mismo y dando su opinión acerca de distintos asuntos de este. De esta manera se da voz al usuario del centro.

7.1. LA CONSTITUCIÓN DEL CONSEJO.

Para la constitución del consejo es importante que los mayores que formen parte de él, sean elegidos de forma democrática, por voto secreto de los residentes.

En una primera fase se publicita la renovación o creación del consejo, en una

segunda fase se recogen las candidaturas de los residentes que se postulan y en una tercera fase se da lugar a las votaciones de los residentes.

Para ello utilizamos una caja de cartón sellada que hará de urna para las votaciones, y en su apertura se levanta acta de la misma.

Para la elección del trabajador que forma parte de este consejo, se procede de una manera similar, en un primer momento se informa al personal laboral de la constitución o renovación del consejo, se recogen los nombres de los trabajadores que postulan al puesto en el consejo y el resto de trabajadores votan de manera secreta en una urna sellada, al abrirla se levanta acta.

Tras la apertura de ambas urnas y, el recuento de votos, se constituye el listado de personas que forman el consejo del mayor, que se reunirá cada tres meses.

7.2. DESARROLLO DE LAS SESIONES DEL CONSEJO.

Las sesiones del consejo se producen cada tres meses y versa su desarrollo sobre las temáticas que indique el orden de la sesión, se puede tener un guion establecido con los mismos temas a tratar en cada sesión ejemplo:

- “- Menú del centro
- Actividades
- Convivencia
- Cosas que os gustaría mejorar
- Quejas”

Así disponemos de un guion para iniciar una entrevista grupal abierta. Este guion puede ir sufriendo ampliaciones de temas que propongan los usuarios, recordemos que estamos ante una herramienta de participación del residente y que su implicación en el mismo es lo que da sentido a la misma.

La metodología que más nos va a ayudar durante el desarrollo de las sesiones es

la observación participante.

Como indica Serrano, R. (2013) “A diferencia de la observación vulgar y cotidiana, la OP se caracteriza por ser científica, comienza con la selección de un escenario en relación con un determinado tema de investigación. La observación y registro de datos se hace de manera sistemática, así como el procesamiento de la información y la interpretación de la misma”

Según esta descripción, podemos obtener en la sesiones del consejo del mayor, un escenario perfecto para desarrollar una O.P. y obtener mucha información crucial para mejorar la atención al mayor y obtener datos significativos que contribuyan a la investigación científica. Es por esto que hay que tener un espacio físico apropiado para las sesiones del consejo del mayor, y tener en cuenta ciertas consideraciones:

- Se tendría que situar a los participantes de manera que tengamos una clara visión del conjunto de los mismos.
- Tendríamos que registrar por escrito todo lo que se dice en la sesión, así como los acuerdos que se tomaran en ella (también podrá grabarse la misma para una visualización posterior).
- Deberíamos crear un ambiente distendido en el que el usuario se sienta realmente libre de mostrar sus ideas.

7.3. EL TRABAJADOR SOCIAL Y SU RELACIÓN CON EL USUARIO:

En las reuniones del consejo del mayor, el trabajador social debe crear un ambiente propicio para la expresión de sentimientos y opiniones, antes de este encuentro habremos recogido distintas impresiones de los usuarios para personalizar el orden del día y encaminarlo a los intereses particulares de los usuarios, gracias a un proceso relacional psicoterapéutico, como describe Amaya Ituarte, es decir, será fundamental en el trato con el residente ayudarlo utilizando sus capacidades personales y su contexto socio-relacional.

Podemos ver como en el decálogo de atención centrada en la persona, citando a Tirado R, en sus puntos 2 y 3, dice textualmente: 2. Cada persona es única. 3. lo biografía es la razón esencial de la singularidad.” De esta forma vemos como el

devenir social del usuario, su trayectoria y su génesis de sociabilización son de conocimiento obligado por el trabajador social que pretenda realizar una intervención en un proceso de ayuda psicoterapéutico y centrado en la persona.

7.4. REGISTRO DE LAS SESIONES DEL CONSEJO DEL MAYOR.

De cara al estudio y traslado al resto del equipo, de las impresiones observadas en las sesiones del consejo del mayor, es fundamental tomar constancia de las mismas. Por supuesto, de cara a la inspección de servicios sociales, es necesario contar con una evidencia de cada actividad en la que se verifica la participación activa del usuario en su proceso de atención, es por esto, que el registro de las sesiones del consejo debe ser registrado y custodiado.

El momento tecnológico que vivimos en la actualidad es maravilloso en cuanto a posibles herramientas de registro, algo que habría agradecido enormemente que existiera en mis inicios, ahora es muy fácil fotografiar cualquier situación, grabar algo que parezca oportuno registrar y crear documentos fehacientes de situaciones concretas, es importante acompañar los registros de las actividades con imágenes, y esto lo agradece la inspección de servicios sociales “una imagen vale más que mil palabras”.

Digo esto porque este trabajo pretende servir de ayuda a otros colegas trabajadoras sociales, y por propia experiencia, el registro en imágenes de distintas actividades que desarrollo en el centro me ha servido de gran ayuda a la hora de registrar, demostrar ante la inspección determinados procesos, o implementar actividades futuras, es por esto que invito a mis compañeros a utilizar estas ayudas tecnológicas sin pudor, a cambiar un poco los formatos de la memoria de actividades o de expedientes del residente por documentos más visuales.

Especialmente útil cuando por ejemplo debemos registrar las sillas de ruedas o material ortopédico que llega a nombre de un usuario, no hay nada más descriptivo que una imagen fotográfica del artículo en cuestión. Cuantas veces en el pasado no habría dado gracias por tener registrado en imágenes alguna silla de ruedas que la familia no reconoce como suya o demostrar ante la ortopedia que el material vino defectuoso, seguro que otros compañeros “milenial” se identifican conmigo y sienten esa fascinación por la facilidad para la demostración documental y la simplificación de procesos gracias a la tecnología.

8. ENCUESTA Y ENTREVISTA DE PARTICIPACIÓN

Como tercera herramienta e participación, hemos considerado la encuesta y entrevista a los miembros, residentes del centro, que conforman el consejo del mayor (en adelante C.M). Es por esto que diseñé una encuesta con una pregunta abierta para finalizar la misma.

Dicha encuesta será contestada por los residentes que forman parte del consejo del mayor y la responden garantizando en todo momento su anonimato, las transcripciones que podrá ver el lector más abajo tiene los nombres cambiados.

El objetivo de esta encuesta es hacer participe en el proceso de atención al usuario. Mediante la misma pretendemos responder a nuestro objetivo de idear una respuesta útil y pertinente que nos ayude a implantar un manual de trato al residente y una manera de trabajar que se instaure en el centro, teniendo cuenta al usuario y su percepción en cuanto a sus cuidados y su proceso de atención.

Como bien indica Martín, F.A (2021) “La utilización de la técnica de la encuesta parte necesariamente de un proyecto de estudio /investigación que tiene ya definidos sus objetivos, hipótesis, metodologías complementarias, tiempos presupuestos, etc. ”

De esta manera pensamos que es el mecanismo más acertado para indagar en los intereses de los residentes del consejo y averiguar sus opiniones, grado de satisfacción y ciertos puntos de vista en cuanto al trato que reciben por parte del personal del centro y si ellos perciben que se les tiene en cuenta en su proceso de atención.

Esta encuesta se realiza cada seis meses y pretende medir la calidad del servicio y ha sido una herramienta clave a la hora de diseñar el manual del buen trato que se está implantando en estos momentos en el centro y que expondremos más adelante. Dicha guía da respuesta al ítem de la guía de ACSA que hace mención a que “las personas reciben un trato correcto y digno por parte de los responsables de la atención” que es fundamental a la hora de lograr su sello de calidad.

Siguiendo a Martin, F.A. Describimos las cinco fases de la encuesta:

1. Planteamiento/diseño del cuestionario.
2. Selección de la muestra.
3. Desarrollo del trabajo de campo.
4. Preparación de la información/datos.
5. Análisis de la calidad de la información.

Siguiendo estos cinco pasos podemos concluir que la encuesta se estructura en cinco cuestiones planteadas al usuario y una pregunta de respuesta abierta final. Las preguntas iniciales hacen referencia a la opinión que le merece el trato del personal y, si percibe que se le tiene encuesta en el proceso de atención.

Concretamente estas son las preguntas y batería de respuestas que debe contestar el residente:

Primera pregunta

- ¿El trato que recibe por parte de los trabajadores del centro es bueno?

Respuestas posibles:

Sí, siempre. Sí, a veces. No. No, nunca.

Segunda pregunta

- En su opinión, ¿se tiene en cuenta su opinión en cuanto a decisiones que le atañen directamente, por ejemplo, elección de ropa o adaptación de la comida a su gusto? Respuestas posibles:

Sí, siempre. Sí, a veces. No. No, nunca.

Tercera pregunta

Cree que ¿recibe un trato afectuoso, cálido y cercano, por parte del personal del centro?

Respuestas posibles:

Sí, siempre. Si, a veces. No. No, nunca.

Cuarta pregunta

¿Le es fácil acceder a los trabajadores del centro, resultan accesibles a la hora de querer comunicarles algo?

Respuestas posibles:

Sí, siempre. Sí. A veces. No. No, nunca.

Quinta pregunta

¿Cree que el trato que recibe es personalizado, cree que el personal del centro le conoce sabe quién es usted, y por tanto la atención es individualizada?

Respuestas posibles:

Sí, siempre. Sí. A veces. No. No, nunca.

A esta serie de preguntas cerradas le sigue una única pregunta abierta; “¿Cómo es el trato que recibe usted en este centro?”

La elección de los residentes que conforman el conejo del mayor como población objetivo para responder este sondeo es debido q que la elección democrática de los mismos por parte del resto de residentes, les otorga credibilidad de representación de los compañeros y nos parece una manera idónea de selección de informantes clave.

En lo que respecta al desarrollo del trabajo de campo este se efectúa con un calendario semestral y la encuesta tiene lugar de manera individual, cada residente se reúne en privado con el trabajador social en su despacho.

Se le informa al residente que la encuesta es totalmente anónima y que los resultados van encaminados a mejorar el servicio del centro.

Los resultados de las encuestas serán plasmados en gráficos y se comentarán los resultados, con objeto de transmitir los mismos al equipo, valorar la calidad de la información obtenida y emplear los resultados de la misma para la mejora en la atención al residente:

- Creación y futura implantación de la guía del buen trato al mayor.
- Justificación del empleo de la historia de vida como quinta herramienta de participación del mayor en su proceso de atención y particularmente pertinente para usuarios con grave deterioro cognitivo.

Seguidamente paso a transcribir las encuestas completadas por los miembros usuarios del consejo del mayor (los nombres han sido cambiados para mantener su privacidad, y algunos nombres que mencionan los residentes son sustituidos con una "x"):

A - Residente miembro de del C.M: Pedro Ramírez Donoso

1. - ¿El trato que recibe por parte de los trabajadores del centro es bueno?

Sí, siempre	X	si		A veces		no		No, nunca	
-------------	----------	----	--	---------	--	----	--	-----------	--

2. - En su opinión, ¿se tiene en cuenta su opinión en cuanto a decisiones que le atañen directamente, por ejemplo, elección de ropa o adaptación de la comida a su gusto?

Sí, siempre		si		a veces		no	X	No, nunca	
-------------	--	----	--	---------	--	----	----------	-----------	--

3. - Cree que ¿recibe un trato afectuoso, cálido y cercano, por parte del personal del centro?

Sí, siempre		si	X	a veces		no		No, nunca	
-------------	--	----	----------	---------	--	----	--	-----------	--

4. - ¿Le es fácil acceder a los trabajadores del centro, resultan accesibles a la hora de querer comunicarles algo?

Sí, siempre		si	X	a veces		no		No, nunca	
-------------	--	----	----------	---------	--	----	--	-----------	--

5. - ¿Cree que el trato que recibe es personalizado, cree que el personal del centro le conoce sabe quién es usted, y por tanto la atención es individualizada?

Sí, siempre		si	X	a veces		no		No, nunca	
-------------	--	----	----------	---------	--	----	--	-----------	--

6. - ¿Cómo es el trato que recibe usted en este centro?

“El trato es bueno, en fin, muchas auxiliares tienen sus cositas, algunas tratan mejor que otras, las relaciones con dirección a veces son buenas y otras regulares, como tengo mal genio a veces son malas, con “x” tengo una relación amor odio. Bueno con los técnicos; con “x” tengo buena relación, con la psicóloga y la enfermera... tengo buena relación casi no me ve la psicóloga porque yo estoy bien, entiendo que otros la vean más. Creo que también el trato es bueno conmigo porque a mí me tienen un poco de miedo ¿sabes?”.

B - Residente miembro de del C.M: Paola Ramírez Leiva.

1. - ¿El trato que recibe por parte de los trabajadores del centro es bueno?

Sí, siempre	X	si		a veces		no		No, nunca	
-------------	----------	----	--	---------	--	----	--	-----------	--

2. - En su opinión, ¿se tiene en cuenta su opinión en cuanto a decisiones que le atañen directamente, por ejemplo, elección de ropa o adaptación de la comida a su gusto?

Sí, siempre		si		a veces	X	no		No, nunca	
-------------	--	----	--	---------	----------	----	--	-----------	--

3. - Cree que ¿recibe un trato afectuoso, cálido y cercano, por parte del personal del centro?

Respuestas posibles:

Sí, siempre		si		a veces	X	no		No, nunca	
-------------	--	----	--	---------	----------	----	--	-----------	--

4. - ¿Le es fácil acceder a los trabajadores del centro, resultan accesibles a la hora de querer comunicarles algo?

Sí, siempre	X	si		a veces		no		No, nunca	
-------------	----------	----	--	---------	--	----	--	-----------	--

5. - ¿Cree que el trato que recibe es personalizado, cree que el personal del centro le conoce sabe quién es usted, y por tanto la atención es individualizada?

Sí, siempre		si		a veces		no	X	No, nunca	
-------------	--	----	--	---------	--	----	----------	-----------	--

6. - ¿Cómo es el trato que recibe usted en este centro?

“El trato es muy bueno de las chicas, las que nos cuidan son excelentes personas y a mí me quieren mucho, es que yo también me hago querer (se ríe), nos tratan muy bien y nos tratáis con cariño, algunas son más simpáticas que otras, como en todas partes, pero es que yo entiendo mucho el trabajo vuestro porque, yo he sido maestra ¿entiendes? sé que unos y otros y yo entiendo que somos muchos y bueno, y yo estoy encantada. Tienen detalles conmigo como hoy que me he quedado sin colonia sabes y una chica pues ha ido y me lo ha comprado porque yo uso siempre el mismo, que tú lo sabes. Pues yo estoy contenta y sí que me tratan muy bien.”

C. Residente miembro de del C.M: Pilar Jiménez Ruiz.

1. - ¿El trato que recibe por parte de los trabajadores del centro es bueno?

Sí, siempre	X	si		a veces		no		No, nunca	
-------------	----------	----	--	---------	--	----	--	-----------	--

2. - En su opinión, ¿se tiene en cuenta su opinión en cuanto a decisiones que le atañen directamente, por ejemplo, elección de ropa o adaptación de la comida a su gusto?

Sí, siempre		si		a veces		no		No, nunca	X
-------------	--	----	--	---------	--	----	--	-----------	----------

3. - Cree que ¿recibe un trato afectuoso, cálido y cercano, por parte del personal del centro?

Sí, siempre		si		a veces	X	no		No, nunca	
-------------	--	----	--	---------	----------	----	--	-----------	--

4. - ¿Le es fácil acceder a los trabajadores del centro, resultan accesibles a la hora de querer comunicarles algo?

Sí, siempre		si		a veces	X	no		No, nunca	
-------------	--	----	--	---------	----------	----	--	-----------	--

5. - ¿Cree que el trato que recibe es personalizado, cree que el personal del centro le conoce sabe quién es usted, y por tanto la atención es individualizada?

Sí, siempre		si		a veces		no	X	No, nunca	
-------------	--	----	--	---------	--	----	----------	-----------	--

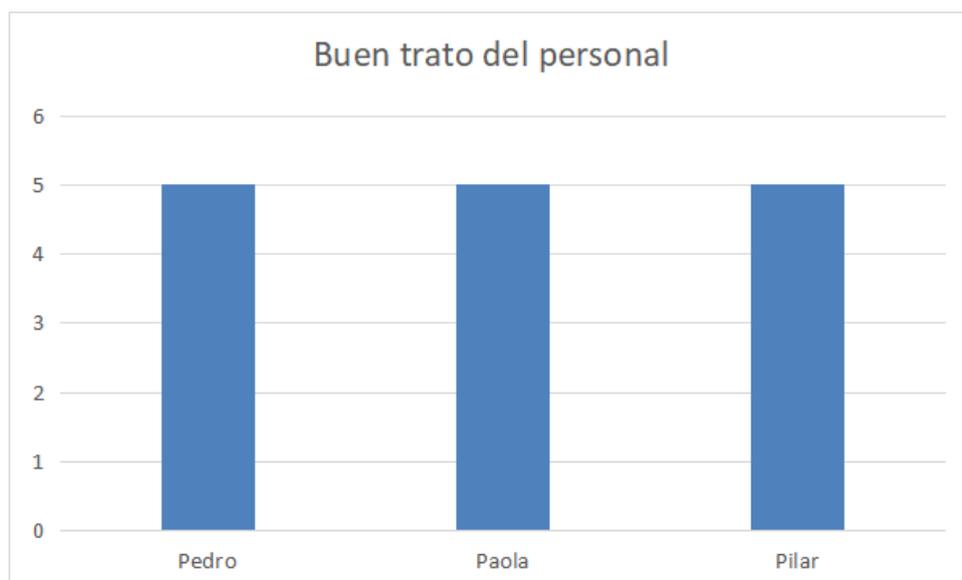
6. - ¿Cómo es el trato que recibe usted en este centro?

“El trato que recibo yo aquí es bueno, lo que pasa es que yo quisiera ir a los sitios que yo quisiera y esto de la sectorización, pero si me tratan bien. La comida está bien, el trato está bien, y todo está bien y si mis hijas han tenido a bien traerme pues menos mal que ha sido aquí porque este el mejor centro, de estos para los mayores, para estar, vosotras sois buenas, unas más y otras menos, pero todas buenas.”

8.1. ANÁLISIS DE LAS ENCUESTAS

Las tres encuestas presentan muy poca desviación típica en las cinco primeras cuestiones evaluables numéricamente, es decir, se difiere muy poco de unas respuestas a otras, en términos generales no se encuentra diferencias de opinión muy diferentes entre los residentes encuestados.

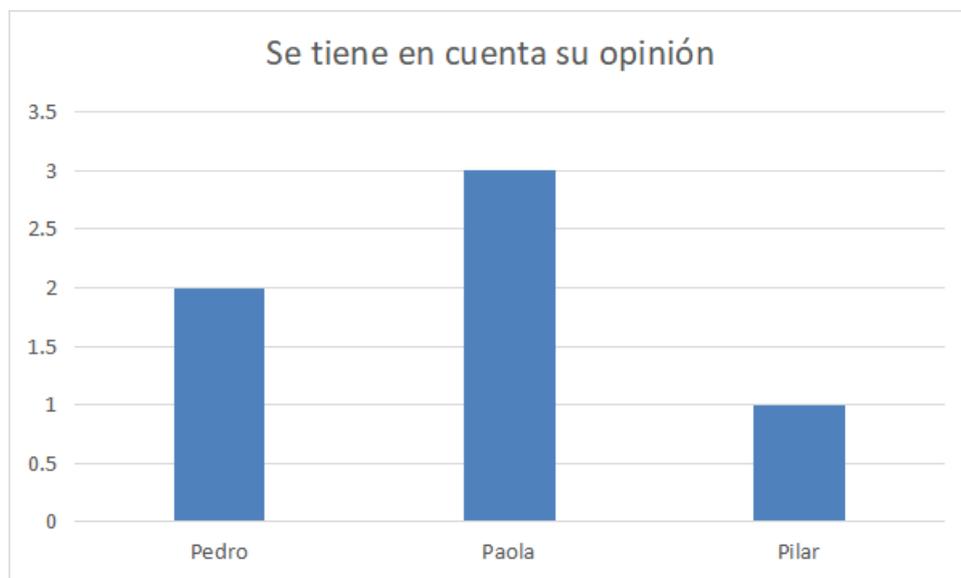
En cuanto a la primera cuestión planteada “¿el trato que recibe es bueno?”, observamos que existe unanimidad entre los encuestados, otorgándoles toda la máxima puntuación: “sí, siempre”.



De hecho, el aspecto mejor valorado de la encuesta es la primera cuestión, la más genérica de todas ellas, que hace mención al trato en general recibido por el residente y, su percepción del mismo, es el que recibe la mejor calificación por parte de los tres encuestados. Podemos verlo en la siguiente gráfica.



¿En la gráfica superior podemos comprobar como la cuestión peor valorada es en cuestión a “se tiene en cuenta su opinión en cuanto a decisiones que le atañen directamente (...)?” creemos que esto es especialmente significativo, ya que nos habla de que realmente el residente percibe que, en un valor medio (como podemos observar en la gráfica inferior), no se le tiene en cuenta en la toma de decisiones que le atañen directamente. Están todas las respuestas por debajo del valor medio, son; “no” “a veces” “no nunca”.



En cuanto a la tercera pregunta, “Cree que ¿recibe un trato afectuoso, cálido y cercano por parte del personal del centro?” Se logra un aprobado por los pelos. Es tan valorado como la accesibilidad de los profesionales, recibiendo la segunda mejor opinión. La pregunta que recibe las peores opiniones es la referente a si se recibe por parte del residente una atención personalizada: “¿Cree que el trato que recibe es personalizado, cree que el personal del centro le conoce sabe quién es usted, y por tanto la atención es individualizada?” Los tres encuestados responden “no” “no nunca”. Esta cuestión entronca directamente con la pertinencia de nuestra cuarta herramienta de participación: la historia de vida para los residentes con grave deterioro cognitivo, ya que solo se puede ofrecer una buena atención si realmente se conoce al usuario, sus aspiraciones y su génesis social, y de esto trata exactamente la historia de vida, pero eso lo veremos más adelante.

Centrándonos en la última pregunta que se le ha formulado a los mayores integrantes del C.M. podemos observar que existen ciertas coincidencias en ellas, una es el hecho de que los tres perciben que el trato es mejor o peor dependiendo del profesional que les atiende:

Pedro; “(...)algunas tratan mejor que otras(...)” Paola; “algunas son más simpáticas que otras como en todas partes” Pilar; “(...) vosotras sois buenas, unas más y otras menos, pero todas buenas(...)”.

La guía del buen trato que proponemos más adelante va encaminada a consensuar y mejorar el trato al usuario para pautar el tipo de trato que queremos que reciban los usuarios. Esta herramienta de la encuesta de participación nos ha ayudado mucho en su elaboración.

Como decíamos al inicio, esta encuesta se plantea de manera longitudinal, es decir, se repetirá a lo largo del tiempo.

Se establece presentarla a los mayores, miembros del C.M. cada seis meses y así, poder observar si la implantación de la “Guía del buen trato” causa los resultados deseados y estos son observados en las encuestas.

8.2. REGISTRO Y COMUNICACIÓN DE DATOS

Tras el análisis de la encuesta y su registro por parte de la trabajadora social, se trasladarán las conclusiones y los resultados de las encuestas al equipo interdisciplinar. Se puede incluir en el orden del día de la reunión semestral de revisiones de P.A.I. Se dará conocimiento al equipo y se plantearán repuestas a las demandas y observaciones de los mayores encuestados.

Dichas encuestas, su análisis y el acta de la reunión interdisciplinar donde se hablará de las mismas, debe quedar registrada y custodiada por la trabajadora social. Este archivo de documentación es fundamental, de cara a una posible inspección de servicios sociales, para implementar futuros proyectos de calidad del centro o para realizar análisis internos de cuestiones que aún ni siquiera se nos han planteado.

8.3. GUÍA DEL BUEN TRATO AL USUARIO SOCIOSANITARIO

Tras realizar una indagación interna del centro y observar la necesidad de unificar protocolos de actuación en cuanto al trato a los residentes, se constata la necesidad de elaborar una guía que unifique conceptos y maneras de actuar frente al usuario. Con los objetivos de:

- Garantizar un trato digno al residente.
- Implantar el modelo centrado en la persona.
- Interiorizar en los profesionales una visión de mejora continua en el servicio.
- Lograr los mayores estándares de calidad posible.
- Consensuar conceptos y maneras de actuar frente al residente.

Las dificultades a las que me he enfrentado como trabajadora social a la hora de elaborar esta guía, ha sido en primer lugar, la falta de documentos bibliográficos y estudios relacionados con el trato a los usuarios de centros socio sanitarios.

Prácticamente no existen guías de utilización para el día a día de un centro socio sanitario. Lo más cercano son escritos teóricos, más centrados en relatar de modo dialéctico el trato a los pacientes, pero nada acerca de una traslación de esta teoría a un uso práctico y fácilmente transmisible a los profesionales de un centro sociosanitario de atención residencial.

Ha supuesto un ejercicio de traslación de conocimientos teóricos al servicio de la práctica diaria que pretendo le sea de gran ayuda a otros colegas de profesión, que tratan en si día a día mejorar la vida de los residentes en sus centros. Seguidamente se desarrolla la guía del buen trato que se está implementando en el centro donde trabajo.

8.4. INTRODUCCIÓN DE LA GUÍA DEL BUEN TRATO

Esta guía pretende ser un manual de actuación práctico, que describa de una manera sencilla cómo debemos tratar a los usuarios de un centro sociosanitario de atención residencial, en nuestro día a día del centro, con el objetivo de que el residente perciba en todas nuestras acciones el respeto a su integridad individual.

Nuestra profesión socio-sanitaria, ya lleva implícito el deber de “contribuir al desarrollo humano” (pre ambulo del capítulo III del código de ontológico del trabajador social.

Como desarrolla capítulo VII del código de ontológico de enfermería, se plasma el compromiso de atención integral al mayor “(...)ante el derecho a una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad”.

Entendemos que supone una máxima para los centros residenciales ofrecer un trato basado en una Atención Centrada en la Persona, entendida esta como indica Revilla Martín: “un modelo de atención destinado a mejorar la calidad de vida de las personas (...), situando el centro de atención en la persona”.

Para desarrollar una actividad de salud integral, este se realiza desde un, equipo interdisciplinar, entendido como “ el conjunto de personas, con diferentes formaciones académicas, que trabajan en conjunto y por lo que tienen un objetivo común. La composición de los equipos multidisciplinares es muy dispar (...). En los centros socio-sanitarios, los servicios que se ponen en práctica están encuadrados en un marco bio-psico-social”,Gómez Navamuel, A. (2018), y es desde este triángulo bio-psico-social, desde el que trabajaremos para proporcionar al mayor la mejor atención posible.

Es por esto que dividimos el manual de buen trato en esferas que, abarcan y convergen en los aspectos, biológico psicológico y social del usuario.

A saber:

- Esfera emocional.
- Esfera física.
- Esfera cognitiva.
- Esfera social.
- Esfera clínica.

8.5. Y ESTA GUÍA, PARA QUÉ

Esta guía surge como respuesta a la necesidad de plasmar el modo en que se

deben realizar determinadas actuaciones de atención al residente.

Esta guía nace con la pretensión de ser una herramienta práctica que nos ayude a hacer realidad la consecución de derechos del residente, que como contempla el reglamento de régimen interior de los centros residenciales para personas mayores, en su artículo 3 en el punto e, indica que el usuario tiene derecho a: “(...)una atención individualizada, acorde a sus necesidades específicas” (ORDEN de 21 de junio de 2006, por la que se aprueba el Reglamento de Régimen Interior de los Centros Residenciales de Personas Mayores de titularidad de la Junta de Andalucía).

Podemos ver como este punto entronca directamente con una atención centrada en la persona, en tanto que el individuo es el centro de nuestra actividad.este derecho del usuario hace referencia al decálogo de Atención Centrada en la Persona (en adelante ACP) que orienta en gran medida nuestra manera de trabajar. Citando a Tirado, R:

“Este método asume una serie de principios y consideraciones que están perfectamente enunciados en el decálogo desarrollado por Martínez (2013):

1. Todas las personas tienen dignidad.
2. Cada persona es única.
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas.
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas.
9. Las personas son interdependientes.
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.”

Consideramos que esta guía es un primer paso a la implantación de una manera de actuar ante el mayor de nuestro centro que, garantice un trato digno hacia el mismo. Hablamos de un primer paso porque, la consecución de esta manera de actuar y su materialización se desarrollarán con su implantación y divulgación a todo el personal que trabaja en el centro.

8.6. DESTINATARIOS

Este texto tiene como destinatarios a los usuarios de los centros sociosanitarios de atención residencial y a los trabajadores que desarrollan su labor en los mismos.

8.7. QUÉ ENTENDEMOS POR BUEN TRATO

El “*buen trato*” o 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 discapacidad (Bermejo, 2009).

Esta práctica debe ir ligada a una nueva corriente y modelo de sociedad, donde las personas tienen el derecho de envejecer siendo protagonistas de sus vidas, se conoce como *envejecimiento activo*.

El buen trato hacia el usuario, es también tratar al residente con respeto a su dignidad “Kant: es digno quien posee un valor incondicionado que le hace ser fin en sí. Quien tiene dignidad puede reclamar ser tratado siempre como fin, es decir, como un valor absoluto que en ningún caso se puede lesionar y nunca como puro medio, es decir como valor puramente instrumental para lograr otros beneficios” (ITURREGUI, M. G. 2013)

El mayor que reside en nuestro centro debe ser el centro de nuestra atención, y de esta manera, todas nuestras acciones se desarrollarán teniendo muy presente esta máxima.

8.8. DIMENSIONES DE ACTUACIÓN PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD Y GARANTIZAR UN BUEN TRATO

Las acciones que llevamos a cabo en el centro con los usuarios están divididas en esta guía en cinco esferas:

Las acciones que llevamos a cabo en el centro con los usuarios están divididas en esta guía en cinco esferas: emocional, física, cognitiva, social y clínica.

8.8.1. Esfera emocional

Esta esfera es la que da sentido y guía a las demás.

Entendemos por esfera emocional aquella que engloba los aspectos emocionales de la intervención. Son acciones encaminadas a promover una visión humanista de la atención y dirigidas a conseguir una afectividad auténtica con el usuario, un compromiso con el bienestar del residente.

Estas acciones se concretan en medidas y actividades que el trabajador realiza para desarrollar de una manera auténtica y comprometida su actividad y le preparan para el desarrollo de su labor a un nivel físico y emocional.

El sujeto protagonista de esta esfera es, en primer lugar, el trabajador que asiste al mayor. Debe prepararse para intervenir y asistir al residente, para ello, debe ser consciente de sus capacidades y limitaciones, es decir, debemos conocernos a nosotros mismos y saber reconocer nuestras propias emociones. Esto nos es imprescindible para conectar con los demás e identificar si en alguna ocasión no nos encontramos en condiciones de atender debidamente al mayor.

Es importante:

- Pedir ayuda, y comunicar a nuestros compañeros o superiores si nos encontramos en una situación que impida poder atender debidamente al usuario, por ejemplo, si creemos que sufrimos un alto nivel de ansiedad o estrés.
- Cuidar nuestra salud emocional; practicar ejercicio, ver a nuestros seres queridos, escuchar música motivadora, recurrir a nuestras creencias espirituales, comer bien, desarrollar un hobby.

- Conocer las medidas que se desarrollan en la empresa para garantizar la conciliación familiar.
- Buscar apoyo psicológico profesional si creemos que nos podría ayudar a nivel emocional.

8.8.2. Esfera Física

En este grupo englobaremos las acciones que se desarrollan en contacto físico directo con el usuario, cuando le estamos acompañando o bañando, por ejemplo.

Cuando tengamos que tocar a un usuario para cogerle de la mano o del brazo y acompañarle o ayudarlo a levantarse, le miraremos a la cara y le hablaremos.

El contacto físico irá acompañado de contacto visual y verbal. Ayudar a una persona a ir del punto "A" al punto "B" es un proceso de acompañamiento y debemos estar pendientes de las necesidades del residente, si se cansa al andar, por ejemplo.

El contacto físico transmite muchos mensajes que inciden en el residente, como indica Vigil A,O. " Algunas veces el contacto físico, no verbal, es más efectivo para crear realmente un vínculo de confianza y seguridad; por ejemplo, tocar o abrazar a una persona que está muy perturbada, mirarla directamente a los ojos, tomarla de las manos, asegurarle que ya no está sola, que está acompañada y que están juntos en esto". Es por esto que, es importante en determinadas ocasiones saber coger a alguien de los hombros para inspirarle seguridad o dar un afectuoso abrazo.

8.8.3. Esfera cognitiva

Acciones encaminadas a acondicionar y adaptar nuestro trato a personas con capacidades cognitivas mermadas.

En el primer contacto con el mayor, si desde ayer no nos hemos visto y el usuario tiene deterioro cognitivo, le recordaré quién soy, que clase de actividades

hacemos juntos, por ejemplo. Si estamos acompañando a un residente que presenta deterioro cognitivo y se desubica en el espacio, mientras le acompañamos le recordaremos hacia donde nos dirigimos.

Adaptaremos nuestra manera de comunicarnos con él al deterioro cognitivo que presenta. En el caso de usuarios que se encuentren desubicados en espacio y tiempo, le indicaremos que acción vamos a desarrollar con ellos. Por ejemplo “Manuela, ahora va a ducharse y después desayunará ¿le apetece?”

Conocer exhaustivamente en que consiste la discapacidad de nuestro usuario es fundamental a la hora de intervenir con él.

Una persona que padece un deterioro visual importante puede necesitar que le indiquemos, de manera táctil, la disposición de los cubiertos y el menaje a la hora de comer.



Asimismo, necesita saber si lo que va a tomar es sopa o croquetas, en alguna ocasión ha sucedido que un residente invidente ha metido la mano en el puré para comprobar el contenido del tazón. Orientar al mayor en esta tarea le hace más autónomo, evita el posible riesgo de quemarse y el engorro de mancharse las manos.

8.8.4. Esfera social

Acciones encaminadas a promover el desarrollo de unas relaciones normalizadas y edificantes a nivel social entre los residentes y entre residentes y personal que le asiste.

Existen multitud de acciones en nuestro día a que además de formar parte de nuestras acciones básicas de la vida diaria, encierran un componente altamente social, en cuanto son una oportunidad de in-ter actuar y formar parte de la realidad social del lugar. Este es el caso del acto de comer o de realizar una actividad recreativa con otros usuarios.

Cuando estemos ayudando a una persona a comer, ya sea con indicaciones verbales o manualmente, llevando el cubierto a la boca del usuario, tendremos muy en cuenta que esto es una acción social, es un momento de compartir y de disfrutar, de esta manera:

Le preguntaremos al mayor si le gusta lo que está comiendo y le daremos la tranquilidad y el tiempo suficiente para que coma.

Si se encuentra en un espacio compartido con otros residentes, observaremos que presenta buen aspecto, trataremos de evitar que se manche demasiado al comer o que haga acciones desagradables (dentro de nuestras posibilidades claro, existen trastornos del comportamiento que realmente impiden una actitud social normalizada).

Observaremos que el mayor tras la comida, ya no lleva puesto su babero, ni tampoco lo tendrá demasiado tiempo puesto, antes de comer.

Cuidaremos que la atmósfera durante la comida sea tranquila y agradable, sin demasiados ruidos y con luz adecuada.

La indumentaria del residente sin deterioro cognitivo debe ser elegida por el propio usuario, este hecho entronca con su derecho a la autodeterminación y es un derecho fundamental del usuario.

Debemos facilitar esta elección del propio usuario, y al nivel de capacidades del mismo, es decir:

Puede que es residente no tenga las capacidades físicas suficientes como para abrir el armario y ojear su contenido, en este caso, le mostraremos nosotros mismo que ropa podría ponerse, podemos abrirle el armario y mostrárselo.

Cuando terminemos de realizar una acción con el mayor, antes de abandonar el espacio de la habitación o sala donde estamos con él, nos despediremos y le comunicaremos al mayor cuando nos volverá a ver, trataremos así de otorgar seguridad y continuidad a la atención, evitaremos incertidumbres en el residente y le demostramos que le tenemos en cuenta.

8.8.5. Esfera clínica

Acciones que promueven el respeto a la integridad del usuario mientras se realizan intervenciones clínicas.

Las intervenciones clínicas las desarrolla el personal sanitario de la residencia para tratar a los usuarios y, englobaremos en este grupo las intervenciones de:

Aseo, reconocimiento, curas, colocación de prótesis, fisioterapia, entrenamiento de actividades básicas de la vida diaria, tratamientos psicológicos, y terapias grupales e individuales.

Para la realización de todas estas intervenciones, prestaremos especial atención al derecho del residente a su privacidad:

Realizaremos las intervenciones clínicas en espacios apropiados para ello, de manera que se garantice la intimidad y comodidad del residente. Por ejemplo: Cuando que haya que cambiar de ropa a un mayor, siempre se hará en el baño o en su habitación privada, sin que puedan verle los demás.

De esta manera si se está aseando a un residente o se le está preparando para ir a la ducha, esta tarea se realizará con la puerta cerrada.

Las entrevistas tendrán lugar en un sitio donde se garantice que otras personas no podrán escuchar lo que se dice.

Tenemos que tener en cuenta que en las intervenciones clínicas el sujeto se encuentra especialmente expuesto y tenemos que evitar que se sienta incómodo o que se vean vulnerados sus derechos de respeto a su intimidad.

8.9. CONSIDERACIONES GENERALES

- Evitaremos durante el desarrollo de actuaciones con el residente, tener distracciones como el móvil.
- Siempre tendremos en cuenta que el usuario está presente en la acción que realizamos con él, aunque en algunos casos sea un sujeto pasivo, observaremos que tipo de conversaciones tenemos delante de él, si iniciamos conversación con otro compañero incluiremos al residente en la misma.
- Cuando entremos en una sala o espacio con una persona nueva, para enseñar la dependencia, por ejemplo, presentaremos al “intruso” al residente y pediremos permiso para entrar.
- De la misma manera que otorgamos buen trato al residente, garantizaremos su no agresión o maltrato: corregiremos a los compañeros si observamos una mala praxis y denunciaremos tratos inapropiados al residente si observamos alguno, de lo contrario, seremos cómplices del mismo y tendremos que asumir las consecuencias que se deriven.

8.10. IMPLEMENTACIÓN, EN EL CENTRO, DE LA GUÍA DEL BUEN TRATO

La guía del buen trato al residente que acabamos de exponer, debe ser explicada y ejemplificada a todo el personal del dentro y al residente.

Para ello, la trabajadora social del centro impartirá una formación al efecto, en la misma, es importante ejemplificar lo que en ella se expone de manera clara y con ejemplos prácticos.

y la guía será conocida por todo el personal además de encontrarse en el manual de protocolos del mismo.

9. HISTORIA DE VIDA COMO HERRAMIENTA DE PARTICIPACIÓN PARA EL RESIDENTE CON GRAVE DETERIORO COGNITIVO

Seguidamente vamos a explicar en qué consiste la cuarta herramienta de participación del mayor con grave deterioro cognitivo, una herramienta fundamental dado que a mi entender es la única posible para el mayor que padece una afectación tan severa en su capacidad cognitiva que su participación solo puede hacerse efectiva desde esta técnica.

Definamos en primer lugar a que nos referimos en este trabajo cuando hablamos de “grave deterioro cognitivo”; nos referimos al deterioro de la cognición que impide a la persona que la padece expresarse de manera verbal, escrita y hablada. O bien, a una persona que pudiendo expresarse de modo verbal su discurso ha perdido la lógica necesaria como para poder transmitir el mensaje que pretende su emisor, haciendo imposible una comunicación eficaz.

El usuario de centro residencial socio sanitario que padece grave deterioro cognitivo, puede participar en el mismo si se le tiene en cuenta, si se cuenta con su parecer y se le conoce en profundidad. La manera de conocer y saber crear un entorno agradable y beneficioso para el usuario con grave deterioro cognitivo es, conocerle. Solo se puede tener en cuenta a una persona si se sabe quién es, si se conoce su génesis social y se recoge con rigor su historia de vida.

En este sentido estamos hablando de participación en el sentido de “tomar parte” de una situación y, el mayor con grave deterioro cognitivo, puede formar parte de su realidad y su entorno social si se le tiene en cuenta desde el conocimiento profundo de su trayectoria vital.

A la hora de indagar en la historia de vida del usuario con grave deterioro cognitivo (en adelante G.D.C) nos encontramos ante el hándicap de que él mismo no nos puede relatar su historia, no podemos realizar con él una entrevista al uso.

La respuesta a este problema la tenemos en su familia, gracias a su colaboración relataremos la historia de vida del usuario con G.D.C. Serán sus hijos, sobrinos y

amigos quien podrán contarnos los acontecimientos que vivió a lo largo de su vida y con qué carácter los afrontó, cuáles han sido sus intereses y gustos hasta el día en el que el tiempo y la enfermedad le arrebataron la posibilidad de contarlo el mismo.

9.1. QUÉ ES, LA HISTORIA DE VIDA

La historia de vida es una herramienta de conocimiento personal similar a la historia social empleada clásicamente en trabajo social, entendiendo el contenido de esta esta como describe Rivero, L. P. (2000).

” Hoy día su contenido más frecuente es el correspondiente a una Historia Social familiar, y lo constituyen las características individuales de los miembros de una familia en su trayectoria educativa, económica, laboral, de salud, etc., así como las relaciones existentes entre ellos y con el entorno social en que están insertos.”

De esta manera profundizando más en el contenido y exploración, en la entrevista inicial podremos conseguir la información pertinente para elaborar una Buena historia de vida del usuario.

El trabajador social es el profesional más idóneo para entrevistar a familiares de usuarios, en cuanto que la historia social es una herramienta propia de la profesión y el secreto profesional también forma parte de la misma desde sus comienzos, como nos recuerda Cristina De Robertis en su obra “fundamentos del trabajo social”: “Las asistentes de servicio social son reconocidas como confidentes necesarias y están obligadas, (...), al secreto profesional por profesión. Esta inscripción legal de su título con relación al secreto profesional las distingue de otras profesiones sociales obligadas al secreto profesional por misión o por función”.

Es por esto que es la tarea del trabajador social en la institución sociosanitaria de atención residencial el llevar a cabo la implantación de la historia de vida del usuario con G.D.C. Dado que es El trabajador social, el encargado de garantizar al usuario su derecho a la participación en el centro.

9.2. ENTREVISTA CON LA FAMILIA

Para lograr recopilar la información necesaria para elaborar la historia de vida es necesario realizar una buena entrevista con los informantes. Una buena entrevista es aquella que establece las preguntas oportunas y crea un clima idóneo para que el entrevistado se abra y se sienta con libertad para “explicarse”. El factor más determinante para que esto ocurra es conseguir un clima de respeto, de hecho este concepto de respeto, como concreta Teresa Rossell Poch y Pepita Rodríguez Molinet en “la entrevista en el trabajo social”, “está muy arraigado en el trabajo social (...) constituía un principio ético y de actuación de la profesión, que incluía la individualización de cada persona, la aceptación, el reconocimiento de la diferencia, la confidencialidad, el respeto a la intimidad y a la autodeterminación de los consultantes”. Es importante interiorizar estos principios de respeto al otro, y enfocarlos en la relación de ayuda.

No estamos para juzgar, estamos para escuchar y dar facilidades a esta familia que nos va a abrir la puerta al conocimiento de la trayectoria vital de un ser humano, merece nuestro sincero respeto y nuestra escucha atenta.

Mi profesora Doña Anna María, que impartía la asignatura de sociología aplicada, comentaba en clase, en relación a la entrevista, que era importante la postura de nuestro entrevistado. Decía que el hecho de que una persona estuviera tumbada y sus pies no tocaran el suelo, suponía una invitación a su cerebro para divagar y dar rienda suelta a su discurso, sin pensar tanto en las consecuencias de la revelación del mismo, no pretendo con esto invitar al lector a tumbar en un diván al entrevistado pero si, quisiera señalar, al igual que mi fantástica profesora, la importancia de todos los detalles en el momento de la entrevista, porque, son cruciales a la hora de determinar el resultado del encuentro.

La entrevista que realizamos en el centro para la posterior elaboración de la historia de vida del usuario con G.D.C cuenta con estas preguntas a modo de guion, en el sentido de que estas están orientadas a dar un orden al relato de la persona entrevistada, pero son susceptibles de ser cambiadas por otras durante el desarrollo de la misma:

- ¿Dónde nació X?
- ¿A qué se dedicaban sus padres?
- ¿Cuántos hermanos tenía? ¿Cuántos viven todavía? ¿Dónde residen?
¿Mantiene relación con ellos?
- ¿Con que miembros de la familia mantiene, o mantenía, relación significativa?
- ¿Fue a la escuela? ¿Qué estudios completó? ¿en qué escuela estudió?
- ¿Qué profesión ha desempeñado?
- ¿Con que edad se “puso novio/a”?
- ¿A qué edad se casó?
- ¿Cuándo enviudó?
- ¿Diría que fue feliz en su matrimonio?
- ¿Tuvo hijos? ¿Cuántos? ¿A que se dedican?
- ¿Mantiene buena relación con sus hijos?
- ¿Tiene nietos? ¿Cuántos a que se dedican?
- ¿Qué era lo que más le gustaba hacer para pasarlo bien?
- ¿Qué música es la que más le gusta?
- ¿Qué comida es su favorita?
- ¿Qué acontecimientos en su vida le han marcado significativamente?
- ¿Se plantea X un aspecto trascendente de la vida? ¿Tiene fe en alguna filosofía espiritual? ¿Es cristiano? ¿profesaba una fe particular por algún santo?
- ¿Qué rutina cree que le gustaría tener en el centro, con sus características actuales de salud?

Este guión ayuda al desarrollo de una entrevista abierta, donde el familiar puede contar anécdotas y vivencias que describen un poco el carácter y la manera de

ver la vida de nuestro residente, así como los acontecimientos más destacados de su vida, sus gustos e intereses.

Esta información servirá de cimientos para la elaboración de la historia de vida.

A continuación, mostraré un ejemplo de historia de vida, el sujeto protagonista de la misma es una persona inventada, que bien podría compartir muchas vivencias de otras mujeres coetáneas suyas. Me he ayudado para su elaboración de anécdotas reales que me han contado las residentes de mi centro a lo largo de los años, si bien se han cambiado nombres y lugares geográficos para garantizar el anonimato de las confidentes.

9.3. EJEMPLO DE HISTORIA DE VIDA (en adelante H.V.).

Josefina nace en un pueblo de la sierra de Jaén el 10 de Enero de 1931, su padre, Pedro, es guardia civil y su madre Ana, ama de casa, tiene una hermana dos años, mayor llamada Maria Ángeles.

Su padre era un hombre adelantado a su tiempo, según cuentan era un hombre que pasaba mucho tiempo con los niños, un hombre moderno que disfrutaba de la vida casera y de jugar con sus hijas, de hecho, ellas le querían con locura. Formaban un matrimonio cariñoso y alegre. Josefina siempre ha tenido muy buenos recuerdos familiares. Su madre era ama de casa y trabajaba un huerto que tenía de su familia, lo cuidaban ellas y sus hijas.

La infancia de Josefina fue feliz en su pueblo, donde iba a la escuela, cuidaba del huerto y salía a jugar con las amigas en la calle.

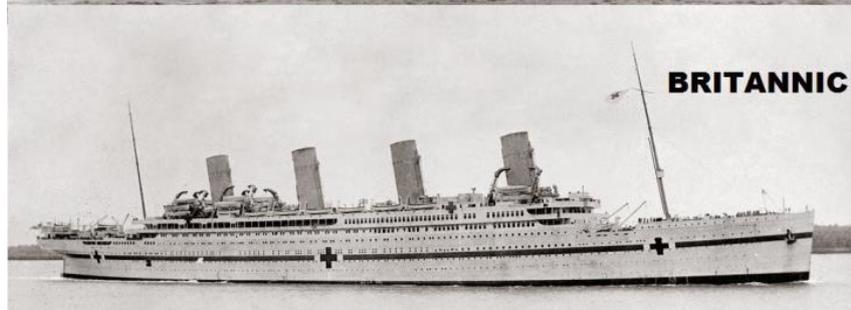
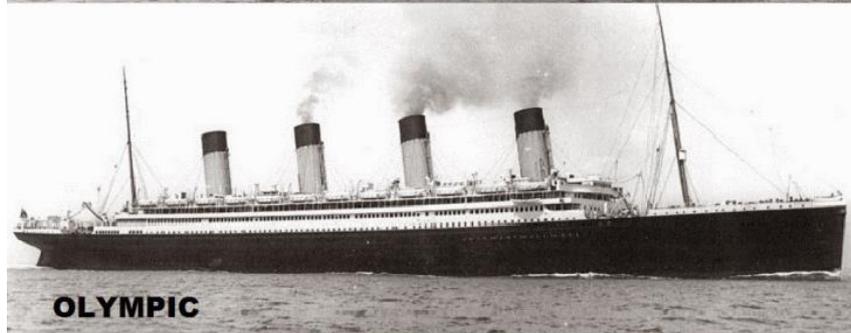
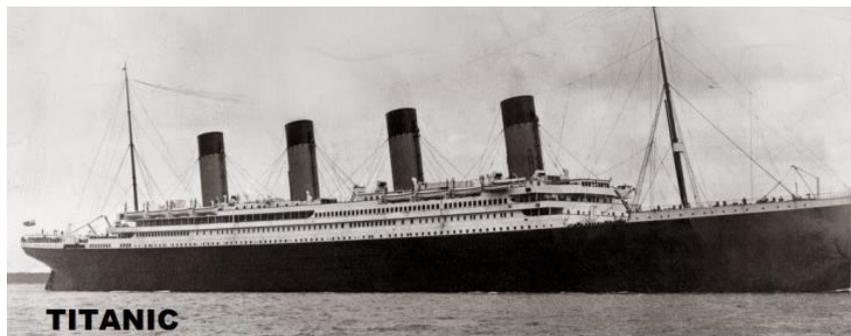
Josefina cosía su ajuar junto a su hermana durante las tardes, según cuentan decía que su ajuar era el más preparado porque se casó a los 43 años y estuvo muchos años cosiendo sábanas y pañitos. No le faltaba un detalle.

Dejó la escuela pronto, aunque se le daba bien estudiar y leía estupendamente.

A la edad de seis años un hecho terrible marcaría su infancia, tras estallar la guerra, ella y su familia se encuentran atrapados en el asedio al santuario de Nuestra Señora De La Cabeza en Andújar, según contaba ella misma a sus familiares, su mente había borrado los acontecimientos más trágicos que se

vivieron allí, recordaba según sus palabras un episodio que le marco mucho, cuenta que por la noche las madres dejaban a sus hijos jugar en un patio, dado que durante la noche se daba una pequeña tregua a las bombas y tiros, pero que esa noche, tiraron una bomba en mitad de aquel patio donde ella jugaba, ya solo recuerda silencio y “una ensalada de niños” .La guerra marcó el destino de su familia, como tantas otras, desde el asedio, su hermana quedó sorda y con una afectación mental que no supieron catalogar, esto hizo que viviera con ella el resto de su vida.

Después de la guerra su familia decidió emigrar huyendo de la miseria, su padre aceptó un puesto en una de las antiguas colonias españolas situada en África, según contaba Josefina “un auténtico paraíso en la tierra”. Allí disfrutaba mucho de la lectura, tenía una vecina cuyos padres tenían una biblioteca inmensa y podía disponer de los libros que quisiera para leer. Una de las anécdotas que le sucedió en aquel lugar es que atracó el Olympic, hermano gemelo del famoso y malogrado, Titanic.



En aquella época era un buque que transportaba tropas y su padre que era tan conocido en la zona, fue al puerto con sus hijas, sabiendo que tenía que atracar esa mañana, y ni corto ni perezoso fue a hablar con su capitán, que ni siquiera hablaba español, para que sus hijas pudieran comprobar el esplendor de semejante barco. Josefina quedó impresionada, nunca había visto algo semejante, según contaba tenía hasta baños y un gimnasio con sus sacos para darle puñetazos.

En 1971, Josefina regresó a España con su familia, volvieron a su pueblo y a su casa.



Arriba podemos ver a Josefina en su huerto.

Su padre estaba muy enfermo y fallece al poco tiempo, su madre no tarda en sufrir el mismo destino, muere de un infarto repentinamente mientras trabajaba en su huerto.

Su madre, “de toda la vida” le decía a Josefina que tenía que encargarse de su hermana cuando ella se muriera, de este modo Josefina se hace cargo de ella y cuando conoce al que sería su marido, Antonio, le dice al poco de conocerle que si la quiere de verdad tendrá que vivir también con su hermana cuando se casen.

Antonio es farmacéutico, es hijo de una vecina del pueblo, se habían visto alguna vez cuando eran muy pequeños, pero han pasado muchos años sin verse, cuando Antonio pone una farmacia en el pueblo es que se reencuentran y se enamoran.

Antonio es diez años menor que ella, pero eso no es impedimento para iniciar su romance.

Se casan en 1973, en la iglesia del pueblo de ambos y de este matrimonio nacen dos hijos, el primero se llama Antonio como su padre y el segundo Pedro, pero Pedro no vive más que unas horas, después de un parto que casi le cuesta la vida a Josefina, el médico le recomienda que no intente tener más hijos.

Según cuenta su familia Josefina aun lloraba al acordarse de Pedro, que era el niño “más precioso que había visto nunca”, lamentaba profundamente no tener una imagen del pequeño, “solo lo podía ver en su memoria”.

Josefina, su hermana Mara Ángeles, su marido y su hijo Antonio, se mudan a una casa que construyen en el pueblo, una casa muy hermosa a la que le decían “la principal” por ser esta la casa más grande del pueblo y estar situada a la entrada del mismo.

Josefina, acostumbrada al trasiego de gente y por su carácter negociante, trabajador y sociable, decide montar una posada en una parte de su domicilio.

En la posada servían comidas y desayunos, su hermana la ayudaba mucho, sobre todo en la cocina, esa época la recuerda Josefina con mucho cariño, pese al mucho trabajo, le ilusionaba y fue una época que disfruto junto a su marido, su hermana y su hijo.

Josefina es conocida en su pueblo por su carácter abierto alegre y acogedor, la recuerdan como una mujer muy trabajadora y cariñosa y esto no cambió tras el fallecimiento de su marido Antonio.

A la edad de 85 años comienza a desarrollar la demencia tipo Alzheimer, su hijo Antonio que reside en la ciudad donde se ubica nuestro centro, decidió trasladar a su madre aquí, donde puede verla todos los días.

Josefina en la actualidad vive pacíficamente en nuestro centro residencial, no puede comunicarse, pero parece tranquila y feliz.

Participa en musicoterapia, y le gusta cuidar de un muñeco bebé al que cambia de ropa y pañales.

Esto es una H.V. que recoge, en síntesis, la trayectoria vital de una persona, conocerla hace que la atención hacia la misma sea más individualizada, facilita la interacción con el residente y hace posible que le tengamos en cuenta como el ser humano que es. Con su “mochila” de éxitos y fracasos, sus vivencias, y sus preferencias que le hacen único.

9.4. CÓMO SE IMPLEMENTA LA HISTORIA DE VIDA:

Este documento, para que sea eficaz como herramienta de participación para el residente con G.D.C debe ser conocida por el personal socio sanitario que le asiste. Para ello, lo que se podría hacer es, mostrar la H.V. al personal profesional del centro, así, debemos reunir al usuario y a la plantilla de profesionales: Técnicos en cuidados de enfermería, terapeutas, fisioterapeuta, médico etc. y también reuniremos a los mayores residentes de la zona habitacional del usuario protagonista de la exposición de la historia de vida, de manera que, las personas que conviven de manera más cercana con el mismo, sean los que visualicen y compartan con él la exposición de la misma.

Sería muy oportuno mostrar la H.V. apoyándonos de soporte gráfico, podemos usar un PowerPoint para mostrar fotos de su vida y, la trabajadora social, puede ir narrando los acontecimientos más significativos que ha vivido el residente.

Este relato de vida se encuentra a disposición de una técnica en cuidados de enfermería en concreto que, debe conocerla de manera exhaustiva, esta auxiliar siempre trabaja en la zona habitacional donde reside el mayor y debe ser elegida por la familia para ser la conocedora de la historia de la residente.

Esta T.C.A.E debe tener acceso a la H.V del residente, para ello la misma se encontrará en formato digital o físico, en un lugar que garantice la confidencialidad del documento.

9.5. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA EN RELACIÓN A LA HISTORIA DE VIDA

Es importante saber que, para la implantación de la historia de vida en el centro, es necesario contar con el permiso por escrito del residente con G.D.C. y el de su representante legal en su caso.

En este permiso por escrito, debe verse reflejado el deseo expreso del residente de que el personal del centro conozca su historia de vida. Asimismo, debe firmar un documento que nos autorice a mostrar la misma al personal que le atiende y nos permita tener este documento escrito y accesible al técnico en cuidados de enfermería de referencia.

El personal que trabaja en el centro debe haber firmado un acuerdo de deber de secreto, no solo a la hora de su contratación, este es un documento a parte que firma en relación a la obligación de guarda y deber de secreto en cuanto al conocimiento de la historia de vida de los residentes del centro donde trabaja.

Asimismo, la institución debe cuidar al máximo la normativa en protección de datos y custodia de los mismos, facilitando al residente y a su representante legal su derecho a la rectificación limitación o supresión de los datos, tanto en relación a datos personales que obren en el centro como, específicamente los que obran en nuestro centro en referencia a la historia de vida del residente.

10. CONCLUSIONES

A lo largo de los años trabajando en un centro de atención residencial para personas mayores, he llegado a la conclusión de que la participación del residente en su proceso de atención es crucial para garantizar un buen servicio y una atención centrada en la persona.

Tanto la recopilación de información y el rigor a la hora de registrar la misma, son fundamentales para poder corroborar los procedimientos y la buena praxis de un centro residencial, este trabajo ha pretendido ayudar a otros trabajadores sociales en el desarrollo de su trabajo en instituciones socio sanitarias.

Dado que la especialización del trabajador social que interviene con el colectivo de mayores residentes en centros sociosanitarios, es una garantía de calidad en la atención al mayor y de éxito de la institución para la cual trabaja.

Considero la pertinencia de este trabajo porque, ahora más que en cualquier otro momento, los centros residenciales para mayores, se encuentran en el centro de atención de los medios de comunicación y de la sociedad.

Tras la pandemia de COVID las inspecciones de salud y de servicios sociales, son mucho más exhaustivas, su propia credibilidad entra en juego a la hora de acreditar o no un centro.

Si algo bueno ha traído la tragedia de la pandemia de COVID es que ha puesto las miradas sobre las residencias de mayores y sus carencias, eso ha cambiado la concepción de estos centros y se buscan evidencias de buena praxis en los mismos. Esta obra va encaminada a servir de manual al trabajador social que desarrolla su labor en un centro socio sanitario de atención residencial. Creo que será una herramienta muy práctica que podrá orientar a otros compañeros en la importante tarea de incluir al residente en su proceso de atención y plasmar esta participación. Conociendo estos procedimientos de inclusión activa del residente, podrá lograr alcanzar los estándares de calidad exigidos por la agencia de calidad en salud de la administración, superar satisfactoriamente cualquier inspección de servicios sociales y, lo que es más importante, mejorar la calidad de vida de sus residentes.

En mi caso, al llegar al centro no existía previamente la figura del trabajador social, es por esto que comprendo en gran medida, lo abrumador que es llegar a un centro a desarrollar tu labor y no saber, literalmente, por dónde empezar.

Si este trabajo, ayuda a otros colegas en su tarea diaria, habrá cumplido su función. De esta manera he pretendido ilustrar en qué consisten las principales herramientas de participación del residente de instituciones socio sanitarias de atención residencial y, cómo el trabajador social del centro debe ponerlas en práctica.

He descrito algunos procedimientos que me han sido muy útiles en mi trabajo y he tratado que realizar una obra que sea ante todo un elemento práctico a la hora de enfrentarse a la intervención directa en un centro de atención residencial para personas mayores.

Nada sería más honroso para mí que poder contribuir al desarrollo de la profesión, con mi humilde contribución, espero que el presente trabajo pueda ayudar a otros compañeros a desarrollar su labor.

11. BIBLIOGRAFÍA

- de Enfermeras, F. D. C. (1991). Código Deontológico de Enfermería.
- ITURREGUI, M. G. (2013). Ética y buen trato a personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, (41), 424-448.
- Jociles Rubio, M. I. (2018). La observación participante en el estudio etnográfico de las prácticas sociales. *Revista colombiana de antropología*, 54(1), 121-150.
- Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio).
- Tellaeché, A. I. (2017). *Prácticas del trabajo social clínico (Vol. 8)*. Nau Llibres.
- Tirado, R. Y. El trabajo social y el método de atención centrada en la persona en el ámbito de la gerontología social. *Work and person-centred care in the field of gerontology*.
- Bermejo García, L. (2012). Envejecimiento activo, pedagogía gerontológica y buenas prácticas socioeducativas con personas adultas mayores. *Educación social: revista de intervención socioeducativa*.
- Bonet, G. P. (2010). Acercamientos al sentido de la participación en las residencias públicas de personas mayores. *Educación y futuro: revista de investigación aplicada y experiencias educativas*, (22), 177-196.
- Canales Cerón, M. (2006). El grupo de discusión y el grupo focal. *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*, 265-287.
- Capdevielle, J. (2011). El concepto de habitus: " con Bordieu y contra Bordieu". *Anduli: Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, (10), 31-46.
- De Robertis, C. (2003). *Fundamentos del trabajo social: Ética y metodología: ética y metodología (Vol. 1)*. Universitat de València.

- de Salud, J. D. A. C. (2009). Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.
- Garro, J. J. (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. Obtenido de <https://juanherrera.files.wordpress.com/2009/09/capitulo-8-modelos-de-intervencion-en-ts.pdf>.
- Gómez Navamuel, A. (2018). Atención centrada en la persona en centros sociosanitarios.
- Holgado Remiro, L., & de Pedro Herrera, M. D. Trabajo social en residencias de personas mayores.
- Martín, F. A. (2011). La encuesta: una perspectiva general metodológica (Vol. 35). CIS.
- Morán, M. P. (2006). Trabajo social gerontológico: Investigando y construyendo espacios de integración social para las personas mayores. Rumbos TS. Un espacio crítico para la reflexión en Ciencias Sociales, (1), 13-30.
- ORDEN de 21 de junio de 2006, por la que se aprueba el Reglamento de Régimen Interior de los Centros Residenciales de Personas Mayores de titularidad de la Junta de Andalucía.
- Quispe Limaylla, A. (2013). El uso de la encuesta en las ciencias sociales. Ediciones Díaz de Santos.
- Revilla Martín, A. M. (2022). Trabajo Social, salud mental y modelo de atención centrado en la persona.
- Rivero, L. P. (2000). La documentación específica en trabajo social: la historia, la ficha y el informe social. Cuadernos de trabajo social, (13), 75-90.
- Rodríguez, R. M. A., Remón, C. A., & Rodríguez, M. D. M. (2021). La participación del paciente en su seguridad. Atención Primaria, 53, 102215.
- Rossell, T., & Rodríguez, P. (2017). La entrevista en el Trabajo Social. Herder Editorial.
- Serrano, R. (2013). La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados. Observar, escuchar y comprender. Sobre la traducción cualitativa en la investigación social, 93-124.
- Social, C. O. T. (2012). Código Deontológico. Madrid: CGTS.

- Tirado, R. Y. El trabajo social y el método de atención centrada en la persona en el ámbito de la gerontología social work and person-centred care in the field of gerontology.
- Tortajada, P. M. (2011). El Trabajo Social en residencias para personas mayores dependientes. De la burocracia a la empatía.
- Vigil, A. O. (2017). Primeros auxilios psicológicos. Integración académica en psicología.



**Editorial Científico-Técnica
Ocronos**

