Máster en Envejecimiento Activo:

Prevención y Bases para una Atención Integrada

IMPLANTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA RESIDENCIA NORD EGARA DE CASTELLAR DEL VALLÉS (BARCELONA)

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Modalidad Prácticum

Autora: Sara Hernández Trabalón

Tutor: Daniel Jiménez

Vic, junio de 2013

Agradecimientos

A Manuel Jurado por tu ayuda, por tus consejos, por tu paciencia y sobre todo, por el soporte incondicional que me has brindado con el trabajo durante todos estos meses que no he podido estar a tu lado.

A todo el equipo técnico de la Residencia Nord Egara que se ha implicado en mi trabajo y ha hecho posible que pudiera hacer un seguimiento de las BBPP implantadas en el Centro.

A mis padres por toda la ayuda brindada durante estos meses.

Resumen

Este trabajo está basado en las prácticas del trabajo final de máster (TFM) de “Envejecimiento Activo y Satisfactorio” de la Universidad de Vic.

Partiendo de la base que según la OMS el Envejecimiento Activo (en adelante EA) “pretende optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas mayores”, en la Residencia Nord Egara de Castellar del Vallés (Barcelona) promoví un conjunto de Buenas Prácticas (en adelante BBPP), centrando la atención en los usuarios y considerando las dificultades derivadas de su situación de fragilidad y/o dependencia.

En el Centro se promovieron dos tipos de BBPP: 7 BBPP de mejora enfocadas a las intervenciones en el Centro y 3 BBPP de recomendaciones para la buena praxis profesional en la vida cotidiana.

La implantación de las BBPP implicó repensar en el ámbito organizativo y relacional del Centro, mejorando, entre otros aspectos, la manera de actuar de los profesionales, aspectos de organización interna, ampliación de horarios profesionales y las formas cotidianas de relación interpersonal.

En concreto, las BBPP de mejora reportaron avances tales como ofrecer la oportunidad para que los usuarios, en función de sus capacidades y deseos, pudieran elegir entre varias alternativas, implicar a los usuarios y/o familias en las tomas de decisiones sobre aspectos que conciernen a la vida del propio usuario, aumentar la relación de los usuarios con el exterior (tanto abriendo el Centro a la comunidad como aumentando la integración de los usuarios en el entorno) y aumentar la implicación de las familias de los usuarios en la vida del Centro.

Por otra parte, las BBPP como recomendaciones sirvieron de complemento para que los profesionales se evaluaran y reflexionaran sobre sus formas de actuación y de relación, concretando cómo debería actuar el equipo profesional si quería seguir avanzando, después de mi intervención en el Centro, en las áreas de mejora tratadas con las BBPP desarrolladas.

Al finalizar el presente TFM, el Centro estaba en pleno proceso de implantación de prácticamente todas las BBPP. Por este motivo, con el paso de los meses, el equipo tendrá que ir revisando, evaluando y modificando (si precisa) dichas BBPP. A pesar de no estar todas completamente implantadas, éstas ya han dejado constancia de mejoras y beneficios en la calidad de vida de los usuarios.

ÍNDICE

Resumen …….. 3

1. Introducción ……..…….….…. 6

2. Marco teórico de las BBPP…….…….…...…… 8
   2.1. Envejecimiento activo y calidad de vida en los centros residenciales de personas mayores en situación de dependencia …… …....……..…. 8
   2.2. BBPP: una oportunidad para mejorar la calidad de vida……...…….. 10
      2.1.1. Referentes para la fundamentación de las BBPP…….……..……. 12

3. Introducción a la Guía de BBPP en Residencias de personas mayores en situación de dependencia ……..…….……. 16

4. Presentación de la Residencia Nord Egara ...……...…….……..…… 20

5. Descripción de las funciones en el Centro ……...……... 23
   5.1. BBPP de mejora propuestas en el Centro …….…….. 23
   5.2. BBPP como recomendaciones para la buena praxis profesional cotidiana … 25

6. Intervención en el Centro ……..…….. 27
   6.1. Base de las BBPP de mejora desarrolladas en el Centro ……... 27
   6.2. BBPP de mejora desarrolladas en el Centro ……..…. 29
      6.2.1. BP1. Desarrollo de actividades intergeneracionales …….. 29
      6.2.2. BP 2. Creación de grupos de voluntariado ……. 32
      6.2.3. BP 3. Integración de alumnos en formación de prácticas …….…. 35
      6.2.4. BP 4. Cauces de participación de los usuarios …….…....… 37
      6.2.5. BP 5. Decidir el menú el día de su cumpleaños ……..…... 50
      6.2.6. BP 6. Cauces de participación de las familias ……..……. 55
      6.2.7. BP 7. Participación del usuario y la familia en la reunión del PIAI (Plan Individualizado de Atención Integral) ……...……... 60

6.3. BBPP como recomendaciones para la buena praxis en la vida cotidiana del Centro …...……..…… 65
6.3.1. Objetivo de las sesiones ……. 66
6.3.3. Metodología de las sesiones …….…...…… 66
6.3.3. Resultados de las áreas de mejora …….. 67

7. Valoraciones de las prácticas……..…….…….…….……74
7.1. Valoración general de las prácticas …… 74
7.2. Valoración de mi intervención en el Centro ……... 75

8. Conclusiones …… 78

9. Bibliografía consultada …… 81

10. Anexos

Anexo 1: Plan de Trabajo ……...……. 84

Anexo 2: Sesión de formación y presentación de las BBPP que se desarrollarán en el Centro …….……. 88

Anexo 3: Beneficios de la implicación de los usuarios y sus familias en los PIAIs ……...……. 94

Anexo 4: Recomendaciones para la buena praxis profesional en la vida cotidiana del Centro …….……. 95

1. Introducción

En la actualidad cada vez más escuchamos en gerontología el término de EA. El EA es un modelo que debemos tener presente todos los profesionales que trabajamos con personas mayores, inclusive los que trabajamos con personas en situación de dependencia[1] y/o heteronomía[2], que nos recuerda que debemos ofrecer oportunidades para mejorar su salud, su participación y su seguridad a fin de mejorar su calidad de vida. Tal como dice Bermejo (2009), el EA está enfocado para todas las personas según sus capacidades, independientemente de su nivel de heteronomía y dependencia, promueve que la persona pueda participar y decidir en aspectos que afecten a su vida y a su entorno, y a no ser una mera receptora de servicios y cuidados, así como reconocer el ejercicio de sus derechos.

En el contexto del presente trabajo (ámbito residencial), disponemos de una serie de herramientas que permiten mejorar la calidad asistencial que reciben los usuarios. Éstas son las BBPP: acciones que sirven para mejorar las intervenciones profesionales y relacionales, y que están orientadas a mejorar la calidad de vida de los usuarios. En la actualidad, cada vez más aumenta el número de centros de atención a personas mayores en situación de fragilidad y/o dependencia (residencias y centros de día) que están iniciando procesos en esta línea. Por tanto, para mejorar en esta dirección, el objetivo del presente TFM ha sido promover un conjunto de BBPP en la Residencia Nord Egara de Castellar del Vallés (Barcelona) con el fin de mejorar la calidad de vida de sus usuarios.

Disponer de las Guías de buenas prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia, I Parte (Bermejo, 2009) y II Parte (Bermejo y col., 2009), donde aparecen formas de actuación consensuadas y recomendaciones concretas con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los usuarios, me resultaron clave para poder realizar las BBPP propuestas en este trabajo.

A pesar que el presente trabajo es de itinerario profesionalizador, no requiriendo un referente conceptual, he considerado adecuado desarrollar un breve marco teórico del contexto donde se engloban las BBPP, relacionándolas con el EA y la calidad de vida,

[1] El término heteronomía hace referencia a la falta de capacidad personal para tomar decisiones y controlar la propia vida. Siendo el término contrario el de autonomía (Bermejo, 2009).

[2] El término dependencia hace referencia a la falta de capacidad para realizar por uno mismo las actividades de la vida diaria, dependiendo de otras personas. Siendo el término contrario el de independencia (Bermejo, 2009).

así como presentar una síntesis de su fundamentación. Además, he incluido una breve introducción a la Guía de BBPP II parte (Bermejo y col., 2009) con el fin que el lector pueda comprender la intervención desarrollada en el Centro. Después de esta introducción teórica, en el trabajo he detallado las BBPP desarrolladas en el Centro, indicando de cada una de ellas sus objetivos, la metodología de desarrollo, el seguimiento realizado y su valoración, entre otros aspectos.

2. Marco teórico de las BBPP

2.1. Envejecimiento activo y calidad de vida en los centros residenciales de personas mayores en situación de dependencia

El envejecimiento de la población es el resultado de importantes cambios demográficos y sociales desarrollados en las últimas décadas en España, y está muy relacionado con el aumento de la esperanza de vida. Como consecuencia, se está generando una creciente demanda de servicios para atender a las personas mayores que se encuentran en situación de dependencia[3] y que se ven afectadas por procesos de enfermedades crónicas, requiriendo una considerable intensidad de cuidados (Pérez y col., 2011).

En el contexto de los centros residenciales, donde prevalecen como usuarios una mayoría de personas en situación de dependencia, es necesario recordar a los profesionales que, además de facilitar apoyos[4] y/o cuidados[5] a los usuarios derivados de su situación funcional y personal, deben emprender acciones que favorezcan la calidad de vida de éstos.

Para acercarnos mejor al concepto de calidad de vida en la vejez, disponemos hoy en día en gerontología del paradigma del "Envejecimiento Activo" (Bermejo, 2009).

El término EA fue adoptado por la OMS a finales de los años 90 con el objeto de trasmitir un mensaje más íntegro que el de "envejecimiento saludable" (centrado en la salud). Este nuevo concepto de EA permite reconocer otros factores, además de los sanitarios, como determinantes del envejecimiento (OMS, 2002). La OMS define el EA como:

---

[3] Según el Libro Blanco de la dependencia, ésta se define como:

> la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana, o más concretamente como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal (IMSERSO, 2005, p.21).

[4] El término apoyo está relacionado con los conceptos de desarrollo, potenciación y capacidad. Pretende facilitar o ayudar al otro en lo que no puede hacer (Bermejo, 2009).

[5] El término cuidado está relacionado con la falta de capacidad y con la imposibilidad. Es más proteccionista y menos estimulador que el término apoyo. Son acciones que ayudan al otro desde un plano de desigualdad (el que cuida tiene más poder, le otorga al residente un papel más pasivo que le dificulta el ejercicio de sus derechos) (Bermejo, 2009).

> el proceso por el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen". Más concretamente, "es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia (OMS, 2002, p.79).

El EA habla de un nuevo concepto de sociedad, destacando el término "activo" haciendo referencia a los siguientes puntos (Pinazo y col., 2010):

1. Realza la idea de participación continua de las personas en las cuestiones sociales, culturales, económicas, cívicas y espirituales, sin centrarse sólo en estar física y laboralmente activo.
2. Las personas han de envejecer siendo protagonistas de su vida, y no únicamente como meras receptoras de servicios o cuidados.
3. Presenta connotaciones diferentes en cada persona, atribuyendo significados íntimos para cada una, generando diferentes maneras de ser "activo".
4. Implica un enfoque comunitario en el que los ciudadanos mayores han de tener oportunidad de participar y decidir en todo lo que les es propio, ampliándose a cualquier nivel de la comunidad (no sólo a su ocio o a servicios para mayores).
5. Requiere que la sociedad reconozca todos los derechos de los ciudadanos mayores y garantice que puedan continuar informados.
6. Presenta un enfoque intergeneracional reconociendo la importancia de las relaciones y la ayuda entre generaciones.
7. Promueve el desarrollo personal y el aprendizaje a lo largo de las diferentes etapas de la vida, incluyendo la vejez.
8. Presenta un enfoque integral de las personas y de su proceso de envejecimiento, englobando los diferentes ámbitos que afectan al desarrollo del EA: sociales, sanitarios, económicos, psicológicos, afectivos, educativos, culturales, jurídicos, entre otros.

El EA está relacionado con dos conceptos importantes en gerontología: la autonomía y la independencia (Pinazo y col, 2010). En esta línea, el EA nos recuerda a los profesionales que trabajamos en los centros residenciales, que además de mejorar las condiciones de salud de los usuarios (retrasando el avance de la dependencia y promoviendo la independencia), hemos de generar nuevas oportunidades de participación en su vida y en su entorno inmediato (aportándoles información,

consultándoles, y promoviendo la codecisión de aspectos personales, considerando siempre sus dificultades, limitaciones o discapacidades), así como oportunidades de seguridad para garantizar el ejercicio de sus derechos (promocionando la autonomía y previniendo la heteronomía). Este último aspecto implica que los profesionales debemos prestar apoyos y/o cuidados, considerando sus valores, criterios y preferencias en la medida de lo posible, permitiéndoles mantener el control de sus vidas (Bermejo, 2009). Para mejorar en esta línea, en los centros residenciales de personas mayores en situación de dependencia y/o heteronomía, disponemos de un conjunto de herramientas que permiten, entre otros aspectos, promocionar la participación y el ejercicio de derechos de las personas mayores, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los usuarios en este ámbito asistencial. Estas herramientas constituyen las BBPP.

2.2. BBPP: una oportunidad para mejorar la calidad de vida.

El concepto de buenas prácticas se encuentra hoy en día en auge en el campo de la intervención social en personas en situación de dependencia (Martínez, 2010a) y permiten abordar un cambio de paradigma en este ámbito.

Según Bermejo (2009:36), la buena práctica (en adelante BP) es "un conjunto de acciones que introduce mejoras en las relaciones, los procesos y actividades; orientadas a producir resultados positivos sobre la calidad de vida (satisfacción y el bienestar personal y emocional) de las personas en situación de dependencia y/o con discapacidad".

Cuando se habla de BBPP en la intervención social no siempre se hace referencia a un mismo nivel de intervención ni se da la misma importancia a los objetivos que éstas presentan. En función de sus objetivos, las BBPP se pueden diferenciar con, al menos, tres acepciones en el ámbito de la gerontología (Martínez, 2010b):

1. Las BBPP como acciones de carácter innovador en el sector. En este caso, las BBPP se definen como aquellos programas y proyectos en la intervención social que responden satisfactoriamente y de forma innovadora al objetivo de mejorar la calidad de vida y la calidad de la atención de las personas en situación de dependencia (Martínez, 2010b).
2. Las BBPP como acciones para mejorar la intervención de los recursos. En este caso, las BBPP se refieren a un "conjunto de acciones pensadas para introducir mejoras en

las relaciones, los procesos o actividades, y orientadas a producir resultados positivos sobre la calidad de vida en las personas" (Bermejo, 2009). Por lo tanto, las BBPP se entienden como instrumentos o acciones-guía que introducen cambios en los recursos para mejorar la calidad de la atención. En esta línea, es importante destacar las Guías de BBPP en centros de día y en residencias de personas mayores en situación de dependencia (Bermejo y col, 2009), donde se refleja el trabajo que inició la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias en el año 2008 con el fin de implantar mejoras en la calidad a través de la identificación de unas BBPP-clave en los centros públicos de atención a las personas en situación de dependencia (Martínez, 2010b).

3. Las BBPP como recomendaciones a los profesionales en el día a día en su "buen hacer profesional". En este contexto, las BBPP se refieren a indicaciones relacionadas con la actuación profesional cotidiana, no requiriendo de procesos de planificación. Se dirigen tanto a aspectos relacionales como organizativos o metodológicos: decisiones, formas de trabajo, comportamientos, interacción entre profesionales, actitudes y habilidades implicadas en el buen trato (Martínez, 2010a).

Por tanto, las BBPP pretenden mejorar las relaciones y las intervenciones profesionales, generando procesos de empoderamiento[6] en las personas usuarias. El abordaje profesional de las BBPP se debe basar en situar a la persona usuaria en el centro de la toma de decisiones, permitiéndole, en función de sus capacidades, ser protagonista de sus decisiones y acciones cotidianas, evitando ser sustituida por los profesionales y/o familiares (Bermejo, 2009).

Finalmente, es importante destacar que una vez planificada la buena práctica es necesario promover una serie de actuaciones y formas de relación. La gran mayoría de éstas dependen de la organización del centro y de los profesionales, por lo que las buenas praxis (entendidas como las formas de actuar de éstos) son un aspecto importante que permite hacer realidad la BP. También se requiere que los profesionales presenten conocimientos, actitudes y habilidades, tales como la empatía, conocer al usuario a través de la escucha y la observación, la capacidad para trabajar en equipo y el aporte de experiencia propia (Bermejo, 2009).

[6] Este término incluye capacitar y dar poder sobre los aspectos que le son propios a la persona (Bermejo, 2009).

2.2.1 Referentes para la fundamentación de las BBPP

A continuación, para poder fundamentar las BBPP repasaremos los referentes de los modelos orientados en las personas[7]: los principios rectores de intervención social y el modelo de calidad de vida.

2.2.1.1. Los principios rectores en la intervención social

Los principios rectores en la intervención social son una importante aportación a la hora de definir lo que se ha de considerar una BP (Martínez, 2010a).

El primer referente respecto a los principios rectores de la intervención social es la ética en relación con la práctica asistencial clínica, siendo sus principios también aplicables a la intervención social y, en concreto, al ámbito gerontológico (Martínez, 2011). La ética en la intervención social parte del principio universal y absoluto que constata que "todo ser humano merece ser tratado con igual consideración y respeto", fundamentado en el principio ontológico que reconoce que las personas tienen igual dignidad. Además de éste, la ética en la intervención social señala los cuatro principios universales rectores de las interacciones sociales: la autonomía, la no maleficencia, la beneficiencia y la justicia (Martínez, 2010b).

A continuación se comentan brevemente estos principios de la ética aplicados a las intervenciones gerontológicas (Martínez, 2010b):

1. Principio de autonomía: dicta a los profesionales promover y respetar las decisiones de las personas usuarias.
2. Principio de no maleficiencia: interpela a los profesionales a no hacer daño (físico, psicológico o social) a los usuarios ni a sus familiares, así como a realizar buenas prácticas en la intervención.
3. Principio de beneficiencia: insta a los profesionales a hacer el bien al usuario (trato digno y respetuoso) y a promover el mayor beneficio para ellos (considerando el concepto subjetivo del bien de la propia persona).

[7] Los modelos de atención orientados en la persona son modelos que no sólo tienen en cuenta las necesidades y características de la persona usuaria, sino que además respetan sus derechos, preferencias y deseos, reconociendo "el papel central de la persona usuaria en su atención" y, en consecuencia, proponiendo estrategias para que la persona tome el control sobre los aspectos que afecten a su vida. Estos modelos están en contraposición a los modelos orientados a los servicios, en los que a pesar de tener entre los objetivos la atención individualizada, los profesionales son quienes prescriben lo que consideran más adecuado a las necesidades del usuario, tiendo este último un papel más pasivo (Martínez, 2011).

4. Principio de justicia: obliga moralmente a tener igual consideración y respeto para todos los usuarios sin discriminar a ninguno de ellos, así como distribuir los recursos equitativamente entre los usuarios de necesidad similar.

Además de los principios propuestos por la ética, en el ámbito de la intervención social, a partir de las diferentes leyes de servicios sociales, se enuncian otra serie de principios de los que se deriva el ideario del buen hacer profesional en este campo (Martínez, 2011). En esta línea resulta de especial interés el modelo de atención integral centrada en las personas en situación de dependencia propuesto por Pilar Rodríguez (Rodríguez, 2010) (ver tabla 1). Este modelo destaca un total de 7 principios rectores que permiten orientar las intervenciones y la correcta praxis profesional, de los cuales, a su vez, se derivan criterios técnicos que hacen posible el cumplimiento de dichos principios.

Principios Relacionados con las personas, su dignidad y sus derechos	**Criterios de intervención derivados** Relacionado con la calidad de los servicios y los programas e impregnados en criterios éticos
Autonomía	Diversidad
Participación	Accesibilidad e interdisciplinariedad
Integralidad	Globalidad
Individualidad	Flexibilidad y Atención Personalizada
Inclusión social	Proximidad y enfoque comunitario
Independencia	Prevención/rehabilitación
Continuidad de la atención	Coordinación y convergencia

Tabla 1. Principios y criterios de un modelo de atención a personas en situación de dependencia. (Rodríguez, 2010).

2.2.1.2. El Modelo de calidad de vida

Los modelos de calidad de vida también son una importante aportación a la hora de fundamentar una BP orientada en la atención a las personas en situación de dependencia (Martínez, 2010a).

La calidad de vida es definida por la OMS como:

> La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel

de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (OMS, 1994, p.78).

Considerando los diferentes modelos de calidad de vida aplicados a las personas en situación de fragilidad o dependencia, el propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003) es uno de los más conocidos. Este modelo consiste en un enfoque multidimensional compuesto por ocho dimensiones diferentes. Cada una de las dimensiones parte de una necesidad fundamental de las personas, que a su vez son formuladas a través de distintos indicadores, los cuales son determinantes para poder evaluar adecuadamente la calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003).

A continuación en la Tabla 2 se presentan las ocho dimensiones del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2002/2003) y los principales indicadores de evaluación en los centros residenciales de personas mayores en situación de dependencia.

Dimensiones	Indicadores
Bienestar emocional	– Satisfacción (a nivel personal y en relación a su situación vital). – Autoconcepto (relacionado con sentimientos de seguridad-inseguridad y capacidad-incapacidad). – Ausencia de estrés (relacionado con la motivación, el humor, el comportamiento, el aburrimiento, la ansiedad o la depresión).
Relaciones interpersonales	– Interacciones (mantener contactos sociales positivos y gratificantes, y una buena relación con los otros residentes, realizando actividades que le gusten). – Relaciones (tener amigos claramente identificados y estables. Mantener una buena relación con su familia, siendo valorado y correspondido por ella). – Apoyos (sentirse apoyado por su familia y por el personal, siempre que lo necesite).
Bienestar material	– Estatus económico (economía, ahorros y disposición de ellos). – Vivienda (confortable, saludable, que le genere satisfacción). – Ocupaciones (que sean significativas y terapéuticas).

Desarrollo personal	– Competencia personal (capacidades, habilidades y competencias) y la utilidad que le proporciona, para:
	  – Participar en la elaboración de aspectos cotidianos de su vida (como su Plan de Atención Individual – PAI).
	  – Adaptarse a las dificultades y situaciones.
	  – Utilizar tecnologías para la comunicación (teléfono móvil, internet, etc.).
	– Actividades significativas (hacer actividades satisfactorias, de disfrute, etc.).

Bienestar físico	– Atención sanitaria (tener fácil acceso a estos recursos, tanto de la atención preventiva como de la especializada). – Salud (evitar dolores y malestar derivados de problemas de salud. Minimizar los efectos de la medicación, no dificultándole la realización de sus actividades). – Actividades de la vida diaria (AVD) con la máxima independencia posible (tener acceso a ayudas técnicas o a órtesis si las necesita. Prevenir dependencia y promover independencia funcional).
Autodeterminación	– Autonomía (tener la posibilidad de decidir sobre aspectos que conciernen su propia vida, sus relaciones o sobre sus bienes, sin que otras personas deciden por él). – Metas y valores personales (posibilidad de defender sus ideas y opiniones, así como dar valor a sus metas, objetivos e intereses personales). – Elecciones (disponer de diferentes opciones para elegir de forma independiente según sus preferencias: elegir sus compañías, cómo pasar su tiempo libre, cómo ser ayudado o cuidado, etc).
Inclusión social	– Integración y aceptación (si es valorado o rechazado por los demás, si sólo se relaciona con otros residentes o con el personal). – Participación comunitaria (si existen contextos de participación adecuados a sus intereses y características, si utiliza ambientes normalizados como cafeterías, centros sociales, etc.). – Accesibilidad (existencia de barreras que dificultan su integración y participación en la comunidad). – Apoyos sociales (si cuenta con los suficientes apoyos de los profesionales y de la familia para salir y participar en la vida comunitaria).
Derechos	– Privacidad (si los profesionales y su familia respetan su intimidad). – Respeto (si es tratado con respeto y de forma personalizada en su entorno. Si sus objetos y posesiones son respetados). – Conocimiento y ejercicio de derechos (si los conoce y las posibilidades de ejercerlos, tales como el derecho al voto, a la información, decisiones sobre su salud y religión, etc.).

Tabla 2. Modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003). Adaptado de Bermejo (2009) y Martínez (2010a).

Para concluir el apartado de los referentes que fundamentan las BBPP, cabe destacar que las BBPP surgen como una estrategia para la mejora de la calidad asistencial (desde modelos orientados a la calidad de vida de las personas usuarias) y de las intervenciones profesionales (a partir del modelo de atención integral centrada en la persona).

3. Introducción a la Guía de BBPP en Residencias de personas mayores en situación de dependencia.

Disponer de las Guías de BBPP en Residencias de personas mayores en situación de dependencia, I Parte (Bermejo, 2009) y II Parte (Bermejo y col, 2009), donde aparecen formas de actuación orientadas a los profesionales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los usuarios, me han resultado clave para poder realizar las BBPP presentes en este trabajo. Por ello, para comprender el presente trabajo de BBPP, creo necesario explicar brevemente en qué consiste dicha Guía.

En la II parte de la Guía de BBPP (Bermejo y col., 2009) se identifican un total de 27 BBPP consideradas clave para la calidad de vida de las personas usuarias. Éstas están agrupadas en cinco áreas de mejora, basadas en algunas de las dimensiones del modelo de calidad de vida propuestas por Schalock y Verdugo (2002/2003). Estas áreas de mejora son: el ejercicio de los derechos, la participación, el bienestar psicoafectivo (emociones, comunicación y convivencia), la intervención profesional y los sistemas organizativos y, por último, el entorno físico y la integración en la comunidad. A continuación se presenta una breve descripción de estas áreas de mejora.

1. Ejercicio de derechos

Los derechos de las personas usuarias son un aspecto esencial si queremos mejorar en la calidad de vida de los usuarios. Esta área hace referencia a que las relaciones interpersonales con los usuarios están basadas en valores, principios éticos, derechos y deberes que todo profesional debe conocer e integrar para hacerlos suyos (Bermejo, 2009).

2. Participación

La participación es un aspecto importante que debemos potenciar para mejorar la calidad de vida. Esta área se refiere a la necesidad por parte de los profesionales de implicar más a las personas usuarias en la toma de decisiones referentes a su vida. También pretende que los profesionales impliquen a las familias de los usuarios en la vida del centro, evitando que éstas suplanten al usuario en las tomas de decisiones respecto su vida cuando éste todavía esté capacitado para hacerlo (Bermejo, 2009).

3. Bienestar psicoafectivo: emociones, comunicación y convivencia

Esta área es un aspecto esencial de la calidad de vida. En esta área se encuentran aspectos tales como la expresión de emociones positivas, el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, la capacidad de elección, el logro de objetivos, mantener la propia identidad e imagen personal, entre otras. Necesitaremos profundizar acerca de las relaciones que mantenemos con las personas usuarias y cómo favorecer unas relaciones de mayor calidad entre ellos (Bermejo, 2009).

4. Intervención profesional y sistemas organizativos

Toda intervención profesional ha de estar fundamentada en unos principios orientados a las personas y a sus derechos: autonomía y elección, participación, individualidad, integridad, integración social, independencia, dignidad y continuidad de apoyos y cuidados. Estos principios se centran en criterios de organización y en metodologías de trabajo que establecen cómo los profesionales y los responsables de los recursos debemos actuar. Los sistemas de trabajo han de ser coherentes con estos criterios y principios, siendo algunos ejemplos: el trabajo en equipo interdisciplinar, los Planes Personalizados de Atención (PPA) y los protocolos de actuación, entre otros. Un factor clave en esta área es que la atención en el centro debe de estar centrada en el usuario y no en el propio sistema del centro, ya que de esta última manera, se limitan las oportunidades de desarrollo y de calidad de vida de las personas usuarias. (Bermejo, 2009).

5. Área de entorno físico e integración en la comunidad

Esta área entiende el entorno como un aspecto fundamental para la calidad de vida de los usuarios. El entorno debe, además de ser accesible, facilitar la comunicación y las relaciones interpersonales, independientemente de las limitaciones de los usuarios.

Esta área también aborda las posibilidades de relación con la comunidad que los profesionales ofrecemos a los usuarios, a partir de los servicios y actividades que tanto ésta como la residencia ofrecen (Bermejo, 2009).

A continuación se presenta una tabla donde se recogen las 27 BBPP-clave que comenta la II parte de la Guía (Bermejo y col., 2009) y que sirven para orientar la intervención en las residencias de las personas mayores en situación de dependencia.

Éstas están organizadas según las diferentes áreas de mejora anteriormente mencionadas.

BBPP-clave en las residencias de personas mayores en situación de dependencia
Área de mejora 1.Ejercicio de derechos
1.1. El derecho a la información de las personas usuarias
1.2. Autonomía y toma de decisiones por parte de la persona usuarias
1.3. Conciliar la seguridad de la persona y el derecho a su autonomía
1.4. Respeto a la privacidad e intimidad en los cuidados personales y en el aseo
1.5. Respeto a la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información personal
1.6. El uso limitado y adecuado de las contenciones físicas
1.7. El uso limitado y adecuado de las contenciones farmacológicas
Área de mejora 2.Participación
2.1. Cauces formales de participación en el centro
2.2. Cooperación persona usuaria, familia y equipo profesional en el Plan de Atención
2.3. Intervención apoyo a las familias
Área de mejora 3. Bienestar psicoafectivo: emociones, comunicación y convivencia
3.1. Apoyo al ingreso y adaptación de la persona usuaria
3.2. El trato personalizado
3.3. El Libro de historia de vida y el Álbum personal
3.4. Bienestar, confort e identidad. La importancia de la imagen personal
3.5. Relaciones de pareja afectivo-sexuales
3.6. Alteraciones de la conducta en las personas usuarias
3.7. Gestión de los conflictos entre las personas usuarias
3.8. Atención a final de la vida
Área de mejora 4. Intervención profesional y sistemas organizativos
4.1. El trabajo en equipo interdisciplinar
4.2. El plan personalizado de atención coparticipado desde los intereses y preferencias de las personas
4.3. Revisando las intervenciones, pensando en las personas
4.4. La figura del profesional de referencia
4.5. Entornos de empoderamiento predecibles para personas gravemente afectadas
4.6. El enfoque de género en los Centros de atención a personas en situación de dependencia
Área de mejora 5. Entorno físico e integración en la comunidad
5.1. Diseños amigables que permitan confort y bienestar
5.2. Personalizar y hacer de la habitación un espacio propio
5.3. La apertura del centro a la comunidad

Tabla 3. BBPP-clave en las residencias de personas mayores en situación de dependencia, organizadas según las áreas de mejora. (Bermejo y col, 2009).

Estas BBPP-clave sirven a modo de guía para ser adaptadas a la realidad de los recursos del centro donde se van a desarrollar. A partir de estas BBPP-clave se pueden generar nuevas BBPP particulares en cada centro (BBPP de mejora)[8].

[8] Estas BBPP sirven para mejorar la práctica y la atención cotidiana de los usuarios en el centro (Bermejo y col, 2009), motivo por el que en el presente trabajo se nombran como BBPP de mejora.

A parte de las BBPP-clave, la II parte de la Guía (Bermejo y col., 2009) describe una serie de recomendaciones para la buena praxis de los profesionales en la vida cotidiana. Estas recomendaciones son un conjunto de indicaciones que ejemplifican formas cotidianas de relación y de actuación de los profesionales que trabajan en estos recursos. Al igual que las BBPP-clave, éstas también están organizadas según las diferentes áreas de mejora descritas anteriormente (Bermejo, 2009).

4. Presentación de la Residencia Nord Egara

Figura 1. Residencia Nord Egara (Castellar del Vallés)

La Residencia Nord Egara de Castellar del Vallés es un centro colaborador de la Generalitat de Catalunya que proporciona alojamiento permanente y asistencia integral a los usuarios que por diversos motivos no pueden permanecer en sus domicilios.

La dirección del Centro está representada por un trabajador social que lleva en el cargo 7 años. Este profesional desarrolla dos funciones en el Centro: director técnico y trabajador social.

El Centro tiene una capacidad de 34 plazas, entre plazas colaboradoras (públicas) y privadas. Actualmente el Centro presenta una ocupación del 100% de las plazas. Las fuentes de financiación son dos: por una parte, contribuciones privadas de usuarios particulares en el caso de las plazas privadas (actualmente 3) y, por otro lado, la subvención que la Generalitat de Catalunya otorga al Centro para las plazas colaboradoras (actualmente 31).

Un requisito común para que un usuario pueda ser admitido en el Centro es tener más de 65 años, ya que es un alojamiento destinado para personas mayores. Cualquier persona mayor de 65 años puede optar a una plaza privada, pero en cambio necesita como mínimo un grado II de dependencia para optar a una plaza colaboradora.

El edificio tiene una antigüedad de unos 50 años aproximadamente. Antiguamente era un hostal muy popular en Castellar del Vallés, llamado Can Martinet. Hacia el año 2000 aproximadamente los propietarios del hostal se jubilaron y traspasaron el edificio, momento en que se adaptó y se habilitó como Residencia (año 2001). En aquel entonces el Centro se llamaba “Mas Bo Castellar” y en noviembre del

2005, cuando fue traspasada a la actual propietaria, adquirió el nombre de “Residencia Nord Egara”.

La Residencia consta de 5 plantas, presentando la siguiente distribución de salas e infraestructuras:

1. Planta baja: una sala polivalente con la TV (donde permanecen los usuarios cuando no hacen actividades), la cocina, el despacho del director técnico, 2 aseos, la recámara donde se ubica la nevera y el congelador, el vestuario de los profesionales y el almacén.
2. Primera planta: el comedor de los usuarios, la sala de visitas, la sala de fisioterapia, la sala para los residentes que presentan un avanzado deterioro cognitivo, 2 habitaciones individuales, 1 habitación doble y 2 aseos.
3. Segunda planta: 2 aseos y 9 habitaciones, de las cuales 4 son individuales y 5 son dobles.
4. Tercera planta: 2 aseos y 9 habitaciones, de las cuales 3 son individuales y 6 son dobles.
5. Cuarta planta: la lavandería, el despacho de enfermería, el despacho compartido entre varios profesionales técnicos (psicóloga, educadora social, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional) y una terraza exterior de 60m2.

La residencia cuenta con el personal asistencial propio de gerocultoras, doctora, enfermera, fisioterapeuta, educadora social, psicóloga terapeuta ocupacional y trabajador social, además de servicios propios de personal de cocina, de lavandería-limpieza y de mantenimiento. También cuenta con servicios externos de peluquería y podología una vez al mes para aquellos usuarios que lo deseen.

El Centro intenta promover la participación de los usuarios ofertando tanto actividades individuales como grupales. Respecto a las actividades grupales programadas para este año 2013, se han organizado las siguientes: paseos (1 día por semana), taller de actividades artísticas (pintura o manualidades, 1 día por semana), taller de memoria (1 día por semana), psicomotricidad (2 día por semana), estimulación cognitiva (1 día por semana), musicoterapia (2 días por semana), sesión de cine (1 día por semana) y celebración de cumpleaños (1 vez al mes) y de festividades anuales locales (aproximadamente 4 al año, pudiéndose incrementar según el programa de actividades de la localidad).

Según el grado de dependencia, el Centro alberga 3 usuarios con baja dependencia, 11 usuarios con media dependencia y 17 usuarios con alta dependencia.

El perfil de estos usuarios en función del deterioro cognitivo según la escala de Global Deterioration Scale-GDS es: 2 usuarios con déficit cognitivo muy severo, 16 usuarios con déficit cognitivo severo, 4 usuarios con déficit cognitivo moderadamente severo, 4 usuarios con déficit cognitivo moderado, 1 usuario déficit cognitivo ligero, 5 usuarios con déficit cognitivo muy ligero y 2 usuarios sin déficit cognitivo.

Al igual que el perfil de usuarios, su lugar de procedencia también es diverso: Terrassa (4 usuarios), Sabadell (14 usuarios), Cerdanyola del Vallés (1 usuario), Barcelona (4 usuarios), Santa Coloma (2 usuarios) y de Setmenat (1 usuario).

A continuación, en la Tabla 4 se mencionan los nombres de los profesionales en relación con su categoría profesional y las horas de dedicación semanales en el Centro.

Profesional	**Nombre**	**Horas dedicadas a la semana**
Director/Trabajador social	J.A.	28/12
Doctora	M.B	10
Enfermera	R.C	36
Fisioterapeuta	J.H.	20
Educadora social	C.P.	12
Psicóloga	M.X	8
Terapeuta ocupacional	M.J.S	6,5
Gobernantas	S.B D.G.	40
Cuidadoras	A.O. V.A M.G G.G. N.G Y.I. A.A.	40
Personal de limpieza-lavandería	I.R. E.M.	40 27,5
Mantenimiento	F.S.	10
Personal de cocina	P.A. P.B.	40 20

Tabla 4. Relación de profesionales, categorías y las horas de dedicación semanales en el Centro.

5. Descripción de las funciones en el Centro

Para lograr el objetivo del presente trabajo he desarrollado diferentes funciones y acciones en el Centro, diferenciándolas según si las BBPP desarrolladas han sido de mejora o de recomendaciones.

Para realizar mis funciones en el Centro tuve que planificar y gestionar el tiempo dedicado a ellas a medida que iba evolucionando su desarrollo, sin poder definir inicialmente un número de horas fijo dedicado a las intervenciones. En el Anexo 1 detallo el plan de trabajo que llevé a cabo en el Centro.

5.1. BBPP de mejora propuestas en el Centro

Las BBPP de mejora desarrolladas en el Centro se enmarcan en tres de las cinco áreas de mejora: área de ejercicio de derechos, área de participación y área de entorno físico e integración en la comunidad. A continuación se presentan las BBPP de mejora que se han desarrollado en el Centro (ver Tabla 5), indicando las áreas de mejora a las que pertenecen cada una y las BBPP-clave relacionadas.

BBPP de mejora en la Residencia Nord Egara	Áreas de mejora	BBPP-clave relacionadas
Decidir el menú el día de su cumpleaños.	1	1.2
Cauces de participación de los usuarios.	2	2.1
Cauces de participación de las familias.	2	2.1
Participación del usuario y la familia en la reunión del Plan Individualizado de Atención Integral (PIAI).	1-2	1.2-2.2
Desarrollo de actividades intergeneracionales.	5	5.3
Creación de grupos de voluntariado.	5	5.3
Integración de alumnos en formación de prácticas (gerocultores/as).	5	5.3

Tabla 5. BBPP de mejora en la Residencia Nord Egara.

A modo general, las funciones que realicé en el Centro para llevar a cabo las diferentes BBPP de mejora desarrolladas fueron:

- Evaluación de las áreas de mejora.
- Identificación de las posibles BBBPP-clave relacionadas con estas áreas de las que los usuarios podrían beneficiarse.
- Formación a los profesionales sobre las BBPP de mejora.

- Promoción de las 7 BBPP desarrolladas en el Centro.
- Asesoramiento a los profesionales.
- Seguimiento de las BBPP.

La Guía de BBPP II parte (Bermejo y col., 2009) me sirvió para evaluar y reflexionar sobre las posibilidades de mejorar la calidad de cada una de las áreas. A partir de mi conocimiento previo de la dinámica, organización y gestión del Centro, adquirida durante mi periodo profesional en éste, evalué las áreas de mejora para posteriormente identificar y seleccionar las BBPP-clave relacionadas con los aspectos mejorables en cada una de ellas en el Centro, considerando las más adecuadas aquellas BBPP-clave de las que directamente los usuarios podrían beneficiarse, mejorando su calidad de vida.

Para facilitar mi trabajo, días previos a iniciar mi intervención en el Centro, facilité por correo electrónico al director técnico el enlace a las dos partes de la Guía de BBPP referenciándole determinados apartados para que los leyera y pudiera orientarse en el tipo de intervención que llevaría a cabo en el Centro.

Posteriormente, me reuní con él para presentarle y consensuar si las BBPP-clave seleccionadas por mí sobre las áreas de mejoras escogidas le parecían adecuadas para ser desarrolladas e implantadas en el Centro. Una vez revisadas las diferentes propuestas, entre los dos realizamos un cribaje para seleccionar las de más interés a desarrollar, ya que por limitaciones temporales del presente trabajo no se podían realizar todas. Por lo tanto, de las 8 BBPP-clave que propuse inicialmente se seleccionaron 4 para ser desarrolladas. En esta misma reunión también le presenté brevemente las diferentes propuestas de las BBPP de mejora que se implementarían en el Centro, derivadas de las BBP-clave seleccionadas. Además, le propuse los profesionales responsables de cada una ellas. Los criterios considerados para seleccionar dichos responsables se basaron en tres aspectos: i) en los perfiles profesionales de cada uno, ii) en si algún profesional ya realizaba en el Centro dicha acción o alguna parecida y, iii) en caso que más de un profesional pudiera realizar la misma acción, se consideraría la carga de trabajo de cada uno de ellos (asignándole la acción al que presentara menos carga).

Posteriormente, las BBPP seleccionadas fueron presentadas a todo el equipo profesional con el fin que entendieran las nuevas acciones propuestas para ser desarrolladas en el Centro, así como el marco conceptual donde se integraban éstas. De

esta manera fue posible obtener la conformidad de todos ellos respecto las BBPP de mejora, así como valorar cualquier aportación que pudieran ofrecer. Toda la información presentada al equipo se presenta en el Anexo 2.

Una vez realizado esto, les comenté a los diferentes profesionales del equipo técnico que informaran a los usuarios sobre las BBPP que se iban a desarrollar en el Centro. El propósito de esto era obtener la conformidad de los usuarios respecto las BBPP propuestas, condición necesaria antes de planificarlas.

A continuación planifiqué las posibles acciones a seguir de cada una de las BBPP a desarrollar y, posteriormente, me reuní con los responsables de cada una de ellas para presentárselas y revisarlas, añadiendo nuevas ideas y modificaciones en algunos casos a partir de las aportaciones de los responsables. Con este proceso se acabó de definir cada BP.

Una vez desarrolladas y consensuadas las BBPP con los responsables técnicos, me reuní en diferentes ocasiones con el resto del equipo profesional del Centro, según la disponibilidad de cada profesional, para que tuvieran conocimiento de la sistemática del desarrollo de cada una de las BBPP. En el caso de los profesionales técnicos que no estaban presentes en estas reuniones (exceptuando a la doctora y a la enfermera), yo me encargué de informarles mediante correo electrónico. En cambio, para el resto de profesionales técnicos no presentes (doctora y enfermera), indiqué al director técnico que les informara de todo lo acometido.

A medida que las BBPP quedaban planificadas, comenté a los profesionales del equipo técnico que informaran a los usuarios y a las familias.

Por último, realicé el seguimiento de las BBPP a medida que se iban implantando en el Centro.

Durante el proceso de planificación e implantación de las BBPP, a medida que iban surgiendo dudas a los profesionales, ofrecí asesoramiento para poder realizar las modificaciones pertinentes para lograr que se llevaran a cabo.

5.2. BBPP como recomendaciones para la buena praxis profesional cotidiana

A continuación se presentan las 3 BBPP a modo de recomendaciones para la actuación profesional cotidiana que se desarrollaron en el Centro:

BBPP como recomendaciones para las buenas praxis	Áreas de mejora
Ejercicio de derechos (autonomía, dignidad, intimidad y identidad)	1
Participación	2
Entorno físico e integración en la comunidad	5

Tabla 6. BBPP de recomendaciones en la Residencia Nord Egara.

A modo general, las funciones que realicé en el Centro para llevar a cabo las BBPP de mejora desarrolladas fueron:

- Selección y elaboración del contenido de las sesiones relacionadas con cada área de mejora.
- Asesoramiento a los profesionales concretando cómo deberían actuar si querían seguir avanzando en cada área.
- Valoración de los resultados.

Para el desarrollo de estas BBPP realicé 3 sesiones de recomendaciones para la buena praxis en la vida cotidiana a todo el equipo profesional, seleccionando y elaborando los contenidos relacionados con cada una de las 3 áreas de mejora donde se desarrollaron las BBPP de mejora propuestas (área de ejercicio de los derechos, área de participación y área de entorno físico y integración a la comunidad). Para el desarrollo de cada sesión, facilité a los profesionales la información necesaria del contenido de cada una de ellas.

Estas BBPP sirvieron de complemento para que los profesionales se evaluaran y reflexionaran sobre sus formas de actuación y de relación, concretando cómo debería actuar el equipo profesional si quería seguir avanzando en las áreas de mejora tratadas con las BBPP de mejora desarrolladas.

La posterior valoración de las sesiones se realizó mediante los resultados obtenidos a partir de las preguntas formuladas y del coloquio-debate entre los profesionales generado a partir de dichas preguntas. Como resultado surgieron propuestas a mejorar y, en algunos casos, aspectos nuevos a realizar.

6. Intervención en el Centro

6.1. Base de las BBPP de mejora desarrolladas en el Centro

Las BBPP de mejora desarrolladas en el Centro toman como punto de partida algunas de las BBPP-clave descritas en la II parte de la Guía de BBPP (Bermejo y col., 2009). Por este motivo, a continuación se resume cada una de las BBPP-clave relacionadas con las BBPP de mejora.

6.1.1. BP-clave 1.2: Autonomía y toma de decisiones por parte de la persona usuaria

Esta BP-clave trata de ofrecer oportunidades para que cada persona pueda, en la medida de sus capacidades y deseos, elegir entre varias alternativas, planificar y realizar actividades individuales, y participar en estructuras grupales aportando su punto de vista. Independientemente de la situación de dependencia y/o heteronomía, es necesario reconocer los derechos de todos los usuarios y hacer posible el ejercicio de éstos (Bermejo y col., 2009).

En el Centro se ha desarrollado una BBPP de mejora a partir de esta BP-clave:

- Decidir el menú el día de su cumpleaños.

6.1.2. BP-clave 2.1: Cauces formales de participación en el centro

Esta BP parte de la idea de la importancia de la participación que tienen todas las personas que se interrelacionan en el Centro (usuarios, familias y profesionales) y busca establecer mejoras relacionadas con la calidad de vida de los residentes. Para ello, esta BP pretende crear oportunidades y condiciones que faciliten la participación activa de los tres agentes implicados. Además, esta BP-clave apuesta por crear un órgano formal de participación conjunta donde usuarios, familiares y profesionales puedan intercambiar opiniones y consensuar objetivos y mejoras del centro (Bermejo y col., 2009).

En el Centro se han desarrollado dos BBPP de mejora a partir de esta BP-clave:

- Cauces de participación de los usuarios.
- Cauces de participación de las familias.

6.1.3. BP-clave 2.2: Cooperación persona usuaria, familia y equipo profesional en el plan de Atención

Esta BP se dirige a facilitar la incorporación de las personas usuarias y de sus familiares, si éstas quieren, en el desarrollo del Plan Personalizado de Atención (PPA). Esta BP crea oportunidades para compartir los puntos de vista de los agentes implicados en la atención: la persona usuaria, sus familiares más allegados y los profesionales. La participación de los tres agentes permite compartir información y dudas, así como consensuar estrategias de acción. Esta BP permite mejorar las formas de trabajo y de relación con la persona usuaria, a la vez que permite mantener los apoyos y/o cuidados que recibe por parte de familia o allegados (Bermejo y col., 2009).

En el Centro se ha desarrollado una BP a partir de esta BP-clave:

- Participación del usuario y la familia en la reunión del Plan Individualizado de Atención Integral (PIAI).

Esta BP que hemos desarrollado es una adaptación de la BP-clave, ya que en el Centro no se utiliza el PPA, pero sí utilizan los PIAIs para establecer los objetivos y las propuestas de intervención referentes a los usuarios.

6.1.4. BP-clave 5.3: Apertura y coordinación del centro con la comunidad

Esta BP presenta nuevas y mejores formas de participación y atención a las personas usuarias mediante los recursos de la comunidad. Pretende abrir el centro a la comunidad en dos direcciones. Por una parte, permite que personas externas utilicen el centro aportando nuevas experiencias a los residentes y aumentando sus oportunidades de relación en función de su implicación. Y por otra parte, pretende facilitar a los residentes el acceso a los recursos externos que ofrece la comunidad, de manera que tengan oportunidades de salir y disfrutar de ellos. También pretende establecer una coordinación adecuada entre el centro y los recursos dirigidos a los usuarios por entidades de servicios externas de la zona. Intenta promocionar el uso de las tecnologías de la información (TICs) y la comunicación entre los usuarios que presenten conocimientos y capacidades para su uso (Bermejo y col., 2009).

En el Centro se han desarrollado tres BBPP a partir de esta BP-clave, cada una de ellas orientadas a abrir el Centro al entorno social:

- Desarrollo de actividades intergeneracionales.

- Creación de grupos de voluntariado.
- Integración de alumnos en formación de prácticas (gerocultores/as).

6.2. BBPP de mejora desarrolladas en el Centro

Una vez presentadas las BBPP-clave relacionadas con las BBPP de mejora desarrolladas en el Centro, a continuación se explica cada una de estas últimas, mostradas según el orden que fueron propuestas en el Centro.

6.2.1. BP 1. Desarrollo de actividades intergeneracionales

6.2.1.1. Objetivos

- Aportar nuevas y diversas actividades al programa actual del Centro.
- Establecer relaciones entre usuarios y otras generaciones.

6.2.1.2. Responsable

La educadora social. Propuse a la educadora social, y no otro profesional, que fuera la responsable de desarrollar esta BP, activando y gestionando este tipo de recursos con entidades de la localidad, porque según el documento de este perfil profesional (Departamento de Bienestar Social y Familia, 2003) las acciones pertenecientes a esta BP se asocian a las funciones definidas por el perfil profesional de la educadora social.

6.2.1.3. Antecedentes en el Centro

El Centro tenía muy poco desarrollada esta iniciativa, sólo hacían este tipo de actividades intergeneracionales una vez al año coincidiendo con épocas navideñas. La actividad consistía en que niños de 6º de primaria procedentes de la Escuela de Castellar del Vallés “El Casal” venían a la residencia y, durante 30 minutos aproximadamente, cantaban Villancicos a los residentes. Posteriormente a esto, cada niño entregaba una postal de Navidad a cada usuario. Los últimos 10 minutos de la actividad finalizaban con una charla entre niños y mayores. Este tipo de actividades las promovía el colegio, quien contactaba con el Centro y no al revés.

6.2.1.4. Nueva propuesta

El aspecto que propuse potenciar en el Centro fue poder incorporar más veces al año actividades intergeneracionales y no sólo en Navidades, siendo el Centro el responsable de promover este tipo de actividades.

6.2.1.5. Metodología de desarrollo

Para el desarrollo de esta BP me reúno con la educadora social para comentarle los objetivos de la BP y que me explicara qué acciones se estaban llevando a cabo en el Centro relacionadas con esta BP y cómo se desarrollaban. Una vez sabido lo que se hacía en el Centro, le propuse potenciar este tipo de actividades durante el año. Algunas de las posibles actividades intergeneracionales que propusimos entre las dos fueron:

- Plantar plantas junto con los residentes que lo deseen. Actividad dirigida a niños de párvulos (de 3 a 5 años) o niños de primaria (de 6 a 7 años).
- Venir a escuchar cuentos que propongan algunos residentes. Actividad dirigida para niños de 3 a 5 años o de 6 a 7 años.
- Venir a escuchar a residentes hablar de la Guerra Civil Española y de la Segunda Guerra Mundial. Actividad dirigida a niños de la ESO (de 12 a 14 años).
- Venir alguna coral de Castellar del Vallés a cantar a los usuarios del Centro.

La actividad de la coral se acordó proponerla a dos corales donde la educadora social trabaja: una formada por niños de 5 a 11 años del colegio La Inmaculada (Coral la Immaculada) y la otra coral integrada por personas adultas con diversidad funcional (Coral Pas a Pas).

El resto de propuestas se acordó presentarlas al Colegio La Inmaculada (lugar donde la educadora social también trabaja) como posibles actividades intergeneracionales a realizar. Las edades comprendidas de los niños que desarrollarán esta iniciativa con el Centro las estableció la educadora social, pero será la dirección del colegio quién escogerá en última instancia las edades de los niños y las actividades que realicen en el Centro.

A continuación me reuní con el resto del equipo para informarles del desarrollo de la nueva propuesta.

6.2.1.6. Seguimiento

Transcurrido un mes desde la propuesta de las actividades intergeneracionales, me reuní con la educadora social para valorar el desarrollo de la BP. Además de esta reunión, previamente contacté varias veces con ella por correo electrónico para hacer un seguimiento del avance de la BP.

Respecto a las actividades propuestas al Colegio de la Inmaculada, me comentó que habló con la directora y con la persona responsable de gestionar este tipo de actividades, aceptando colaborar con el Centro a partir del próximo curso escolar 2013-2014.

Respecto a las corales seleccionadas, la Educadora social propuso a las familias de los niños de la "Coral la Immaculada" y a los integrantes de la "Coral Pas a Pas" que vinieran algunas veces al año al Centro para cantar. Las dos corales aceptaron colaborar y se acordó iniciar esta actividad intergeneracional a partir de junio del 2013.

Paralelamente a todas estas iniciativas, la educadora social recibió la agradable sorpresa de la persona responsable de gestionar este tipo de actividades en el colegio "El Casal" (colegio que previamente asistía al Centro en Navidad para realizar representaciones de villancicos), ofreciéndose a colaborar con el Centro. Se acordó que a finales de mayo del 2013 vendrían niños de 5º curso de primaria para hacer una actividad de "juegos de mesa" con los residentes. Al contactar el colegio con el Centro, la educadora les propuso si estarían interesados en hacer más actividades intergeneracionales durante el año y les pareció correcto. Por tanto, a partir de este momento el Centro dispuso de la colaboración de otro colegio además del propuesto inicialmente.

6.2.1.7. Valoración

Esta BP en el Centro fue valorada positivamente por el equipo profesional, además de presentar una buena aceptación por parte de familias y usuarios al informarles sobre ella. Ésta BP implica una participación en un tipo de actividades que el Centro no solía desarrollar.

El hecho que la educadora social trabajara en el colegio y en las corales propuestas para colaborar con el Centro fue un factor decisivo para el desarrollo de esta BP ya que permitió acelerar los trámites para gestionar las actividades (al cabo de un

mes la educadora social ya tenía todas las propuestas coordinadas con los colegios y las corales).

La primera actividad intergeneracional que se desarrolló a finales de mayo con los niños del colegio “El Casal”, actividad de “juegos de mesa”, fue aceptada con plena satisfacción por parte de los mayores y de los niños, ya que se pudieron ver expresiones no verbales tales como miradas y sonrisas, al mismo tiempo que se observó un aumento de alegría en los mayores. Incluso los usuarios que no quisieron participar en la actividad miraban sorprendidos y a la vez contentos. Esta actividad presentó un ratio de participación 2:1 (28 niños y 14 usuarios), participando tanto usuarios que generalmente solían participar en las actividades del Centro como usuarios que no. Por otra parte, el equipo valoró que posiblemente la participación de los usuarios hubiera sido mayor si los juegos de mesa propuestos por el colegio no hubieran presentado tanto complejidad (como por ejemplo en el caso del ajedrez y el cuatro en ralla donde sólo pudo participar un usuario), factor limitante junto con el elevado deterioro cognitivo que presentan la mayoría de los usuarios para que estos se implicaran más en la actividad. Por tanto, para futuras actividades de este tipo, se debería valorar la posibilidad que éstas impliquen menor complejidad en su desarrollo. Por otro lado, la educadora social me comentó que el hecho de implicar algunas familias en la actividad intergeneracional realizada permitió la participación de algunos usuarios que posiblemente no lo hubieran hecho sin la presencia de sus familiares.

6.2.2. BP 2. Creación de grupos de voluntariado

6.2.2.1. Objetivos

- Establecer nuevas relaciones con otras personas externas al Centro.
- Dotar al equipo de más recursos humanos para la realización de actividades fuera del Centro.

6.2.2.2. Responsables

La educadora social y el trabajador social. Se decide que estos profesionales sean los responsables de esta BP, y no otros, porque según los documentos de los perfiles profesionales pertenecientes al Departamento de Bienestar Social y Familia

(2003), las acciones pertenecientes a esta BP se asocian a las funciones definidas para estos dos perfiles.

6.2.2.3. Antecedentes en el Centro

A día de hoy, el Centro cuenta con un grupo de voluntarios del ayuntamiento de Castellar del Vallés que sólo se activa de forma esporádica para ciertos acontecimientos que se hacen en la localidad. Estos voluntarios vienen al Centro y llevan a los residentes que quieran salir a determinados eventos. Generalmente, los eventos para los que acuden los voluntarios al Centro son las fiestas locales de Castellar del Vallés y la celebración de la "la Misa del Enfermo" (cada actividad se realiza dos veces al año).

Este recurso de voluntariado es activado y gestionado directamente por el propio ayuntamiento de Castellar del Vallés y no por el Centro.

6.2.2.4. Nueva propuesta

El aspecto a mejorar que propuse es que el Centro gestionara y ampliara el recurso de voluntariado del ayuntamiento y de otras entidades con el fin de poder contar semanalmente con más voluntarios para realizar las salidas de paseo y otras actividades en el exterior, de tal forma que un mayor número de usuarios puedan beneficiarse de ellas.

6.2.2.5. Metodología de desarrollo

Para el desarrollo de esta BP me reuní con la educadora social y el trabajador social comentándoles los objetivos de esta BP. A continuación, les propuse que me explicaran qué acciones se estaban llevando a cabo en el Centro y cómo ellos gestionaban este voluntariado. Una vez sabido lo que se hacía en el Centro, les propuse activar y gestionar el recurso del voluntariado con el ayuntamiento (sin esperar a que éste contactara con el Centro), formalizándolo mediante una instancia en este organismo (tal como el director técnico confirmó que se debía gestionar).

Además, propuse a los responsables que ampliaran el recurso del voluntariado consultando a otra entidad, en concreto Cruz Roja, para comprobar si estaría dispuesta a colaborar una vez por semana con el Centro, realizando paseos con los residentes u otro tipo de actividades en el exterior.

Se determinó que el recurso del voluntariado del ayuntamiento de Castellar del Vallés se destinaría a realizar los paseos todos los miércoles. En caso que este recurso no estuviera disponible con esta frecuencia, el recurso de Cruz Roja se destinaría para suplir esta ausencia. Por el contrario, si el Centro dispusiera del voluntariado del ayuntamiento de Castellar del Vallés para todos los días de paseo, el recurso de Cruz Roja se destinaría para realizar otras actividades en el exterior.

Por último, la planificación de esta BP se presentó al resto del equipo para darles a conocer las acciones que se realizarían y para comentarles que si en algún momento tenían conocimiento de algún posible recurso del voluntariado diferente a los propuestos, que lo notificaran.

6.2.2.6. Seguimiento

Durante el primer mes contacté varias veces con los responsables de la BP por correo electrónico y en persona en el Centro para mantenerme informada de la evolución de la propuesta.

Después de un mes de la reunión inicial donde se propuso la BP, me volví a reunir con la educadora social y el trabajador social para evaluar el desarrollo de ésta.
En esta reunión de seguimiento, los responsables de la BP me comentaron que ya se realizó la instancia al ayuntamiento de Castellar del Vallés, solicitando el servicio de voluntariado indicando la frecuencia (una vez por semana, los miércoles) con la que el Centro lo requería. Al cierre del proceso del seguimiento de la BP (junio del 2013), el Centro todavía estaba a la espera que el ayuntamiento de Castellar del Vallés diera una confirmación a la petición del recurso.

Respecto al servicio de voluntariado de Cruz Roja, el trabajador social contactó con esta entidad para conocer su disposición de colaboración con el Centro, no presentando ningún inconveniente. Al concluir el proceso de seguimiento de esta BP, como el Centro todavía estaba a la espera de recibir la notificación del recurso de voluntariado del ayuntamiento, no se pudo especificar con detalle a Cruz Roja los días que necesitaría a sus voluntarios.

Tal como se especificó en la planificación de la BP, si se disponía de los dos recursos de voluntariado (ayuntamiento de Castellar del Vallés y Cruz Roja), a corto plazo (1-2 meses) el equipo técnico propondría incrementar las actividades en el

exterior. De esta manera, se podrían gestionar los dos recursos de voluntariado de forma independiente.

Al finalizar el TFM, esta BP todavía estaba en proceso de desarrollo.

6.2.2.7. Valoración

A pesar que esta BP todavía está en fase de implantación, una primera valoración que se puede extraer es que ha sido bien aceptada por todos los agentes (usuarios, familias y profesionales).

Disponer de más recursos humanos (voluntarios) supondrá una gran ventaja a los usuarios para poder hacer la salida de los paseos, ya que hasta ahora no podían salir todos los residentes que querían por falta de recursos de personal. En caso que dispongan de los dos recursos de voluntariado, el Centro podrá ampliar la oferta de actividades en el exterior para los usuarios. Esta BP también permite a los usuarios que mantengan el contacto con otras personas de la comunidad.

La propuesta de solicitar el recurso del voluntariado a otra entidad (Cruz Roja) resultó acertada ante la incertidumbre planteada por el director técnico respecto la posibilidad de disponer de voluntariado del ayuntamiento de Castellar del Vallés, ya que es un pequeño grupo organizado que desarrolla más voluntariados en otros centros residenciales. Por tanto, fue bien acogida la propuesta de hablar con Cruz Roja para comprobar si esta entidad estaría dispuesta a colaborar con el Centro.

A raíz de mi intervención en el Centro con esta BP, el equipo debatió la posibilidad de hacer una página web dando a conocer el Centro y habilitar una sección destinada a captar voluntarios (especialmente para actividades en el exterior).

6.2.3. BP 3. Integración de alumnos en formación de prácticas (gerocultores/as)

6.2.3.1. Objetivos

- Reforzar la calidad asistencial a los usuarios incrementando los recursos humanos del centro (alumnos de auxiliar de geriatría).
- Establecer nuevas relaciones entre los residentes y los estudiantes en formación de prácticas de auxiliar geriatría.

6.2.3.2. Responsable

El director técnico. Es la persona encargada de gestionar los trámites referentes a todo lo relacionado con las contrataciones de personal y las prácticas del alumnado.

6.2.3.3. Antecedentes en el Centro

Esta iniciativa en el Centro se inició hace 5 años y se desarrolló durante 4 años, recibiendo una vez al año a alumnos de auxiliar de geriatría en formación de prácticas. Al Centro acudía una media de 2 auxiliares en prácticas por cada año, excepto el último año en que ningún alumno realizó las prácticas. Los alumnos que recibía el Centro eran de cursos subvencionados por el ayuntamiento de Castellar del Vallés. Esta acción se iniciaba por parte del responsable de la formación de los alumnos de los centros, contactando con el Centro y no al revés. Durante el último año, ante la ausencia de estudiantes en práctica, el Centro no solicitó este recurso a ningún centro de formación.

6.2.3.4. Nueva propuesta

El aspecto a mejorar que propuse fue que el director técnico contactara con el ayuntamiento de la localidad o con otros centros donde realizaran formación de auxiliares de geriatría, ofreciendo el Centro como lugar donde los alumnos pudieran realizar las prácticas profesionales.

También propuse que los alumnos, al finalizar las prácticas en el Centro, realizasen junto con el director técnico una valoración informal (verbal) de éstas. Los propósitos de esta acción son dos: por una parte, poder valorar la opinión de los alumnos respecto el trabajo realizado en el Centro y la relación que hayan establecido con el personal y los usuarios; por otra parte, poder mejorar algunos aspectos que hayan podido aportar los alumnos respecto la dinámica del Centro.

6.2.3.5. Metodología de desarrollo

Para el desarrollo de esta BP me reuní con el trabajador social comentándole los objetivos de ésta. A continuación, le propuse que me explicara cómo el Centro gestionaba las prácticas de los alumnos en formación. Una vez sabido lo que se hacía en el Centro, le propuse que el Centro fuera el responsable de activar y gestionar este recurso (sin esperar a que otra entidad contactara con el Centro).

En el momento en que el responsable de la BP contactara con alguna entidad que aceptara colaborar con el Centro, me lo comunicaría y me informaría del proceso a seguir.

A continuación me reuní con el resto del equipo para informarles del desarrollo de la nueva propuesta.

6.2.3.6. Seguimiento

Transcurridas tres semanas desde la propuesta de la BP, el trabajador social contactó con uno de los centros más conocidos de la zona en cuanto a formación ocupacional (Vapor Llonch, ubicado en Sabadell), en el cual se imparten cursos de atención socio-sanitaria. La propuesta fue bien aceptada y el coordinador de formación de prácticas accedió a visitar el Centro y a entrevistarse con el director técnico. Finalmente acordaron que para finales de junio del 2013 el Centro dispondrá de una alumna en formación de prácticas durante un mes (formación de 80 horas).

6.2.3.7. Valoración

Esta BP ha sido bien aceptada por todo el equipo, sobre todo por las auxiliares, ya que les pareció buena idea contar de manera más asidua con alumnos en prácticas, representando un refuerzo y una experiencia de aprendizaje mutuo. Así mismo, no hubo ningún tipo de objeción por parte del director técnico, de los usuarios ni de sus familiares para realizar esta BP.

Por limitación temporal del TFM, no he podido valorar los resultados de la implantación de esta BP ya que hasta finales de junio del 2013 no está previsto que el Centro reciba la alumna en formación de prácticas.

6.2.4. BP 4. Cauces de participación de los usuarios

En esta BP de cauces para los usuarios se realizan dos acciones:

1. Diferenciación de usuarios por grupos según las dimensiones básicas de capacidad personal: autonomía e independencia.
2. Ampliación de las actividades de los diferentes grupos de usuarios.

6.2.4.1. Objetivos

- Mejorar las dificultades para la participación de algunos grupos.
- Ampliar las opciones de actividades por grupos.

6.2.4.2. Responsables

Los profesionales del equipo técnico que hacen actividades con los usuarios: educadora social, psicóloga, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.

6.2.4.3. Nueva propuesta

El aspecto nuevo que propuse introducir al equipo técnico fue que hicieran una clasificación por grupos según las dificultades para la participación de los usuarios y, en función de esta clasificación, potenciar las actividades y/o acciones que determinados usuarios ya realizaban e introducir de nuevas a los usuarios que solían tener poca participación en el Centro.

6.2.4.4. Metodología de desarrollo

Al saber que en el Centro no se realizaba ninguna clasificación de usuarios por grupos, contacté con el equipo mediante aplicación telemática explicándoles porqué era conveniente establecer una diferenciación de grupos según las dificultades para la participación. Junto a esta explicación les facilité el enlace de la página web de la I parte de la Guía de BBPP (Bermejo, 2009), indicándoles las páginas donde encontrarían la clasificación que este documento establece y todo lo referido a la área de mejora de participación de los usuarios.

Transcurrida una semana me reuní con el fisioterapeuta y la psicóloga para que elaboraran la clasificación de los grupos de usuarios, ofreciéndome como soporte para solucionar posibles dudas que surgieran. El resto del equipo técnico no pudo asistir. Estos dos profesionales se hicieron responsables de explicar la clasificación al resto del equipo técnico para que fuera consensuada y valorada por todos.

Una vez establecieron su clasificación de grupos les propuse a los profesionales del equipo técnico que me explicaran qué acciones solían llevar a cabo con los usuarios que integraban cada grupo. Esto me sirvió para saber la oferta de actividades que disponía cada grupo y para percatarme de si existía una relación entre las dimensiones

básicas de capacidad personal y el nivel de participación de los usuarios en las diferentes actividades. Una vez sabido esto, en función de los grupos establecidos, propuse al equipo técnico introducir acciones nuevas a determinados grupo de usuarios (especialmente a los que presentaban menor grado de participación), y potenciar y mejorar acciones que los profesionales ya realizaban con otros grupos. A continuación les presenté posibles acciones a realizar con los usuarios, en función de la clasificación de los grupos.

- Para el grupo A propuse que realizaran más actividades ya que era el grupo que menos participación presentaba por falta de propuestas. Las acciones que propuse fueron:
  - Favorecer la estimulación sensorial escuchando música de su época y/o clásica cada día o determinados días a determinadas horas, así como colocar diferentes aromas en la sala a determinadas horas del día.
  - Elaborar extractos ambientales biográficos.
  - Potenciar que los usuarios de este grupo salieran más a menudo a la terraza cuando el resto de grupos lo hicieran.
- Para el grupo B, como eran los usuarios que más participaban, propuse que hicieran un calendario, ya que no tenían ninguno adecuado a sus limitaciones visuales.
- Para el grupo A-B, como solían hacer actividades individuales con los profesionales, debido a su alto deterioro cognitivo, propuse implicar más a las familias para que pudieran realizar más actividades fuera del Centro con ellos.
- Para el grupo C, como eran usuarios que solían participar poco en actividades del Centro, propuse actividades más específicas para ellos, potenciando salidas a ambientes más normalizados (cafeterías) con mayor frecuencia para que mantuvieran sus habilidades comunicativas.
- Para el grupo D es el que realizaba una vida bastante activa fuera del Centro y por ello propuse hacerles más participe en actividades que se hicieran en la comunidad, además de hacer de nexo entre el Centro y la comunidad informando de actividades de interés para el Centro en la localidad.

Una vez establecidas las propuestas de esta BP, me reuní con todo el equipo profesional para informarles de las acciones para que tuvieran conocimiento de lo que se iba a hacer, así como poder valorar sus opiniones al respecto.

El aspecto final a considerar es que el equipo técnico consensuó con los usuarios de los grupos B, C y D las propuestas consideradas para ellos, siempre respetando el derecho de no participar si no querían. Mientras que las propuestas de las acciones de los grupos A y A-B fueron consensuadas con las familias, a medida que venían al Centro.

6.2.4.5. Diferenciación de usuarios por grupos según las dimensiones básicas de capacidad personal

Como el equipo no aplicaba ninguna clasificación de grupos según las dificultades para la participación derivadas de la heterogeneidad de los usurarios en el Centro, propuse al equipo técnico hacer una diferenciación de grupos para así poder generar contextos en los que los usuarios puedan participar. Para ello, el equipo tuvo que pensar bien las características y necesidades de los usuarios.

Los usuarios que se adscribieron a un mismo grupo presentaban características semejantes entre sí. Por este motivo esta clasificación permitió con mayor facilidad encontrar respuestas a sus dificultades para la participación. De esta forma se pudieron mejorar las actividades existentes y proponer de nuevas, así como establecer nuevas relaciones entre los residentes.

Por otra parte me pareció interesante esta manera de clasificar a los usuarios para que, además de servir de guía a los actuales profesionales, posteriores profesionales que puedan trabajar en el Centro dispongan de un documento que, únicamente con leer el grupo de la clasificación asignado a cada usuario, puedan reconocer el nivel de dependencia/independencia y heteronomía/autonomía de cada uno de ellos.

Esta clasificación tiene en cuenta dos dimensiones básicas de capacidad personal: independencia y autonomía, las mismas que propone la I parte de la Guía de BBPP (Bermejo, 2009). Esta I parte de la Guía comenta que si se cruzan ambas dimensiones se diferencian cuatro grupos:

> 1º Personas con baja Autonomía moral (mayor heteronomía) y baja Independencia funcional (mayor dependencia) –Ana.
>
> 2º Personas con alta Autonomía moral y baja Independencia funcional (mayor dependencia) – Consuelo.
>
> 3º Personas con baja Autonomía moral (mayor heteronomía) y alta Independencia funcional – Baltasar.
>
> 4º Personas con alta Autonomía moral y alta Independencia funcional –Diego.
>
> (Bermejo, 2009, pp.57-58)

En el caso particular del Centro, según el criterio de los profesionales que establecieron la clasificación, optaron por añadir otro grupo que fue el de baja autonomía y media independencia[9]. En las siguientes tablas se muestran las clasificaciones de los usuarios por grupos propuestas por la Guía (Tabla 7) y por el Centro (Tabla 8).

Alta autonomía moral	Consuelo	Diego
Baja autonomía	Ana	Baltasar
	Baja independencia	Alta independencia

Tabla 7. Clasificación propuesta por la Guía de BBPP.

Alta autonomía moral	Grupo C		Grupo D
Baja autonomía moral	Grupo A	Grupo A-B	Grupo B
	Baja independencia	Media independencia	Alta independencia

Tabla 8. Clasificación propuesta por los profesionales de la Residencia Nord Egara.

A continuación se detallan las características[10] de cada grupo propuesto en el Centro.

1) Personas con baja autonomía moral (mayor heteronomía) y baja independencia funcional (mayor dependencia) – Grupo A.

- Son personas con un alto deterioro cognitivo y funcional. Es decir, son personas muy frágiles que no poseen capacidad para gestionar su vida ni para tomar

[9] Baja autonomía implica mayor heteronomía y baja independencia implica mayor dependencia.

[10] Las características de los grupos contemplados en el Centro se basan en las características de los grupos propuestos en la I parte de la Guía (Bermejo, 2009).

decisiones. A veces sólo pueden comunicarse manifestando (des)agrado, (dis)conformidad o preferencias.

- Dependen siempre de otras personas para satisfacer sus necesidades más elementales.
- A medida que se agrava su situación y pierden capacidades, requieren más cuidados que apoyos, llegando a ser éstos de gran intensidad.

2) Personas con baja autonomía moral y media independencia funcional – Grupo A-B.

- Son personas con dificultades severas para decidir sobre aspectos de su vida aunque tienen capacidad para llevar a cabo elecciones simples, manifestar preferencias, (dis)conformidad y (des)agrados.
- Dependen siempre de otras personas para satisfacer sus necesidades más elementales. Pero a diferencia del grupo A, éstos requieren más apoyos que cuidados.

3) Personas con baja autonomía moral (mayor heteronomía) y alta independencia funcional – Grupo B.

- Son personas con dificultades severas para decidir sobre aspectos de su vida aunque tienen capacidad para llevar a cabo elecciones simples, manifestar preferencias, (dis)conformidad y (des)agrados.
- Pueden desarrollar por sí mismas algunas actividades de la vida diaria. Estos residentes suelen necesitar motivación, apoyo y supervisión, más que cuidados.

4) Personas con alta autonomía moral y baja independencia funcional (mayor dependencia) – Grupo C.

- Son personas que tienen capacidad para mantener el control de su vida, tomar decisiones, y por tanto, para tener una participación activa en el Centro.
- Necesitan apoyos de diferente estilo e intensidad para realizar las actividades de la vida diaria.

5) Personas con alta autonomía moral y alta independencia funcional – Grupo D.

- Son personas que poseen capacidad para mantener el control de su vida, tomar decisiones y gestionar su vida, y por tanto, para tener una participación activa en el Centro.
- No necesitan apoyos ni cuidados.

Mediante aplicación telemática facilité a los profesionales del equipo técnico las las características de cada grupo que se estableció junto con los nombres de los usuarios que integraban cada grupo, con el propósito que esta información estuviera accesible en el Centro. Además les comenté que esta clasificación de grupos la deberían revisar cada 3 meses con el objetivo de valorar la evolución de los usuarios y en caso de haber cambios, reorganizarlos en otros grupos.

La clasificación establecida en el Centro permitió potenciar y mejorar las diferentes acciones y/o actividades, así como proponer de nuevas.

6.2.4.6. Ampliación de las actividades de los diferentes grupos de usuarios.

6.2.4.6.1. Acciones y seguimiento para los usuarios del grupo A

Este grupo es el que menos participación tenía en el Centro, razón por la que propuse diferentes acciones para desarrollar con ellos. Debido a su alto nivel de heteronomía y dependencia, los usuarios de este grupo no participaron directamente realizando las actividades propuestas, sino que fueron partícipes de ellas recibiendo su resultado, siendo los profesionales los responsables de realizar las acciones propuestas descritas en este apartado.

Antes de establecer la nueva clasificación de usuarios, los pertenecientes al actual Grupo A ya estaban separados del resto de residentes debido al deterioro cognitivo severo que presentaban. En su día, el equipo ya pensó que la sala debía presentar un estímulo sensorial. Por eso, esta sala ya disponía de un televisor donde se pasaban durante prácticamente todo el día imágenes de paisajes, animales, entre otras temáticas, acompañadas de música relajante. Al percatarme de tal cosa, propuse al equipo nuevas propuestas para este grupo. Éstas fueron**:**

1. Escuchar música de la época y aromaterapia

Propuse al equipo técnico que, junto con el pase de imágenes televisivas que ya disponía la sala, combinaran sesiones de música de la época y sesiones de aromaterapia.

El primer paso que propuse fue que los profesionales del equipo técnico elaboraran y consensuaran un horario semanal donde se combinaran estas actividades. La propuesta inicial que elaboraron fue pobre a mi juicio ya que dedicaban poco tiempo a las actividades y las desarrollaban por separado, sin combinarlas entre ellas.

Esta propuesta inicial consistía en: lunes y jueves por la tarde aromaterapia y el resto de días por la tarde música de la época. A partir de esta propuesta inicial del equipo elaboré un programa más completo con estas actividades, destinándoles más tiempo y combinándolas entre ellas. Esta última propuesta se la volví a presentar a los profesionales para que la valorasen.

El programa que les presenté fue el siguiente:

	Lunes	**Martes**	**Miércoles**	**Jueves**	**Viernes**	**Sábado**	**Domingo**
10:30-12-30	Música época	Imágenes + AT	Música época	Imágenes + AT	Música época	Imágenes	Música época
15:30-17:30	Imágenes + AT	Música época	Imágenes + AT	Música época	Imágenes + AT	Música época	Imágenes

Tabla 9. Actividades programadas de aromaterapia (AT), música de la época e imágenes para el grupo A.

Los profesionales que quisieron responsabilizarse de esta nueva propuesta fueron:

- Mañanas de lunes a viernes: el fisioterapeuta.
- Tardes de lunes y jueves: la educadora social.
- Mañanas de fines de semanas y el resto de tardes: las gobernantas de turno.

En el transcurso de la valoración de mi propuesta por parte del equipo técnico surgieron diferentes acciones que se podrían llevar a cabo en esta sala:

1. Poner noticias de 8:30 a 10:30 de lunes a viernes para mantener a los usuarios en contacto con la realidad.
2. Personalizar la actividad de escuchar música, consensuando en detalle los gustos musicales de cada usuario. Para ello, la educadora social elaboraría una historia musical de los usuarios de la planta, preguntando a sus familiares las preferencias musicales de los residentes.

En el seguimiento de esta acción he de destacar que fue bien aceptada por los familiares que fueron informados de la propuesta para poder ser desarrollada. A pesar de estar planificada, hasta el cierre de la valoración del trabajo (primera semana de

junio del 2013) todavía los profesionales no la habían llevado a cabo (a esperas que adquieran el material necesario).

2. Potenciar salidas a la terraza a finales de primavera-verano hasta principios de otoño

Las salidas a la terraza ya se desarrollaban esporádicamente en el Centro, siempre y cuando el tiempo atmosférico lo permitiera.

Por tanto el aspecto que propuse mejorar con el equipo técnico fue que los usuarios del grupo A pudieran salir más veces a la terraza junto con los de los grupos A-B, B y C, mientras éstos realizasen actividades. De esta forma podrán disfrutar del aire libre y del sol, recibiendo más estímulos externos.

En el seguimiento de esta acción también he de comentar que tampoco pudo ser valorada, ya que hasta la primera semana de junio todavía no se había desarrollado en el Centro.

3. Desarrollar extractos ambientales biográficos (Martínez, 2011)

Esta idea fue de nueva incorporación en el Centro. Los extractos de biografías tienen especial interés para estos residentes ya que por su elevado deterioro cognitivo y sus limitaciones importantes de comunicación no pueden expresarse. Por tanto, es fácil que su historia de vida sea obviada con facilidad. Por ello, esta nueva acción sirve a quienes les atendemos (no sólo al equipo de atención directa, sino también al de limpieza) y a familiares de otros residentes para que reconozcan y no olviden que estos usuarios también tienen historia y trayectoria de vida.

Para el desarrollo de esta nueva propuesta me reuní con todo el equipo técnico y les expliqué la manera en cómo podríamos proceder para la realización de esta acción, aunque he de destacar que la persona que se responsabilizaría de realizarla sería la educadora social. La manera de proceder sería primeramente explicar a las familias en qué iba a consistir la nueva propuesta y preguntarles si estarían de acuerdo en poner estos extractos biográficos en la sala donde su familiar pasa la mayor parte del día. En caso que las familias aceptasen, la educadora social les pediría que hicieran una historia de vida muy resumida del familiar, preguntándoles principalmente aspectos como el lugar de nacimiento, las ocupaciones profesionales, los familiares que tiene (hijos, nietos, biznietos), y sus gustos y aficiones. El contenido de cada extracto biográfico

variaría para que fueran más diversas entre ellos. Una vez la educadora social tuviera la historia de vida resumida por parte de los familiares, la elaboría en cartulinas y las colocaría en un lugar visible de la sala.

Esta propuesta presentó plena conformidad por parte de los familiares que fueron informados ya que la encontraron original y adecuada. No se ha podido realizar el seguimiento de esta acción ya que al finalizar el presente trabajo no se había comenzado a poner en práctica (a esperas de ser implantada en julio).

6.2.4.6.2. Acciones y seguimiento para el grupo A-B

Debido al alto deterioro cognitivo de los usuarios de este grupo, al equipo le era difícil hacer actividades grupales en que la participación de éstos fuera efectiva. Por eso el equipo técnico solía hacer actividades individuales con ellos.

Como tendencia general, los profesionales me constataron que las familias de estos usuarios únicamente les visitan a modo de compañía en el Centro, siendo pocos familiares los que realizaban alguna actividad con ellos en el exterior.

Al tener conocimiento de esta información, propuse al equipo como complemento a las actividades individuales que ellos realizaban, que hablaran con los familiares de estos usuarios cuando vinieran a visitarlos para promover que realizaran actividades individuales con sus familiares fuera del Centro, como por ejemplo ir a pasear o tomar algo.

En el seguimiento de esta acción he de destacar que los profesionales la desarrollaron con muy pocas familias de los usuarios.

6.2.4.6.3. Acciones y seguimiento para el grupo B

Estos usuarios son los que más participaban en las actividades que proponía el Centro. Por tanto, propuse a la educadora que hicieran como complemento a sus actividades un calendario adaptado a sus limitaciones visuales y que lo pusieran en la sala polivalente (ya que hasta ahora no tenían ninguno). Un usuario del grupo C o D se encargaría de actualizar el día y el mes del calendario.

En un principio, propuse a la educadora que imprimiera hojas con cada número del mes y con cada mes del año para que los usuarios las pintaran. En cambio, la educadora fue quien realizó la elaboración del calendario al completo porque no quería sobrecargar a los usuarios con más actividades de pintura, especialmente con ésta que

requería bastante inversión de tiempo para realizarla. Por este motivo, la propuesta que fue inicialmente planteada para el grupo B no la elaboraron ellos.

Esta nueva propuesta se comenzó a poner en práctica en abril del 2013. Se decidió hacer responsable del calendario a una usuaria del grupo C que nunca participaba ni se implicaba en las actividades del Centro, aceptando de buen agrado la nueva propuesta.

6.2.4.6.4. Acciones y seguimientos para el grupos C

Estos usuarios solían tener un nivel de participación escaso en las actividades del Centro. Por este motivo propuse:

- Potenciar que hicieran más salidas grupales al exterior con otros usuarios del mismo grupo (ir a una cafetería o a un bar), para que puedan tener conversaciones sobre la actualidad o cualquier otro tema que les interese. Para incentivar la realización, de esta propuesta, existe la posibilidad algún profesional del equipo técnico los acompañe.
- Colaborar con el equipo a decorar la sala (por ejemplo inflar globos, ayudar a decorar la sala) cuando se celebren los cumpleaños de los residentes.

En el caso de la primera acción, los usuarios de este grupo mostraron interés en ella e incluso formaron con la ayuda de la educadora un grupo para poder salir a tomar algo y conversar. A pesar de ello, los profesionales todavía no han promovido esta actividad.

En el caso de la segunda acción de colaboración de estos usuarios con los profesionales, el equipo promovió algunos aspectos, como decorar la sala, pero otros no, como inflar globos.

6.2.4.6.5. Acciones y seguimiento para el Grupo D

Los usuarios del grupo D son usuarios que mantienen una vida activa fuera del Centro y principalmente se benefician de los servicios de comedor, fisioterapia, asistencia médica y enfermería.

Estos usuarios ya participaban (algunos más que otros, en función de su predisposición) de forma activa en el centro antes de mi intervención. Algunas de las acciones que éstos ya realizaban eran:

- Comprar determinadas piezas de comida si el Centro se quedaba sin previsiones a última hora, sin que supongan una carga de peso para ellos.
- Ir a correos a recoger correspondencia.
- Acompañar a algunos residentes en silla de ruedas del comedor (planta 1) a la sala polivalente (planta 0).
- Poner y quitar la mesa.
- En algunas ocasiones comprar la tarta de los cumpleaños.

Al saber que a estos usuarios se les asignaban determinadas tareas, propuse a los profesionales que siguieran potenciando este aspecto siempre y cuando los usuarios quisieran. Algunas de las nuevas acciones que propuse para promover fueron:

- Informar al equipo acerca de determinadas actividades que se hagan en la localidad y que pudieran interesar al resto de usuarios.
- Ser informados por la educadora social de las actividades que se hagan en la comunidad para tener más posibilidades de participación y relación.
- Colaborar junto con el equipo en la decoración de los cumpleaños, por ejemplo inflando globos.

Las dos primeras actividades fueron bien aceptadas de forma voluntaria por los usuarios de este grupo. Respecto a la segunda propuesta, la educadora me comentó que está pendiente de hacerla ya que está a la espera de conocer las nuevas actividades que propondrá el ayuntamiento. La última propuesta no se llevó a cabo debido a que los usuarios de este grupo (dos), al ser usuarios autónomos tanto física como moralmente, generalmente no hacían vida en el Centro, por lo que no solían asistir a la celebración de los cumpleaños.

6.2.4.7. Valoración

Como el Centro está en proceso de implantación de la mayoría de las propuestas presentadas en esta BP, durante los siguientes meses se tendrán que ir evaluando los resultados e ir introduciendo posibles cambios si fueran necesarios.

Las principales complicaciones que aparecieron en esta BP derivaron de los siguientes hechos:

- Requirió más tiempo de lo esperado para empezar a implantarse determinadas acciones, principalmente porque el equipo técnico no estaba al completo en

todas las reuniones que se mantuvieron, debido a la incompatibilidad horaria entre ellos.

- Tuve que reunirme varias veces con el equipo con el fin que las propuestas avanzaran, principalmente porque la BP estuvo integrada por varias acciones.

A pesar que lo más adecuado hubiese sido que el equipo técnico hubiese estado presente al completo en todas las reuniones, cada uno de los profesionales del equipo técnico fueron informados en persona o mediante correos electrónicos de todas las decisiones que se tomaban en las reuniones que se ausentaban.

Desde el momento que se estableció esta clasificación se propusieron nuevas formas de participación a algunos usuarios que no solían participar. Haber hecho esta diferenciación de grupos ha servido a algunos miembros del equipo para modificar algunas actividades ya implantadas en el Centro, y modificarlas para tener más en cuenta a los usuarios del grupo A. Esta clasificación de los usuarios aportó a los profesionales que pudieran realizar actividades más específicas tales como ir a tomar café con usuarios de un mismo grupo que no solían participar en ninguna actividad. En otros casos, también permitió poder hacer actividades más específicas con un mismo grupo de usuarios, sin interferencias de usuarios de otros grupos, permitiendo mejorar algunas actividades y hacerlas más efectivas, tal como comentaron los profesionales. Esta clasificación también permitirá valorar posibles evoluciones de los usuarios y reorganizar, si es necesario, los diferentes grupos.

El aspecto negativo a destacar del equipo fue en la segunda parte de la BP, en especial con algunos grupos de usuarios (A, A-B y C). Para las acciones para el grupo A, a pesar que se habían determinado las acciones a realizar con 6 semanas de antelación al cierre del trabajo, el equipo a principios de junio todavía no las había puesto en práctica, presentando lentitud para llevarlas a cabo. Los motivos que me dieron del porque no habían llevado a cabo las acciones fueron: en la primera propuesta estaban pendientes de comprar los aromas; en la segunda propuesta me comentaron que los aspectos climatológicos no eran los adecuados para que los usuarios salieran a la terraza (ya que es una cuarta planta y hace bastante viento); y en la tercera propuesta la educadora social todavía no había realizado todos los extractos biográficos de estos usuarios (principalmente porque no disponía de toda la información necesaria para realizarlos).

En el caso del grupo A-B, a pesar que en un primer momento por parte de los profesionales fue bien aceptada, no implicaron suficiente a las familias por miedo a que éstas malinterpretaran la propuesta, pudiendo pensar que su presencia en el Centro no era bien recibida ya que se les animaba a salir del Centro con sus familiares. Para las propuestas del grupo C, a pesar de ser aceptadas y consensuadas por los usuarios, transcurrido un mes y medio desde que se propusieron todavía no se contempló la posibilidad de realizarlas, no centrando la atención en el usuario y haciendo prevalecer los intereses profesionales. El motivo que los profesionales dieron fue que al beneficiarse pocos usuarios de estas actividades no podían dedicarle una gran parte de su tiempo, restándoselo al resto de usuarios.

Mi intervención en esta BP, a partir de las diferentes propuestas, sirvió para que surgieran más iniciativas por parte de los profesionales para disponer de espacios más diversos para realizar actividades ya implantadas en el Centro. En concreto permitió comentar entre los profesionales, incluido el director técnico, aspectos a mejorar respecto la terraza del Centro para poder mejorar algunas actividades. De esta forma se planteó acondicionarla para protegerla de las inclemencias del tiempo y poder incrementar el periodo de actividades en ella. También se presentó la posibilidad de adquirir más mesas para la terraza con el objetivo que más usuarios pudieran realizar más actividades en ella. Además, un aspecto positivo derivado de mi intervención fue que el equipo valoró y consideró en mayor medida propuestas procedentes de los usuarios. En concreto, el equipo tuvo en cuenta la propuesta de una usuaria del grupo C (que generalmente nunca participaba) para realizar una actividad grupal (con usuarios del C y uno del D) en el exterior: ir a unas cavas de Sant Sadorní d ´Anoia.

6.2.5. BP 5. Decidir el menú el día de su cumpleaños

6.2.5.1. Objetivo

- Promover la capacidad de elección del usuario mediante la selección del menú el día de su cumpleaños.

6.2.5.2. Responsables

Educadora social, psicóloga, enfermera y trabajador social.

6.2.5.3. Antecedentes en el Centro

Previamente a la propuesta de esta BP, el Centro no contemplaba la posibilidad que los usuarios pudieran elegir el menú el día en que cumplían años.

Cabe destacar que en el Centro, en concreto la enfermera como profesional encargada de elaborar los menús, ya los elaboraba teniendo en cuenta los requisitos nutricionales y algunas de las preferencias culinarias de los residentes. La enfermera elaboraba 5 menús semanales diferentes y éstos se alternaban rotando cada semana de forma ordenada durante una misma temporada (equivalente a cada estación del año). Cada vez que cambiaba la temporada, la enfermera modificaba 3-4 platos del menú de la temporada anterior y añadía de nuevos.

6.2.5.4. Nueva propuesta

La nueva propuesta presentada al equipo fue que los usuarios en la medida de sus capacidades y deseos, pudieran elegir el menú el día de su cumpleaños potenciando así la capacidad del usuario de escoger, si ellos quieren, haciéndoles sentir protagonistas ese día.

6.2.5.5. Metodología de desarrollo

Esta BP la tuve que realizar en paralelo con dos grupos separados de responsables, ya que por incompatibilidad horaria entre ellos no los pude reunir a todos juntos en ninguna ocasión. Por tanto, para planificar esta BP me reuní, por una parte, con la enfermera, y por otra parte con la psicóloga, la educadora social y el trabajador social, consensuando los puntos tratados después de cada reunión con el otro grupo de responsables no presentes.

Primeramente me reuní con la enfermera, ya que era la responsable de elaborar los menús y quién debía aceptar en un primer momento que se desarrollara esta BP. Le expliqué en qué consistía y el objetivo que pretendíamos conseguir con esta BP, así como si le parecía bien desarrollarla en el Centro, aceptando la propuesta desde un principio. A continuación, entre las dos estuvimos aportando diferentes ideas de cómo llevar a cabo la propuesta.

El siguiente paso fue reunirme con la educadora social, la psicóloga y el trabajador social explicándoles en qué consistía la BP propuesta y, análogamente a la

enfermera, aportaron ideas para el desarrollo de esta BP. Otro motivo por el que me reuní con estos tres profesionales fue poder obtener información sobre la capacidad de elección que tenían los diferentes grupos de usuarios, para así poder planificar esta BP en función de si podían decidir por si solos el menú, si necesitarían una ayuda (como por ejemplo una carta de menú) o si directamente se les preguntaría a los familiares o gerocultoras por las predilecciones gastronómicas de los usuarios.

Con la información obtenida de todos los responsables de esta BP, definí una planificación. Para proceder con esta BP se recurrió a la clasificación de los usuarios por grupos, descrita previamente en la BP 4 "Cauces de participación de los usuarios".

Una vez establecida la planificación de cómo desarrollar la BP, me volví a reunir con todos los responsables para presentársela con el objetivo que la valorasen y se ultimaran algunos detalles. Una vez estuvieron de acuerdo con la manera de proceder de esta BP, me reuní con el resto del equipo del Centro presentándoles la planificación con la intención que tuvieran conocimiento de ella y la valorasen.

La manera que se acordó con los responsables de esta BP de proceder cada vez que hubiera un cumpleaños (ya que no hubo objeciones por parte del resto del personal) fue la siguiente:

1. La primera semana de mes se preguntaría a los usuarios que cumplen años ese mismo mes (exceptuando a los del grupo A) si les gustaría escoger el menú el día de su cumpleaños y así poder determinar los platos que les gustaría comer para ese día (primero, segundo y postre). Para lograr esto, diferencié tres maneras de proceder en función de la clasificación de grupos establecida para los residentes:
    1. Para los grupos D y C, los residentes escogerían el menú por sí solos. En ambos grupos la educadora social o psicóloga preguntarían directamente a los residentes qué les gustaría comer de menú, anotando sus preferencias y pasándole la información a la enfermera.
    2. Para los residentes del grupo B, en función de si presentaban más o menos capacidad de elección, la educadora social o psicóloga procederían de diversas maneras. Primeramente se intentaría que los residentes escogieran el menú por si solos. Si tuvieran dificultades para hacerlo, se les mostraría una carta de menú (elaborada por la enfermera y escrita con letra grande por la educadora social), con platos novedosos que no solían comer, incluyendo 6 primeros platos, 6

segundos platos y 4 postres. En caso de tener dificultades de visión, se leería la carta a los residentes.

3. En el caso de los residentes del grupo A-B, la educadora social o la psicóloga les leería la carta. Los residentes pertenecientes a este grupo que no fueran capaces de escoger con la ayuda de la carta, se procedería como con los residentes del grupo A.
4. Para el grupo A, el trabajador social preguntaría a los familiares o a la persona de referencia sobre las preferencias culinarias del residente. En caso que la relación con los familiares o la persona de referencia no fuera buena, el trabajador social consultaría a las gerocultoras sobre los platos que más le gustaran al residente, ya que ellas están presentes en las comidas y conocen sus preferencias.

2. Una vez seleccionados los platos, la enfermera elaboró la propuesta del menú escogida por el residente. En el caso de los grupos D y C, la enfermera debe aceptar el menú propuesto por los residentes para comprobar que se adecue a los requisitos nutricionales.
3. Un par de días antes del cumpleaños, la educadora social pondría en la pizarra del comedor el nombre del residente que cumple años y el menú escogido para ese día.

Finalmente me reuní con el resto de profesionales para dar a conocer la BP y tener en cuenta su valoración.

6.2.5.6 Seguimiento

Esta BP fue implantada en mayo del 2013. En el momento que se presentó esta BP a los usuarios para que tuvieran conocimiento de ella y valorar su aceptación, surgieron disconformidades por parte de algunos de ellos, ya que no aceptaron la idea que otros usuarios determinaran los platos a comer esos días señalados. Ante este primer percance, yo junto con el equipo (especialmente trabajador social y psicóloga) hablamos con los usuarios que presentaron reticencias ante esta propuesta, haciéndoles entender que el día del cumpleaños es un día especial para todos, incluidos ellos, independientemente del estado cognitivo de cada usuario, y que debían ser tolerantes con el resto de usuarios que cumplen años aceptando el menú que escojan, a pesar que hayan platos que gusten más y otros menos. Una vez fue concienciada esta minoría de usuarios y finalmente aceptada la propuesta por todos, se comenzó a desarrollar la BP.

Una vez se implantó la BP en el mes de mayo, volvieron a surgir problemas, pero esta vez con el diseño de la carta, ya que la enfermera propuso platos novedosos que no gustaron a algunos residentes. Una vez detectado el problema, volvimos a reunirnos para decidir que en lugar de platos novedosos, fueran platos más corrientes, que solían comer ellos y que gustaban a la mayoría. Entonces la enfermera volvió a rehacer la carta con 6 primeros platos y 6 segundos platos, dejando los postres iguales que en la anterior carta.

A partir del cambio de carta, las siguientes celebraciones de cumpleaños de usuarios se desarrollaron sin ningún inconveniente, siendo bien aceptadas.

6.2.5.7 Valoración

Esta BP, a pesar que puede parecer una intervención simple, ha conllevado un complejo desarrollo que ha requerido la realización de continuos cambios y modificaciones para poder implantarla.

Las principales complicaciones que esta BP me ha presentado han derivado de los siguientes hechos:

1. Difícil dinámica de comunicación con los responsables, ya que no me podía reunir con todos al mismo tiempo, teniendo que consensuar cambios y opiniones por separado.
2. Necesidad de conocer la capacidad de elección de los grupos de usuarios para poder hacer una correcta planificación.
3. Cambios en las responsabilidades de la enfermera, ya que en un principio iba a responsabilizarse de la metodología definida para los grupos A y A-B, rehusándola en el último momento, debiendo delegar esta acción a otros responsables (trabajador social, educadora social o psicóloga).
4. Diferentes disconformidades por parte de algunos usuarios a la hora de aceptar la BP en sí y la carta de menú propuesta inicialmente. Esto conllevó en el primer caso un proceso de concienciación y tolerancia de estos usuarios por parte de los profesionales y, en el segundo caso, requirió modificaciones de la carta del menú durante la implantación de la BP.

Finalmente, a pesar de las complicaciones anteriormente comentadas, la BP se implantó de forma satisfactoria tanto por parte de los usuarios como de los profesionales. Es importante destacar que para los usuarios que cumplieron años en el

primer mes en que se implantó la BP, ésta fue una sorpresa, pareciéndoles novedoso y a la vez gracioso poder elegir el menú en su cumpleaños.

A pesar de la incompatibilidad horaria entre los profesionales técnicos, su colaboración en la BP ha sido un aspecto relevante para llevarla a cabo, manteniendo el contacto por correo electrónico y consultándoles opiniones durante el desarrollo de esta propuesta.

En primera instancia, los profesionales responsables seleccionados para desarrollar la BP fueron la enfermera y la educadora social. Al percatarme que la carga de trabajo de la educadora social era más elevada que la de otros profesionales (considerando que también se responsabilizaba de otras actuaciones de otras BBPP) decidí, previamente consensuado con el director técnico, que otros profesionales igual de válidos para realizar esta BP participaran en ella, tales como el trabajador social y la psicóloga.

En todo momento el equipo supo centrar la BP en el usuario, intentando hacerle escoger el menú en la medida de lo posible, aspecto complicado debido a que los usuarios del Centro presentaban una alta heteronomía, disminuyendo su capacidad de elección debido a su estado cognitivo. Las diferentes estrategias propuestas para permitir la elección del menú a los usuarios ayudó a solucionar este inconveniente.

Finalmente, esta BP me permitió plantear a los profesionales dos aspectos nuevos y positivos en la dinámica de trabajo del Centro. El primero consistió en que en el momento del ingreso de un usuario el director técnico pregunte a él y/o a la familia sobre sus preferencias culinarias, quedando registrado en su PIAI. El segundo aspecto es que en el momento del ingreso se informe al usuario y/o a la familia que el día de su cumpleaños podrán escoger el menú si quieren.

6.2.6. BP 6. Cauces de participación de las familias

Para esta BP integré dos actividades diferentes:

1. Participación de las familias en los cumpleaños que se celebren en el Centro.
2. Participación de las familias en las salidas extraordinarias que se realicen por la localidad.

Estas dos acciones propuestas presentan los mismos objetivos, responsables y antecedentes, difiriendo en la metodología y el seguimiento.

6.2.6.1. Objetivo

- Implicar más a las familias en la vida del Centro, concretamente participando en la celebración de los cumpleaños y en las salidas al exterior.

6.2.6.2. Responsables

La educadora social y el trabajador social. Propuse a estos dos profesionales y no a otros como los responsable de desarrollar esta BP, potenciando la implicación de los familiares en la dinámica del Centro, porque según el documento de los perfiles profesionales pertenecientes al Departamento de Bienestar Social y Familia (2003), las acciones relativas a esta BP se asocian a las funciones definidas para estos profesionales.

6.2.6.3. Antecedentes en el Centro

Previamente a la propuesta, las familias participaban ocasionalmente en la celebración de los cumpleaños de los residentes (celebrando los cumpleaños de un mismo mes en un único día) y en las salidas lúdicas extraordinarias realizadas por la localidad (aproximadamente 4 veces al año). El principal motivo era que los profesionales no incentivaban a las familias para que se implicaran, ya que únicamente les informaban de ello si estaban en el centro los días previos a realizar estas actividades (sin contactar con ellos expresamente para participar en ellas).

El principal motivo era que los profesionales no informaban a las familias de este tipo de actividades, sin buscar su implicación para participar en ellas. Las familias solamente participaban si por casualidad acudían al centro el mismo día que se realizaba la actividad.

6.2.6.4. Nueva propuesta

Ante la situación de poca participación por parte de las familias de los residentes en las actividades del Centro, propuse a los profesionales que debían intentar implicar más a éstas. Para poder realizar cambios en este aspecto, éstos debían hacerse gradualmente. Por este motivo propuse implicar a las familias en dos actividades lúdicas y de fácil organización: asistir a la celebración de los cumpleaños de los residentes (no únicamente al de su familiar si no al de otros usuarios) y participar como acompañantes

en las salidas extraordinarias que se realizaran al exterior. Respecto a la celebración de los cumpleaños, todos los cumpleaños de un mismo mes se seguirían realizando en un único día.

Estas actividades deberían presentarse a los familiares desde un enfoque lúdico, invitándoles a participar en dichas actividades, disfrutando de ellas con sus familiares, y en ningún caso como soporte a los profesionales.

6.2.6.5. Metodología de desarrollo

Al saber que el Centro implicaba tan poco a las familias en las actividades lúdicas, me reuní con los dos profesionales responsables de la BP para explicarles el objetivo de ésta y la importancia de implicar a las familias en el Centro. Les remarqué que implicar a las familias en estas actividades podría resultar beneficioso para los tres agentes implicadas en la dinámica del Centro (usuarios, familias y profesionales), ya que conllevaría ampliar las oportunidades de relaciones y vivencias, generando vínculos y experiencias positivas y novedosas.

A continuación se detallan las metodologías de las dos actividades por separado.

6.2.6.5.1. Metodología de la participación de las familias en los cumpleaños

Una vez concienciados los responsables de la necesidad de implicar a las familias en la celebración de los cumpleaños de los usuarios, les presenté mi propuesta inicial de cómo proceder en esta BP:

1. La educadora social llamaría a las familias de los usuarios que cumplan años ese mes para informarles que pueden acudir al Centro a celebrarlo con su familiar. De esta manera, la responsable podría conocer la disposición de las familias para participar en la actividad.
2. Además de intentar implicar a las familias de los residentes que cumplan años, el trabajador social y la educadora social informarían a las familias del resto de usuarios sobre la celebración de los cumpleaños de ese mes y que estaban invitados a participar. Estos responsables informarían a las familias a medida que acudieran al Centro, registrándolos en una lista en caso que aceptaran participar en la actividad.

Los dos responsables de la BP no estuvieron completamente conformes con el segundo punto mi propuesta inicial porque lo consideraron demasiado formal, pudiendo comprometer a las familias a participar en la actividad debido al registro de los posibles

asistentes en una lista. Por tanto, los dos profesionales responsables propusieron modificar esta propuesta de tal forma que, en lugar de elaborar la lista, se colocaría en la entrada del Centro una cartulina llamativa, capaz de captar la atención de las familias, informando del evento.

Ante esta nueva alternativa adoptada, donde no se informarían a los familiares directamente, hice hincapié en hacerles entender a estos dos profesionales que deberíamos de dar la oportunidad a las familias para implicarse en el Centro, ya que ellas también forman parte de él. Para potenciar este aspecto, propuse que cada vez que vinieran los familiares al Centro, además de la presencia de la cartulina, los responsables informarían del evento personalmente a las familias, con anterioridad suficiente (aproximadamente un par de semanas antes), invitándolos a participar, sin realizar ningún tipo de registro en ninguna lista.

6.2.6.5.2. Metodología de la participación de las familias en las salidas extraordinarias

La planificación de esta actividad fue análoga a la de la participación de las familias en los cumpleaños, presentando como única excepción que las familias no serían contactadas ni informadas por teléfono. Por lo tanto, únicamente se les informaría en el momento que accediesen al Centro, en persona por uno de los responsables y mediante una cartulina llamativa informativa colocada en la entrada. Es importante destacar que, al igual que en la actividad del cumpleaños, las familias deberían ser informadas con anterioridad (2-3 semanas) para que pudieran organizarse y participar en la actividad.

Una vez establecida la planificación de las metodologías de las dos acciones que integran la BP, me reuní con todo el equipo del Centro presentándosela, con la intención que tuvieran conocimiento de ella y la valorasen.

6.2.6.6. Seguimiento

En cuanto a la participación de las familias en los cumpleaños de los residentes, la actividad se empezó a aplicar desde mayo, iniciando la fase de contactar (por teléfono) e informar a los familiares de los usuarios que cumplían años ese mes. En este primer mes de puesta en práctica de la actividad, la fase de implicar al resto de familias para que participaran en la celebración de los cumpleaños no se inició, sólo se colocó la

cartulina sin informarles en persona para que vinieran. El motivo que me dieron los dos responsables de la BP por el que no realizaron esta acción fue que hacía poco (sólo un mes) que habían comenzado a implantar la BP y que necesitaban más tiempo para organizarse y desarrollar todas las acciones, por lo que en los próximos meses irían potenciando este aspecto. La respuesta de los familiares ante la petición de participación fue positiva. En el primer mes incluso sorprendió que un familiar trajera regalos a las tres residentes que cumplían años, sin ser familiar de dos de ellas.

En cuanto a las salidas lúdicas no pude realizar un seguimiento de esta propuesta porque al finalizar el TFM todavía no se había organizado ninguna salida lúdica extraordinaria (se realizarán un promedio de 4 veces al año).

6.2.6.7. Valoración

Respecto a la participación de las familias en los cumpleaños de sus familiares, la propuesta ha sido bien aceptada, obteniendo resultados positivos desde el inicio de la implantación de la actividad, ya que muchas familias se implicaron a participar. Al saber que los cumpleaños se celebraban los miércoles por la mañana, posiblemente no permitiendo que muchos familiares asistieran (debido a trabajos, tareas domésticas u otras actividades), comenté a los profesionales técnicos que en caso que la participación de las familias fuera escasa, podrían probar de celebrar los cumpleaños por la tarde. El motivo que los profesionales técnicos me dieron por el que celebraban los cumpleaños por la mañana es que había mayor presencia de ellos en comparación con la tarde, constatando con este aspecto que centraban poco la atención en los usuarios, haciendo prevalecer los criterios profesionales. Otro aspecto negativo a destacar es que los responsables de la BP, al finalizar el seguimiento de ésta, todavía no habían potenciado la implicación de las familias, ya que únicamente avisaban a las familias de los usuarios que cumplían años y algunas familias de confianza (tres más), y colocaban a modo informativo una cartulina anunciando las celebraciones de los cumpleaños sin establecer contacto personal con el resto de familias.

Al concluir el TFM, la actividad de participación de las familias en las salidas extraordinarias todavía no estaba en proceso de implantación, por lo que no se pudo extraer una valoración.

6.2.7. BP 7. Participación del usuario y la familia en la reunión del PIAI (Plan Individualizado de Atención Integral)

6.2.7.1. Objetivo

- Implicar a los usuarios y las familias en las reuniones de los PIAIs.

6.2.7.2. Responsables

Todo el equipo profesional.

6.2.7.3. Antecedentes en el Centro

A pesar que en el año 2001 ICASS (Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales) ya proponía en su documento “Modelo de atención a personas mayores en residencias asistidas” que “el plan individualizado de atención integral (PIAI) individualizado y personalizado para cada uno de los residentes, elaborado de manera interdisciplinar y participado por el propio residente y/o su familia constituye el elemento básico de las intervenciones asistenciales del centro", los profesionales del Centro nunca se plantearon la opción que los usuarios y/o familiares participaran en el PIAI. Los PIAIs en el Centro estaban centrados en el usuario pero desde la perspectiva de los profesionales, sin consensuar necesidades, objetivos ni propuestas de intervención con los usuarios y/o sus familias.

3.2.7.4. Nueva propuesta

El aspecto nuevo que propuse introducir en el Centro fue incorporar y facilitar la participación de los usuarios y de sus familias en el desarrollo y revisión de los PIAIs, haciendo hincapié a los profesionales que la participación de los usuarios en los aspectos relacionados con su vida es un derecho. De esta manera se crearían oportunidades para la participación de los tres agentes implicados (usuario, familia y profesionales), permitiendo compartir información, dudas, y consensuar necesidades, objetivos y propuestas de intervención, otorgando un papel protagonista al usuario y permitiéndole decidir sobre aspectos relacionados con su vida.

3.2.7.5. Metodología de desarrollo

Primeramente contacté con el equipo mediante aplicación telemática, explicándoles los objetivos de la BP y adjuntándoles dos documentos: el documento donde les expliqué los beneficios que conlleva implicar a los usuarios y a sus familiares en los PIAIs (ver anexo 3) y el “Modelo de atención a personas mayores en residencias asistidas” (ICASS, 2001), indicándoles los apartados más relevantes para considerar en la propuesta, ya que este documento avala mi objetivo. Estos apartados fueron el 4 y el 6.2 donde se comenta respectivamente que "el plan individualizado de atención integral (PIAI) individualizado y personalizado para cada uno de los residentes, elaborado de manera interdisciplinar y participado por el propio residente y/o su familia constituye el elemento básico de las intervenciones asistenciales del centro" y que “en la elaboración del PIAI debe participar también la propia persona mayor y su familia”.

Una vez facilitada la información de la propuesta por vía telemática, me reuní con el equipo técnico y les presenté mi propuesta inicial, donde usuarios y/o familias estuvieran presentes en las reuniones de los PIAIs, que hasta el momento únicamente realizaban los profesionales. La manera que les propuse de proceder en esta BP fue la siguiente:

1. Los usuarios de los grupos C y D y sus familiares, en caso que quisieran los usuarios, pudieran estar presentes en las reuniones de los PIAIs consensuando junto con el equipo profesional las necesidades, los objetivos y las propuestas de intervención.
2. Las familias de los usuarios de los grupos A, A-B y B pudieran participar en las reuniones junto con los profesionales, adoptando decisiones en común respecto a las necesidades, los objetivos y las propuestas de intervención planteados en los PIAIs, siempre teniendo presente los beneficios y preferencias del usuario.

El equipo técnico estudió esta opción durante una semana y volví a reunirme con los profesionales técnicos presentes en ese momento (trabajador social, psicóloga y fisioterapeuta). Comentaron que la manera de proceder propuesta por mí sería la “ideal” pero que ellos no podían incluir a todos los residentes y a todos los familiares en los PIAIs, ya que sólo se reunían cada 3 semanas para elaborarlos (generalmente los sábados, no pudiéndolo hacer entre semana por incompatibilidad horaria de algunos profesionales del equipo). El equipo me comentó que si se procedía de esta manera se elaborarían y/o revisarían pocos PIAIs, no ajustándose a las directrices marcadas por

inspección. Por tanto, se desechó mi planificación inicial de poder incluir los usuarios y las familias en los PIAIs. Al no ser aceptada esta propuesta por cuestiones organizativas del Centro, en la misma reunión se debatieron los puntos débiles y se aportaron nuevas ideas entre todos. A partir de estas ideas, los profesionales presentaron una segunda propuesta:

Las necesidades, los objetivos y las intervenciones de los PIAIs de cada usuario los decidirían los profesionales sin la presencia de éste ni de su familia, con lo que:

- Respecto a los usuarios de los grupos C y D, los profesionales consensuarían con ellos lo establecido en los PIAIs durante la semana siguiente de su elaboración (teniendo en cuenta que los PIAIs los realizan los sábados).
- Respecto al resto de grupos de usuarios (A, A-B y B), el trabajador social informaría a las familias, por teléfono o en persona, de los objetivos e intervenciones que los profesionales decidieran llevar a cabo con su familiar.

Bajo mi criterio, esta propuesta no presentaba unas condiciones favorables que permitieran promover la participación del usuario y/o de la familia implicándoles en las decisiones del PIAI (especialmente a los usuarios). Por tanto les comenté que nos reuniríamos otro día después de valorar su propuesta.

A partir de lo debatido en la anterior reunión y partiendo de la base de la propuesta inicial, planifiqué una tercera propuesta más acorde con el objetivo de la BP, teniendo en cuenta las consideraciones del equipo.

Transcurridos unos días me volví a reunir con el equipo técnico y les presenté las dos opciones juntas para que pudieran valorar las diferencias. La primera opción fue la que ellos propusieron en la reunión anterior y la segunda opción fue una nueva planificación propuesta por mí (modificación de la planificación inicial que les presenté) consistente en:

- Implicar a los usuarios de los grupos C y D en las decisiones que se tomen en los PIAIs (objetivos y propuestas de intervención), sin considerar a sus familias.
- Para el resto de grupos (A, A-B y B), los profesionales implicarían en las reuniones de los PIAIs a las familias de los usuarios, en la medida de lo posible. Las familias que no pudieran asistir a estas reuniones serían contactadas por el trabajador social, en persona en el Centro o por teléfono, para informarles y consensuar los objetivos y las propuestas de intervención que los profesionales hayan decido para su familiar.

Los profesionales presentes en la reunión (fisioterapeuta, psicóloga y trabajador social) se mostraron más conformes con la segunda opción. Ellos me comentaron que a pesar de ser una mejor planificación, intentar introducir en la medida de lo posible a los familiares en los PIAIs les creaba desconfianza, siendo esta manera de proceder difícil por limitaciones del tiempo dedicado a las reuniones de los PIAIs. Por tanto, al percatarme de esto, les propuse que introdujeran de forma gradual a las familias haciendo una fase piloto con las familias del grupo B. Finalmente entre todos quedó planificada la BP de la siguiente manera:

- En una primera fase, introducirían en los PIAIs a los usuarios de los grupos C y D y a los familiares del grupo B.
- En una segunda fase, introducirían a las familias de los usuarios del grupo A-B en los PIAIs.
- En una tercera fase, introducirían a las familias de los usuarios del grupo A.

Cabe destacar que durante las diferentes fases de implementación de esta BP, las familias de los grupos de usuarios que todavía no fueran consideradas e introducidas en la elaboración de los PIAs, al igual que las que no pudieran acudir, serían informadas por el trabajador social, en persona o por teléfono, con el fin de consensuar los objetivos e intervenciones que los profesionales hubieran creído convenientes para su familiar.

Finalmente me reuní con el resto de profesionales del equipo para informarles de cómo se había acordado en la forma de proceder en esta BP, además de tener en cuenta su valoración.

6.2.7.6. Seguimiento

Esta BP empezó a ser implantada a finales de mayo del 2013, comenzando con una prueba piloto en la que se introdujo a un usuario del grupo C en el PIAI. Esta prueba piloto fue enriquecedora tanto para el usuario como para los profesionales, pero presentó el inconveniente que su realización necesitó más tiempo de lo esperado, retrasando las revisiones de otros PIAIs. Por tanto, el equipo técnico me comentó que no podrían proceder de la manera establecida que se acordó para esta BP y, como alternativa, implicarían a los usuarios del grupo C y D y a las familias del grupo A, A-B, y B en función de las necesidades del usuario y del beneficio que le reportara su propia participación (grupos C y D) o la de su familia (grupos A, A-B y B). Con el resto

de familias que no asistieran a las reuniones se procedería de la manera acordada en la planificación de la BP.

Pasadas dos semanas después de esta prueba piloto, los profesionales del equipo técnico valoraron que haber introducido al usuario del grupo C en la reunión del PIAI tuvo beneficios importantes para su calidad de vida. El equipo pidió al residente que identificara los problemas que tenía en el Centro y cada miembro del equipo técnico consensuó con él los objetivos y las propuestas de intervención que ellos definieron previamente para el usuario, valorando sus criterios y preferencias, con el propósito de llegar a un acuerdo entre ambas partes. En el caso de este usuario, haberlo implicado en la reunión de su PIAI claramente significó un antes y un después en su actitud. Antes de asistir al PIAI este usuario no hacía las AVD por si solo, requiriendo ayuda de las gerocultoras para vestirse y asearse ya que colaboraba muy poco. A pesar que el fisioterapeuta y la terapeuta ocupacional hablaron en múltiples ocasiones con el residente para que aceptara los tratamientos de fisioterapia y terapia ocupacional prescritos para él, éste se negaba. Después de dos semanas desde su implicación en el PIAI, el usuario se vestía por las mañanas y realizaba su higiene bàsica de manera autónoma sin ayuda de las gerocultoras, tal como acordaron él y la terapeuta ocupacional para fomentar su autonomía funcional. Además, asistía al tratamiento de fisioterapia 3 veces por semana. Los resultados de esta prueba piloto fueron publicados por el fisioterapeuta del Centro en el blog “El vell moviment. Fisioteràpia i vellesa” (http://gabriel-liesa.blogspot.com.es/).

6.2.7.7. Valoración

Esta BP presentó dificultades a la hora que el equipo aceptara desarrollar las diferentes propuestas presentadas, ya que los criterios de organización interna predominaron más que los objetivos que pretendía esta BP. A medida que fuí presentando las propuestas de planificación de la BP y obteniendo no conformidades por parte de los profesionales, tuve que ser flexible y proponer alternativas para que aceptaran desarrollarla. El principal motivo de las no conformidades sería el retraso temporal acumulado en la elaboración o revisión de los PIAIs en presencia del usuario o de las familias, aspecto que podría implicar disconformidades por parte de la inspección de la Generalitat de Catalunya.

A pesar de las complicaciones surgidas, el equipo finalmente accedió a implantar los aspectos propuestos en la BP, pero no con la totalidad de los usuarios, no siendo sufuciente como para priorizar la atención centrada en el usuario y la implicación de su participación y/o la de su familia en las decisiones que conciernen a su vida.

A pesar que sólo se ha podido valorar esta BP con un único usuario, el beneficio que reportó respecto a su calidad de vida fue evidente. Este beneficio fue debido a que el usuario tomó parte junto con el equipo en la reunión del PIAI, escuchando y valorando sus opiniones y preferencias. Lo más importante que se derivó de esta BP fue el fomento de la autonomía del usuario, permitiéndole decidir sobre su vida.

Esta BP va a suponer un nuevo enfoque en la forma de actuar de los profesionales, aprendiendo a ser flexibles y tolerantes a la hora de considerar las opiniones de los usuarios y de sus familias. Esta BP implicará a los profesionales un proceso de evaluación de los resultados a medida que se vaya aplicando, precisando cambios si son necesarios y prevaleciendo siempre el beneficio del usuario.

Al igual que en la BP 5 (decidir el menú el día de sus cumpleaños) y en la BP 6 (cauces de participación de las familias), esta BP me permitió introducir un aspecto nuevo y positivo en la dinámica de trabajo del Centro: que en el momento del ingreso, el director técnico informe al usuario y/o a su familia que determinados días al año se realizan reuniones de elaboración o revisión de los PIAIs donde ellos pueden participar.

6.3. BBPP como recomendaciones para la buena praxis en la vida cotidiana del centro

Una vez desarrolladas las BBPP comentadas anteriormente, realicé 3 sesiones de recomendaciones para la buena praxis de los profesionales en la vida cotidiana, basadas en las que propone la II parte de la Guía de BBPP (Bermejo y col., 2009). Seleccioné los contenidos relacionados con cada una de las 3 áreas de mejora consideradas en el presente trabajo (área de ejercicio de los derechos, área de participación y área de entorno físico e integración a la comunidad). Estas sesiones fueron dirigidas a todo el equipo profesional.

Elegí hacer estas sesiones de BBPP como recomendaciones porque creí conveniente que el equipo dispusiera de esta información para poder seguir avanzando en las áreas de mejora en las que habíamos desarrollado las BBPP, una vez finalizara

esta intervención, no siendo el presente trabajo la única medida de mejora que realizara el Centro.

6.3.1. Objetivo de las sesiones

Estas recomendaciones para la buena praxis las utilicé como material didáctico con el objetivo que el equipo reflexionara y se autoevaluara acerca de las formas cotidianas de relación y de actuación que presentan en el Centro, para así poder seguir avanzando en las áreas donde hemos desarrollado las BBPP de mejora.

6.3.2. Metodología de las sesiones

Las diferentes BBPP como recomendaciones propuestas por la Guía se agrupan en diferentes ámbitos que, a su vez, integran cada área de mejora. De todas las recomendaciones propuestas en los diferentes ámbitos de cada área de mejora, tuve que seleccionar las que consideré más interesantes para tratar con el equipo profesional basándome en:

- Los puntos más débiles que presentaba el Centro para que pudieran ser mejorados.
- Las recomendaciones que todos los profesionales deberían tener presente independientemente que las apliquen o no.
- Las indicaciones que no aplican en el Centro pero que se podrían desarrollar.

El tiempo dedicado a cada sesión fue entre 50-60 min, ya que el director técnico me comentó que las gerocultoras no podían ausentarse más tiempo de sus puestos de trabajo.

Las tres sesiones de BBPP como recomendaciones que realicé presentaron una metodología común (ver tabla 10):

Tiempo	Acción
5 minutos	Presenté brevemente los objetivos y el contenido de la sesión. Comenté el estado en que se encontraban las BBPP desarrolladas en el Centro.
10-15 minutos	Entregué a los profesionales una lista de algunas de las recomendaciones para la buena praxis profesional propuestas por la Guía, además de información relacionada con las áreas de mejora a tratar (ver anexos 4A, 4Bb y 4C). Formando grupos de 2 (técnico + gerocultora), tuvieron que marcar en el papel

	las recomendaciones siguiendo los siguientes criterios*: a) “Marcar las formas cotidianas de actuación que si que hacéis en el Centro (Si). De éstas marcar las que podrías mejorar (Si Mej) o las que creéis que no hacen falta mejorar (No Mej)”. b) “Marcar las formas cotidianas de actuación que no hacéis en el Centro (No). De éstas marcar las que podríais realizar en un futuro (Si Fut) o las que pensáis que no se realizarán (No Fut)”. *La aplicación de estos criterios se consideraron previos a mi intervención en el Centro.
35-40 minutos	Entre todos, sin formar grupos, comentaron los diferentes resultados marcados en las recomendaciones, debatiendo entre todos los aspectos a mejorar o no de cada una de ellas. Todo lo comentado por los profesionales fue registrado.

Tabla 10. Metodología de las sesiones de BBPP como recomendaciones.

6.3.3. Resultados de las áreas de mejora

6.3.3.1. Resultados del área de mejora 1: Ejercicio de derechos

En esta primera sesión de BBPP como recomendaciones, se trataron 40 recomendaciones orientadas a poder mejorar en esta área.

De las 40 recomendaciones, el equipo profesional ya realizaba 38. De éstas, valoraron que 24 no hacían falta mejorarlas porque las tenían muy presentes en su práctica profesional, frente a otras 14 que a pesar de aplicarlas las podrían mejorar, obteniendo un ratio de mejora 14:38 (equivalente a un 36,84% respecto al total de recomendaciones que ya realizaban) en caso que se aplicase el criterio de los profesionales. Este resultado bajo demuestra que los profesionales ya integraban en su práctica profesional muchas de las recomendaciones tratadas.

Respecto a las 2 únicas recomendaciones que no realizaban, 1 sí que la han aplicado ya que corresponde a la BP de mejora 7 propuesta en mi intervención, y la otra la podrían llevar a cabo si ampliaran el comedor, lugar necesario para realizar esta recomendación que propone permitir escoger a cada usuario donde sentarse en las comidas, aunque los profesionales sí respetan las afinidades entre usuarios a la hora de escoger donde y con quien sentarse. En este caso el ratio de incorporación de nuevas propuestas fue 1:2 (equivalente al 50% de las posibilidades).

A medida que se iban comentando las recomendaciones presentadas en la sesión, se debatió y se reflexionó sobre muchos aspectos de las formas de actuar de los profesionales en su día a día respecto a esta área. A partir de las recomendaciones, los principales aspectos sobre los que el equipo reflexionó para poder ser mejorados fueron los siguientes:

- Potenciar las capacidades de los usuarios y respetar hábitos de higiene. De este aspecto surgió un pequeño debate entre todos. Las gerocultoras hicieron hincapié en la falta de tiempo para que este hecho sea una realidad, en especial por las mañanas y por las tardes-noches al acostarse los usuarios. El hecho que el Centro incorporara a otro/a gerocultor/a, en especial a las horas punta, facilitaría poder dedicar más tiempo a los usuarios potenciando sus capacidades y respetando hábitos de higiene, así como evitar que por las prisas se les trate de forma despersonalizada.
- Permitir a los usuarios decidir sobre su indumentaria. A pesar que este aspecto se respeta para usuarios con mayor autonomía moral, los profesionales creen que se debería mejorar con los usuarios con más heteronomía, ya que las gerocultoras (en general) suelen decidir la indumentaria de los usuarios que se les pone por las mañanas, sin consensuar previamente si quieren ponerse esa ropa u otra. Por tanto propuse, a todo el equipo, en especial a las gerocultoras, que puedan dar la opción a elegir entre dos o tres prendas, en caso de usuarios con mayor heteronomía. Ante esto, ellas manifestaron la falta de tiempo para dedicar a esta tarea, ya que el Centro quiere que todos los usuarios estén a una determinada hora en el comedor desayunando.
- Permitir al usuario conocer las instalaciones previamente a su ingreso. Este aspecto no se suele aplicar, ya que generalmente quien viene a conocer las instalaciones previamente son los familiares. Por tanto, sería un aspecto a mejorar, el promover que los usuarios que todavía mantienen mínimamente sus capacidades cognitivas, independientemente si son dependientes o no, tengan la posibilidad de conocer las instalaciones.
- No tomar decisiones sin contar con la opinión del usuario. El equipo reflexionó y comentó que esto se suele dar con más frecuencia con personas con más heteronomía, ya que con las personas más autónomas moralmente se suele tener en cuenta sus decisiones. Por ejemplo, surgió el tema de los caminadores, que a veces son prescritos por los profesionales sin tener en cuenta como le puede afectar al usuario su falta de capacidad al tener que utilizar el caminador. Por tanto comenté al

equipo que previamente hay que hablar con el usuario para sensibilizarle al respecto y hacerle entender el beneficio que conlleva, tantas veces como sea necesario.

- Revisar y mejorar el protocolo de sujeciones físicas entre todos. Quedó como tema pendiente para ellos.
- Intentar respetar más la confidencialidad entre usuarios, evitando que los profesionales comenten entre ellos, aspectos de un usuario en presencia de otros usuarios.
- Proporcionar vestido adecuado y adaptado en cuanto a funcionalidad pero respectando los gustos del usuario. En este aspecto comenté al equipo que debían sensibilizar a las familias, especialmente a las de los usuarios con más heteronomía.

De forma añadida, un aspecto que comenté a los profesionales para que tuvieran en cuenta es que al mover a las personas en silla de ruedas se les ofreciera un trato personalizado, mirándolas y comentándoles hacia donde las van a llevar, sin necesidad de abordarlas por detrás. Lo mismo se debería aplicar con las personas con heteronomía y que se les acompaña durante su deambulación.

Para ver el detalle de los resultados obtenidos en esta sesión ver anexo 4A.

6.3.3.2. Resultados del área de mejora 2: Participación

En esta segunda sesión de BBPP como recomendaciones, se trataron 19 recomendaciones orientadas para poder mejorar en esta área.

Los profesionales ya realizaban 16 recomendaciones, 4 de ellas no las van a mejorar porque consideraban que eran aspectos que aplicaban correctamente en el Centro. Las otras 12 recomendaciones restantes ya se realizaban pero el equipo valoró que deberían mejorarlas. Por lo tanto, aplicando el criterio de los profesionales se obtendría un ratio de mejora de 12:16 (equivalente a un 75% respecto al total de recomendaciones que ya realizaban).

Respecto a las recomendaciones que no realizaban, 3 en total, 2 las han realizado ya que están integradas en la BP de mejora 7 propuesta en el presente trabajo, y la otra no la realizarán debido a la dinámica interna del Centro, ya que una vez acaba el servicio de visitas no se permite que el familiar permanezca con el usuario. Por lo tanto, se obtendrá un ratio 2:3 (equivalente a un 66,6%) de incorporaciones de nuevas recomendaciones.

Los principales aspectos sobre los que el equipo reflexionó para poder ser mejorados o implantados como nuevos fueros los siguientes:

- Implicar a los usuarios y a las familias en el PIAI. Entre todos se debatió que el hecho que el usuario y la familia se impliquen puede servir para a) en el caso del usuario, fomentar su implicación respecto al cuidado de su salud, potenciar su independencia y promocionar su autonomía, mientras que b) en el caso de las familias con usuarios con heteronomía, cooperen con el equipo para conseguir los objetivos. Si las familias no pueden participar en el PIAI, igualmente se consensuarían con ellas las decisiones que el equipo haya tomado referente a su familiar.
- Posibilidad de ofrecer por parte de los profesionales a las familias diferentes espacios en el Centro (comedor, sala de visitas, ambientes externos) para evitar que la gran mayoría de las familias estén en la misma sala (sala polivalente) cuando vengan a visitar a sus familiares
- El equipo técnico comentó que posiblemente deberían ofrecer más oportunidades de elección en las actividades a los usuarios. Para ello podrían comenzar ofreciendo nuevas oportunidades para realizar más actividades en el exterior (en la terraza o en la calle).
- Motivar y reforzar el desarrollo de las capacidades personales, la autonomía y la independencia de los usuarios. Una nueva propuesta por parte del equipo técnico en este aspecto fue que entre el fisioterapeuta y la terapeuta ocupacional harían una sesión de formación a las gerocultoras respecto a la autonomía funcional de los usuarios, principios éticos, uso de grúas y transferencias.

Para ver el detalle de todos los resultados obtenidos a partir de la sesión sobre el nivel de aplicación de las recomendaciones y las posibles mejoras, ver anexo 4B.

6.3.3.3. Resultados del área de mejora 5: entorno físico e integración en la comunidad

En esta última sesión de BBPP como recomendaciones, se trataron 30 recomendaciones orientadas a mejorar en esta área.

Del total de 30 recomendaciones, los profesionales ya realizaban 19. De éstas, 13 no las van a mejorar, 12 porque el equipo profesional del Centro ya las tiene en cuenta y 1 por miedo a que se puedan producir posibles errores en la praxis profesional

(extravío de pertenencias de los usuarios, como por ejemplo sábanas o almohadas). Por otra parte, encontramos 6 recomendaciones que ya aplicaban y sí van a mejorar. Por lo tanto, resulta un ratio de mejora de 6:19 (equivalente a un 31,51% respecto al total de recomendaciones que ya realizaban). Este resultado no indica un aspecto negativo, únicamente que el margen de mejora es pequeño, ya que gran parte de las recomendaciones ya las aplicaban correctamente.

Respecto a las recomendaciones que no realizaban, 10 en total, 8 las van a realizar, 3 de ellas ya se han realizado y corresponden a las BBPP de mejora 1, 2 y 6 propuestas en el presente trabajo. En cambio, 2 recomendaciones no las podrán llevar a cabo por falta de adecuación de las infraestructuras del centro (esencialmente falta de espacio). Por lo tanto, se obtendrá un ratio 8:2 de incorporaciones de nuevas recomendaciones (equivalente a un 80%).

Los principales aspectos a mejorar que el equipo determinó respecto a actuaciones de nueva incorporación en los siguientes meses fueron:

- Posibilidad de habilitar un espacio en la sala del comedor para las familias: “rincón para las familias”. Sería un espacio destinado a informar a las familias de las posibles actividades para realizar con sus familiares en el exterior (por la localidad), así como de cualquier sesión informativa de interés para ellos. La manera de disponer esta información sería de forma gráfica (mediante cartulinas, pizarra, entre otros).
- Respecto a la implicación de las familias en la vida del Centro, se consideró proponer que los familiares acudan al Centro a realizar algún tipo de actividad. En concreto, como opción se consideró proponer a la mujer de un usuario venir al Centro a hacer algún taller de rosquillas o cocas de San Juan, permitiendo colaborar a cualquier usuario que quisiera.
- Hacer más agradable el entorno de los usuarios, como por ejemplo colocando plantas en los espacios comunes del centro.
- Identificar sus habitaciones con nombres/dibujos/fotografías de ellos o de algún familiar, colocados en las puertas. Yo les comenté que sobre todo centren la atención en el usuario y, si no quieren su foto que elijan otra cosa (su nombre, un dibujo, entre otros). Simplemente sirve para que ellos se orienten, sin necesidad de buscar la homogeneidad del Centro. Éste representa su casa y por tanto tienen

derecho a elegir lo que quieran tener como distintivo en la puerta de su habitación, a modo de personalización.

- Ayudar a favorecer la decoración de la habitación, especialmente en el caso de los usuarios con más heteronomía, ya que los que presentan más autonomía generalmente la tienen personalizada según sus gustos y preferencias.
- Intentar hacer salidas a ambientes normalizados (cafeterías). Este aspecto los profesionales lo realizaban muy ocasionalmente (3-4 veces al año). Respecto esta recomendación, los técnicos comentaron que está muy bien pero que no disponen de tiempo para realizarla frecuentemente. Yo les comenté que no necesariamente tendrían que hacerlo con un gran grupo de usuarios, si no que se podría empezar a promover esta actividad cada 15 días, durante una hora, antes del medio día, con pequeños grupos de usuarios. Volví a recalcarles (aspecto comentado en la BP 4) que sería útil para los usuarios del grupo C, ya que es un grupo que no suele participar en las actividades propuestas por el Centro.

Un aspecto a destacar que surgió en la sesión y que no estaba contemplado en las recomendaciones, pero que sirvió para que el equipo técnico lo valorara, fue cambiar la dinámica de los paseos. Las gerocultoras propusieron implicarse en los paseos de los miércoles, ya que hasta ahora sólo salía el equipo técnico. Por tanto se propuso que una auxiliar también pudiera salir (rotándose entre ellas).

Otro aspecto a destacar que comentó el director técnico haciendo referencia a lo hablado en la sesión 1 fue que las gerocultoras tenían poco tiempo para promocionar la autonomía y la independencia (especialmente por las mañanas y por las tardes-noches). Por lo tanto, propuso ampliar el personal de gerocultoras (con una persona) durante una hora y media por las mañanas y otra hora y media por las tardes-noches al acostarse.

Para ver el detalle de los resultados de las recomendaciones de esta sesión de BBPP como recomendaciones impartida ver anexo 4C.

6.3.4. Valoraciones de las BBPP de recomendaciones

En un primer momento, el director técnico y yo acordamos que desarrollaríamos otra BP de mejora a parte de las ya propuestas en el presente trabajo. Pero a medida que íbamos avanzando en el desarrollo de las BBPP, le comenté que si prefería hacer esta BBPP o que yo impartiera tres sesiones de recomendaciones para la buena praxis en la vida cotidiana de las residencias (BBPP de recomendaciones) relacionadas con las áreas

de mejora en las que se estaban desarrollando las otras BBPP. Consideré oportuno que era interesante impartir estas recomendaciones para que el equipo reflexionara sobre las formas de relación y de actuación en el día a día para que así ellos, después de mi intervención, pudieran seguir avanzando en éstas áreas. El director técnico estuvo conforme con mi enfoque, accediendo al desarrollo de las BBPP como recomendaciones para la buena praxis en la vida cotidiana de las residencias en lugar de la BP de mejora.

Creí oportuno impartir en persona las BBPP como recomendaciones con todo el equipo presente, en lugar de facilitarles la información por vía telemática y que la miraran por separado, porque así me aseguraba que todos juntos reflexionaban y se autoevaluaban, pudiendo surgir aspectos de la dinámica interna del centro de mejorar, que en caso de no haber estado todos reunidos no se podrían haber detectado.

Las BBPP como recomendaciones fueron muy bien aceptadas por los profesionales, colaborando durante las sesiones. A partir de las recomendaciones, surgieron nuevas acciones que el equipo pretenderá introducir como nuevas, además de aspectos que el equipo ha de mejorar. Además, en estas sesiones se debatieron algunos aspectos de dinámica interna y también surgieron nuevas iniciativas por parte de algunos profesionales para ser impulsadas en el Centro.

7. Valoraciones de las prácticas

7.1. Valoración general de las prácticas

La valoración de las prácticas en la Residencia Nord Egara ha sido muy positiva. Lo primero que he de comentar es que la adaptación y la relación con el equipo profesional del Centro han sido muy buenas, sintiéndome acogida en todo momento por los profesionales. A medida que iba promoviendo los cambios conté con la colaboración y predisposición de ellos, sintiéndome apoyada e integrada en el equipo.

Los profesionales del equipo técnico con los que más trabajé y mantuve una relación más estrecha fueron la educadora social, la psicóloga, el fisioterapeuta, el trabajador social y la terapeuta ocupacional, debido a que su horario laboral coincidía con mi tiempo de dedicación al TFM en el Centro (por las mañanas, no correspondiendo con mi horario laboral). En cambio, la enfermera y la doctora fueron las profesionales que menos relación directa mantuve durante el desarrollo del presente trabajo, ya que mientras estaba en el Centro ellas no podían estar disponibles debido a su horario laboral. Con el profesional que mantuve una relación más estrecha fue con el director técnico (mi tutor en el Centro), representando mi apoyo principal en el Centro. Siempre se mantuvo receptivo, desde el primer momento que hablé con él para llevar a cabo este conjunto de BBPP en el Centro. Cuando me surgía alguna duda y necesitaba consenso respecto algunas acciones, siempre se mostró interesado, ofreciéndome su ayuda. Él también fue un elemento importante a la hora de facilitar las relaciones con el resto del equipo, ya que inicialmente me presentó al equipo y comentó mi tarea en el Centro, indicando que iba a trabajar junto con ellos y que todos ellos debían de colaborar para que se realizaran adecuadamente las intervenciones.

Debido a mi integración con el equipo y a su interés en realizar las BBPP propuestas en mi intervención, no he tenido ningún problema a la hora de asumir mis responsabilidades y de poder desarrollar mis funciones en el Centro descritas en el plan de trabajo. En ningún momento los profesionales del equipo presentaron reticencias a la hora de aceptar mis criterios para desarrollar las intervenciones, adaptándose bien a los cambios requeridos en sus formas de actuar profesional necesarios para lograr que las BBPP fueran una realidad. Por mi parte, fui receptiva con cualquier valoración o propuesta que los profesionales presentaron y flexible a la hora de adaptarme a sus criterios profesionales.

Las funciones y las tareas en el desarrollo de las BBPP de mejora resultaron ser más complicadas de lo esperado debido principalmente a la incompatibilidad horaria entre los profesionales técnicos, presentando un único día a la semana (el miércoles) en que coincidían todos ellos en el Centro, aprovechando para realizar paseos con los usuarios y celebraciones de los cumpleaños. Por este motivo tuve dificultades a la hora de reunirme con todos ellos para poder organizar las diferentes acciones de las intervenciones. A pesar de ello, tanto yo como los profesionales del equipo técnico que estuvieron presentes en las reuniones mantuvimos informados al resto del equipo técnico no presente. Otro aspecto a resaltar en este punto fue que a parte de las reuniones mantenidas durante la planificación, mantuve el contacto con el equipo técnico por correo electrónico durante el desarrollo y haciendo el seguimiento de las BBPP, con el propósito de agilizar el avance de la intervención. En cambio, las BBPP como recomendaciones no presentaron dificultades en su desarrollo ya que no requirió planificarlas con los profesionales, únicamente tuve que seleccionar las recomendaciones que les iba a entregar y elegir los 3 días donde hubiese la máxima presencia del personal del Centro.

Los usuarios con los que mantuve una relación más estrecha fueron los que presentaban menos deterioro cognitivo, considerándome asidua en el Centro y a los que les gustaba mi presencia porque aprovechaban para contarme anécdotas y preguntarme cosas. Algunos usuarios me comentaron que valoraban positivamente las prácticas que estaba haciendo, animándome a que siguiera trabajando con gente mayor, porque eran los que más lo necesitaban.

Respecto mi relación con el tutor de la Universidad, Daniel Jiménez, fue buena, ofreciéndome soporte antes de realizar mi intervención, para aclarar dudas en cómo encauzarla. Posteriormente también me dio ánimos y soporte en la fase final de elaboración del trabajo, tanto en persona como por correo electrónico.

7.2. Valoración de mi intervención en el Centro

Las BBPP han constituido avances tanto al Centro, a los usuarios como a los profesionales.

Para la Residencia Nord Egara, las BBPP han reportado una serie de cambios respecto a los aspectos organizativos. Los más importantes a destacar han sido: ampliar

el ratio de horas del personal de las gerocultoras incorporando a determinadas horas a una nueva gerocultora por las mañanas y por las tardes, así como modificar las formas de actuar de los profesionales a favor del beneficio del usuario. Además, también se han modificado aspectos relacionales tales como tener en cuenta no infantilizar a los usuarios mediante el trato y mejorar la comunicación entre los familiares de los usuarios y los profesionales, buscando siempre el mayor beneficio posible para el usuario. Además, a raíz de las BBPP se debatieron aspectos de mejora para que pudieran seguir avanzando en las áreas de mejora tratadas una vez finalizase mi intervención. Algunos ejemplos fueron: promover más actividades en el exterior, habilitar la terraza para realizar algunas actividades exteriores, diseñar una página web del Centro pudiendo incorporar un apartado de voluntariado y revisar el protocolo de sujeciones físicas entre todos los profesionales. También surgieron nuevas iniciativas de BBPP por parte de ciertos profesionales tales como la identificación de las puertas de los usuarios, hacer un "rincón para las familias" y hacer formación a gerocultoras sobre aspectos de autonomía funcional, transferencias y aspectos éticos, entre otros.

Con las BBPP promovidas con este trabajo en el Centro se pretendió, en la medida de lo posible, mejorar la autonomía de los usuarios en función de sus capacidades, promoviendo su participación y teniéndolo en cuenta la toma de decisiones. Un claro ejemplo es su participación en las sesiones de los PIAIs. Otra propuesta que permitió promover la capacidad de elección de los usuarios, en función de sus capacidades, fue escoger el menú el día de su cumpleaños. Las BBPP también permitieron aumentar las oportunidades de participación y relación, ofreciendo más diversidad en las actividades. Este aspecto se reflejó con las actividades intergeneracionales (aumentando las oportunidades de relación con otras generaciones), con el voluntariado (aumentando el número de actividades en el exterior, así como la participación de un mayor número de usuarios y su relación con el entorno) y con los cauces de usuarios (en especial el grupo A, teniendo más en cuenta la participación de estos usuarios en la vida del Centro, y el grupo C, pensando en sus preferencias y deseos para ampliar sus oportunidades de participación). De forma añadida, la presencia de alumnos de prácticas, permitirá establecer relaciones con personas externas a la vez que reforzará la atención que reciban los usuarios. Otro resultado ha destacar es la implicación de las familias de los usuarios en las tomas de decisiones sobre aspectos que conciernen la vida del residente (como por ejemplo tomando parte en las reuniones de los PIAIs) y en las actividades del Centro.

Respecto el equipo profesional, todas las propuestas de BBPP fueron bien aceptadas, representando mi intervención en el Centro una manera más rápida de introducir nuevos cambios en sus formas de actuación y relación, potenciando sus recursos, tanto profesionales como los del Centro, y permitiéndoles actuar desde un punto de vista diferente, en equipo y centrando la atención en el usuario. Los profesionales consideraron mi intervención como una oportunidad de reflexión y autoevaluación sobre su forma de trabajar, al mismo tiempo que les ha supuesto un aprendizaje personal para que ellos puedan seguir promoviendo mejoras en el Centro.

Mi intervención en la Residencia Nord Egara no hubiese sido posible sin la predisposición y motivación de los profesionales. A pesar de esto, un aspecto que pretendí mejorar con el desarrollo de las BBPP y que los profesionales del equipo técnico no asumieron correctamente fue la poca comunicación e implicación de las familias en las BBPP de mejora, donde se planificó que éstas participasen, siempre con el propósito de buscar el beneficio para el usuario. El equipo técnico no consideró con suficiente rigor e importancia este aspecto, no logrando acortar distancias y minimizar barreras entre familiares y profesionales. Otro aspecto a añadir al respecto es que muchas de las BBPP no han sido informadas previamente a su implantación, exceptuando los casos de las familias de más confianza y de las que más frecuentaban el Centro, pensando los profesionales erróneamente que los familiares podían interpretarlo como una estrategia de promoción del Centro. Este hecho refleja que los profesionales todavía tienen que centrar más la atención en el usuario.

Al finalizar el presente TFM, el Centro estaba en pleno proceso de implantación de las mejoras. Por este motivo, con el paso de los meses se tendrán que valorar y evaluar los resultados de las intervenciones, la revisión de las mejoras llevadas a cabo y la implantación de cambios, si los hay, y de nuevas BBPP que ayuden a los residentes a mejorar su calidad de vida.

8. Conclusiones

En el ámbito de la gerontología, el término de EA es muy conocido, especialmente en el caso de las personas mayores que gozan de buena salud y de buenas condiciones de vida. Pero el término pasa a ser menos reconocido en el momento que tratamos con personas con heteronomía y/o dependencia. Por tanto, para acercarnos al término de EA en el ámbito residencial, los profesionales del sector tenemos que esforzarnos para ayudar a los usuarios, en la medida de sus posibilidades, a que sean lo más independientes posibles, a ofrecerles oportunidades de participación en relación a su vida, al entorno (esencialmente la comunidad) y a su tiempo libre, así como a ofrecer oportunidades de seguridad respetando todos sus derechos (autonomía moral, dignidad, privacidad, identidad, entre otros), siempre considerando sus preferencias, deseos y criterios. Actuar de esta manera representa acercarnos a la visión del EA y a la mejora de la calidad de vida de los usuarios. En esta línea, mediante la intervención promovida en la Residencia Nord Egara, he podido constatar que las BBPP son unas herramientas efectivas para lograr los propósitos establecidos por el EA para mejorar la calidad de vida de las personas mayores usuarias de una residencia en las áreas de mejora de participación, ejercicio de derechos, y entorno físico e integración en la comunidad.

A partir de mi intervención he podido comprobar que desarrollar las BBPP en un centro residencial es una tarea difícil de abordar, principalmente porque requiere tiempo de dedicación por parte de los profesionales y un trabajo en equipo que permita generar conocimiento compartido, situando en el centro de la atención a los usuarios. Estos aspectos no son fáciles de cumplir en los centros de hoy en día donde las dinámicas de trabajo y los ratios de personal son factores limitantes. Promover la atención centrada en la persona conlleva un cambio en la forma de pensar y de actuar, minimizando nuestro punto de vista como profesionales y teniendo en cuenta las decisiones y preferencias de los usuarios, aspecto complicado ya que actualmente en los centros todavía prevalece la decisión de los profesionales sobre los criterios de los usuarios, prescribiendo lo que ellos consideran más adecuado.

A nivel personal, este trabajo me ha supuesto un gran aprendizaje. Primero porque el campo de la intervención social no representa mi ámbito profesional y segundo porque promover estas BBPP, al tener que trabajar en equipo, me ha enseñado a ser flexible con los profesionales y a detectar las resistencias que iban surgiendo en algunos casos, así como buscar alternativas y pensar estrategias que facilitaran los

cambios. También considero que ha sido una experiencia muy positiva, aventurándome a decir que, de cara a un posible futuro ejercicio profesional en el ámbito residencial, me ha facilitado adquirir recursos que me permitirán promover BBPP que tengan como objetivo mejorar la calidad de vida de los usuarios. Esta experiencia me ha ayudado a evolucionar como profesional del ámbito residencial, permitiéndome comparar el trabajo que desarrollé en mi periodo profesional en el Centro con las nuevas aportaciones que podría realizar después de hacer el presente trabajo. Esta experiencia me ha servido para modificar aspectos de mi forma de trabajo diario y mejorar actitudes, permitiéndome centrar mejor la atención en el usuario.

A partir de mi intervención en el Centro también he podido observar que para desarrollar las BBPP propuestas son necesarios varios factores. Primero, el profesional encargado de promover las BBPP (en este caso yo) requiere realizar una adecuada gestión informativa al equipo respecto a las BBPP. Posteriormente, todo el equipo debe dedicar tiempo para reflexionar conjuntamente y poder evaluar cómo está cada área de mejora en su centro, para así poder detectar los aspectos mejorables y definir las BBPP relacionadas a desarrollar. Otro aspecto importante a considerar es que, para centrar la atención en la persona, los profesionales no nos podemos olvidar que es necesario informar adecuadamente a los usuarios de las BBPP que se van a desarrollar, ya que ellos serán los beneficiarios de éstas y sin su conformidad no tiene sentido acometer los cambios que involucran las BBPP. No considerar esta conformidad implicaría aplicar los modelos centrados en los servicios y no en la persona usuaria, convirtiéndola en una mera receptora de servicios donde los profesionales prescriben lo que creen que es más adecuado para el usuario.

En el momento que el equipo empiece a emprender acciones en torno a las BBPP, será necesario reflexionar y revisar aspectos organizativos tales como los recursos existentes (tanto del centro como los ofrecidos por la comunidad), las formas actuales de trabajo y de relación de los profesionales, aspectos de organización del centro y ratios de personal. También será necesario revisar aspectos relacionales (de comunicación y relación) entre todos los agentes implicados en el centro (usuarios, familias y profesionales). Es importante tener presente que todos los cambios y acciones que conllevan las BBPP son particulares y específicos de cada centro.

Dejando de banda los aspectos más formales de organización del centro, para desarrollar las BBPP es necesario que el equipo crea que se puede aprender de esta experiencia, obteniendo nuevos aprendizajes para un futuro y que entre todos los

profesionales se puede hacer conocimiento. También es necesario que los profesionales del equipo presenten características personales tales como la flexibilidad, empatía, motivación, y capacidad de comunicación y de trabajar en equipo.

El esfuerzo que ha representado el desarrollo de las BBPP en la Residencia Nord Egara, especialmente por los factores limitantes de falta de tiempo y de condiciones para trabajar en equipo, como sucede en la mayoría de los centros residenciales, no es comparable a los beneficios que han reportado y reportarán a los usuarios estas BBPP en torno a su calidad de vida. A pesar que se han logrado beneficios importantes, los resultados que se han obtenido con las BBPP promovidas en el Centro son pocos en comparación con los que se podrían obtener si se promoviera un mayor número de BBPP. Por este motivo animo a los profesionales del sector de las residencias a que, a pesar que cada profesional tengamos asumido nuestro rol, promovamos BBPP en nuestros centros de trabajo ya que, aparte de modificar y mejorar nuestras intervenciones profesionales y relacionales, es una experiencia que cambia nuestra forma de pensar mejorando nuestras actitudes y priorizando lo realmente importante: el usuario y su calidad de vida.

Una vez promovidas las BBPP propuestas, para que éstas sean efectivas y reporten resultados de forma continua, no pueden quedar en una simple intervención realizada en un momento determinado, si no que este tipo de iniciativas deben de ser integradas en las formas de trabajo diario de los profesionales del Centro. Por lo tanto, después de mi intervención, resta bajo la responsabilidad de todos los profesionales de la Residencia Nord Egara que las BBPP formen parte de la dinámica del Centro, proponiendo e incorporando de nuevas, permitiendo avanzar cada día un poco más en las diferentes áreas de mejora, para acabar de centrar la atención en el usuario reportando una mejora en su calidad de vida.

Concluyendo, después de haber promovido las BBPP propuestas en el presente trabajo, tanto las de mejora como las de recomendaciones, la Residencia Nord Egara ahora está más cerca de la visión actual del EA y de la mejora de la calidad de vida.

9. Bibliografía consultada

Bermejo, L. (2009). Bases y reflexiones en torno a las Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

Bermejo, L., Mañós, Q., Díaz, B.; Martínez, T. & Sánchez, C. (2009). Buenas prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

Departamento de Bienestar Social y Familia. (2003). Perfil profesional. Personal en el ámbito de la educación social de los servicios de centros de día para las personas mayores y servicios de centros residenciales para personas mayores (Generalitat de Catalunya). Obtenido de: http://www20.gencat.cat/docs/dasc/02Serveis%20i%20tramits/06Recursosprofessionals/comite%20expertes%20i%20experts%20en%20formacio/perfils%20professionals/02%20Atenci%C3%B3%20a%20persones%20grans/pdf/04%20persones%20grans%2008%20(ES).pdf

Departamento de Bienestar Social y Familia. (2003). Perfil profesional. Personal diplomado en trabajo social de los servicios de acogida diurno y servicios de centros residenciales para personas mayores (Generalitat de Catalunya). Obtenido de: http://www20.gencat.cat/docs/dasc/02Serveis%20i%20tramits/06Recursosprofessionals/comite%20expertes%20i%20experts%20en%20formacio/perfils%20professionals/02%20Atenci%C3%B3%20a%20persones%20grans/pdf/04%20persones%20grans%2007%20(DTS).pdf

IMSERSO. (2005). Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

ICASS. (2001). Modelo de atención a personas mayores en residencias asistidas (Generalitat de Catalunya). Obtenido de: http://www.inforesidencias.com/programas_protocolos.asp

Martínez, T. (2010a). Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. (Informes portal mayores, nº 98). Madrid: Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC. Obtenido de: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf

Martínez, T. (2010b). Centros de atención diurna para personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Martínez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Vitoria: Departamento de empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. Obtenido de: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/Atencion%20Gerontologica.pdf

OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 37* (S2): 74-105. Obtenido de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13035694&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=22&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v37nSupl.2a13035694pdf001.pdf

OMS. (1994). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 37* (S2): 74-105. Obtenido de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13035694&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=22&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v37nSupl.2a13035694pdf001.pdf

Pérez, J., Gómez, G., Merchán, E., Utrilla, Y., Valdivieso, M.C., Fuentes, M.A., … Fernández, M.P.(2011). Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores. Ciudad Real: Consejería de Salud y Bienestar Social.

Pinazo, S., Lorente, X., Limón, R., Fernández, S., Bermejo, L. (2010). Envejecimiento y aprendizaje a lo largo de la vida. En L. Bermejo, *Envejecimiento activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores. Guía de buenas prácticas.* (pp. 3-10). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia. (Informes Portal Mayores, n.º 106). Madrid: Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CSIC. Obtenido de: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf

Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2002/2003). Quality of life for Human Service Practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducido al Castellano por M.A. Verdugo y C. Jenaro. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial]

Anexo 1 – Plan de Trabajo

Centro de Prácticas: Residencia Nord Egara (Castellar del Vallès)	Alumna: Sara Hernández Trabalón
Tutor del Centro: Javier Amezcua	Tutor de la Universidad: Daniel Jiménez

Sesiones preparatorias: 18/02 – 22/02, 25/02 – 1/03, 4/03 – 08/03. Tiempo dedicado: 3 horas de lunes a viernes.

Horario orientativo de cada sesión de la intervención en el Centro: Mañanas. Tiempo estimado en el Centro entre 1 hora y 50 minutos y 3 horas.

Días de intervención en el Centro:

11 marzo:

- Presentación al director técnico de las 8 BBPP-clave seleccionadas inicialmente por mí y selección entre los dos, de las 4 BBPP-clave de más interés a desarrollar en el Centro.
- Presentación de las BBPP de mejora relacionadas con las BBPP-clave.

13 marzo – Presentación a todo el equipo de las BBPP que llevaremos a cabo en el Centro, junto con una breve introducción sobre el marco teórico en que se incluyen éstas. (ver anexo 2).

19 marzo:

- Reunión con la responsable de la BP 1: "Desarrollo de actividades intergeneracionales" para planificar el desarrollo la BP.
- Reunión con los responsables de la BP 2: "Creación de grupos de voluntariado" para planificar el desarrollar la BP.
- Reunión con el responsable de la BP 3: "Integración de alumnos en formación de prácticas (gerocultores/as)" para planificar el desarrollo la BP.

25 marzo:

- Primera reunión con el equipo técnico presente para desarrollar la primera parte de la BP 4: “Diferenciación de usuarios por grupos según las dimensiones básicas de capacidad personal: autonomía e independencia”.
- Reunión con los profesionales presentes en el Centro para informarles de las acciones que llevaremos a cabo en las BP 1, 2 y 3.

27 marzo – Segunda reunión con el equipo técnico para desarrollar la segunda parte de la BP 4: “ampliación de actividades para los usuarios”. En concreto para saber qué actividades realizaban en el Centro con los usuarios de cada grupo.

5 abril – Tercera reunión con el equipo técnico para seguir desarrollando la segunda parte de la BP 4: “ampliación de actividades para los usuarios”.

9 abril:

- Primera reunión con la enfermera sobre la presentación de la BP 5: “Decidir el menú el día de su cumpleaños”. Aceptación de la propuesta.
- Reunión con los profesionales presentes en el Centro para informarles de las actividades que se desarrollarían en la BP 4.

10 abril – Segunda reunión con el resto de responsables para presentar la BP 5. Aporte de ideas del posible desarrollo de esta BP.

16 abril – Tercera reunión con los responsables presentes para presentar de mi inicial planificación y modificación de la BP 5.

18 abril:

- Reunión con los responsables de la BP 6: “Cauces de participación de las familias” para planificar el desarrollo de esta BP.
- Reunión con los profesionales presentes en el Centro para informarles de la planificación que desarrollaríamos en la BP 5.

24 abril:

- Reunión de seguimiento de las BBPP 1, 2 y 3.
- Reunión con los profesionales presentes en el Centro para informarles de las acciones que desarrollaríamos en la BP 6.

3 mayo – Primera reunión de presentación de la planificación del posible desarrollo de la BP 7: “Participación del usuario y la familia en la reunión del Plan Individualizado de Atención Integral (PIAI)”.

6 mayo:

- Reunión de seguimiento de la BP 5 y modificación de la planificación inicial.
- Reunión de seguimiento de la BP 4.

8 mayo – Segunda reunión con el equipo presente de las dos posibles opciones de desarrollo de las BP 7.

13 mayo:

- Sesión de BBPP como recomendaciones para la buena praxis cotidiana sobre el área de mejora 1: Ejercicio de los derechos.
- Reunión de seguimiento de la BP 6.

22 mayo:

- Sesión de BBPP como recomendaciones para la buena praxis cotidiana sobre el área de mejora 2: Participación.
- Reunión de seguimiento de la BP 4.

31 mayo:

- Entrevista con el director técnico para obtener la información necesaria para elaborar el apartado de “Presentación del Centro”.
- Reunión de seguimiento de la BP 1.

5 junio:

- Sesión de buenas prácticas como recomendaciones para la buena praxis cotidiana sobre el área de mejora 5.
- Reunión de seguimiento de la BP 2, 4, 5, 6 y 7.

Anexo 2 – Sesión de formación y presentación de las BBPP que se desarrollarán en el centro

1. ¿Qué es el envejecimiento activo (EA)?

La OMS define EA como "el proceso por el que se optimizan las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen". Más concretamente, "es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia" (OMS, 2002).

El EA destaca el término "activo" el cual hace referencia a los siguientes puntos: (Pinazo y col., 2010):

1. Realza la idea de participación continua de las personas en las cuestiones sociales, culturales, económicas, cívicas y espirituales, sin centrarse sólo en estar física y laboralmente activo.
2. Las personas han de envejecer siendo protagonistas de su vida, y no únicamente como meras receptoras de servicios o cuidados.
3. Presenta connotaciones diferentes en cada persona, atribuyendo significados íntimos para cada una, generando diferentes maneras de ser "activo".
4. Implica un enfoque comunitario en el que los ciudadanos mayores han de tener oportunidad de participar y decidir en todo lo que le es propio, ampliándose a cualquier nivel de la comunidad (no sólo a su ocio o a servicios para mayores).
5. Requiere que la sociedad reconozca todos los derechos de los ciudadanos mayores y garantice que puedan continuar informados.
6. Presenta un enfoque intergeneracional reconociendo la importancia de las relaciones y la ayuda entre generaciones.
7. Promueve el desarrollo personal y el aprendizaje a lo largo de las diferentes etapas de la vida, incluyendo la vejez.
8. Presenta un enfoque integral de las personas y de su proceso de envejecimiento, englobando los diferentes ámbitos que afectan al desarrollo del EA: sociales, sanitarios, económicos, psicológicos, afectivos, educativos, culturales, jurídicos, entre otros.

Este EA está relacionado con dos conceptos importantes en gerontología: la autonomía[11] y la independencia[12] (Pinazo y col., 2010). El EA nos recuerda a los profesionales que no debemos prevenir la dependencia sin, paralelamente, promocionar la autonomía y la autodeterminación de la persona (Bermejo, 2009).

El EA es un modelo que debemos tener presente todos los profesionales que trabajamos con personas mayores, inclusive los que trabajamos con personas en situación de dependencia y/o heteronomía, y nos recuerda que debemos ofrecer oportunidades para mejorar su salud, su participación y la seguridad a fin de mejorar su calidad de vida.

Para conseguir mejorar la calidad de vida de los usuarios en los centros, disponemos de una serie de herramientas denominadas BBPP.

2. Buenas prácticas (BBPP)

"La Buena Práctica (BP) 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[13] (satisfacción y el bienestar personal y emocional) de las personas en situación de dependencia y/o con discapacidad" (Bermejo, 2009).

La Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia consta de dos partes:

- I parte: Bases y reflexiones en torno a las BBPP en Residencias de personas mayores en situación de dependencia (Bermejo, 2009).
- II parte: Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia (Bermejo y col., 2009).

En la II parte de la Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia, se identifican un total de 27 BBPP consideradas clave para la calidad de vida de las personas usuarias. Éstas están agrupadas en cinco

[11] El término autonomía hace referencia a la capacidad personal de tomar decisiones y controlar la propia vida. El término contrario es el de heteronomía.

[12] El término independencia hace referencia a la capacidad de realizar por uno mismo, sin depender de otras personas, las actividades de la vida diaria. El término contrario es el de dependencia.

[13] La OMS define la calidad de vida como: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno" (Bermejo, 2009).

áreas de mejora, basadas en algunas de las dimensiones del modelo de calidad de vida propuestas por Schalock y Verdugo (2002/2003).

Considerando los diferentes modelos de calidad de vida aplicados a las personas en situación de fragilidad o dependencia, el propuesto por Schalock y Verdugo (Schalock y Verdugo 2002/2003) es uno de los más conocidos.

Las dimensiones del modelo de calidad de vida propuestas por Schalock y Verdugo[14] (2002/2003) son:

1. Bienestar emocional
2. Relaciones interpersonales
3. Bienestar material
4. Desarrollo personal
5. Bienestar físico
6. Autodeterminación
7. Inclusión social
8. Derechos

Las 27 BBPP agrupadas según las áreas de mejora son:

BBPP-clave en las residencias de personas mayores en situación de dependencia
Área de mejora 1.Ejercicio de derechos
1.1. El derecho a la información de las personas usuarias
1.2. Autonomía y toma de decisiones por parte de la persona usuarias
1.3. Conciliar la seguridad de la persona y el derecho a su autonomía
1.4. Respeto a la privacidad e intimidad en los cuidados personales y en el aseo
1.5. Respeto a la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información personal
1.6. El uso limitado y adecuado de las contenciones físicas
1.7. El uso limitado y adecuado de las contenciones farmacológicas
Área de mejora 2.Participación
2.1. Cauces formales de participación en el centro
2.2. Cooperación persona usuaria, familia y equipo profesional en el Plan de Atención
2.3. Intervención apoyo a las familias

[14] Para profundizar más en este aspecto, ver página 26 de la I parte de la Guía.

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

Aplicar el modelo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2002/2003) implica actuar desde una intervención centrada en la persona, es decir, el equipo debe tener adherencia a los modelos de atención centrada en la persona.

⇩

Los modelos de atención centrada en la persona son modelos que no sólo tienen en cuenta las necesidades y características derivadas de la situación funcional y personal de los usuarios, sino que además se respetan los derechos, las preferencias y los deseos de las personas usuarias. Estos modelos difieren de los modelos orientados en los servicios donde, a pesar de tener entre los objetivos del centro la atención individualizada, el usuario tiene un papel más pasivo, siendo los profesionales desde su rol de "expertos" quienes prescriben lo más adecuado a sus necesidades individuales (Martínez, 2011).

Para llevar a cabo las BBPP es necesario:

1. Trabajo en equipo
2. Disponer y dedicar tiempo
3. Adherencia al modelo de atención centrada en la persona/usuario
4. Ser flexibles
5. Saber adaptarnos a los cambios
6. Nos esforcemos en llevarlas a cabo

2.1. BBPP que desarrollaremos en la Centro

BBPP de mejora en la Residencia Nord Egara	Áreas de mejora	BBPP-clave relacionadas
Decidir el menú el día de su cumpleaños.	1	1.2
Cauces de participación de los usuarios[15].	2	2.1
Cauces de participación de las familias[16].	2	2.1
Participación del usuario y la familia en la reunión del Plan Individualizado de Atención Integral (PIAI).	1-2	1.2-2.2
Desarrollo de actividades intergeneracionales.	5	5.3
Creación de grupos de voluntariado.	5	5.3
Integración de alumnos en formación de prácticas (gerocultores/as).	5	5.3

3. Bibliografía consultada

Bermejo, L. (2009). Bases y reflexiones en torno a las Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. Obtenido de: http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.1_Residencias%20Mayores-Parte%20I.pdf

Bermejo, L., Mañós, Q., Díaz, B.; Martínez, T. & Sánchez, C. (2009). Buenas prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia. Oviedo:

[15] Primeramente haremos una diferenciación de grupos según las dificultades de la participación y a continuación propondremos diferentes acciones para cada uno de los grupos.

[16] Primeramente haremos una diferenciación de grupos según las dificultades de la participación y a continuación propondremos diferentes acciones para cada uno de los grupos.

Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias. Obtenido de: http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.2_Residencias%20Mayores-Parte%20II.pdf

Martínez, T. (20011). La atención gerontológica centrada en la persona. Vitoria: Departamento de empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. Obtenido de: http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/Atencion%20Gerontologica.pdf

OMS. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 37* (S2): 74-105. Obtenido de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13035694&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=22&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v37nSupl.2a13035694pdf001.pdf

Pinazo, S., Lorente, X., Limón, R., Fernández, S., Bermejo, L. (2010). Envejecimiento y aprendizaje a lo largo de la vida. En L. Bermejo, *Envejecimiento activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores. Guía de buenas prácticas.* (pp 3-10). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2002/2003). Quality of life for Human Service Practitioners. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. [Traducido al Castellano por M.A. Verdugo y C. Jenaro. Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial]

Anexo 3 – Beneficios de la implicación de los usuarios y sus familias en los PIAIs

Beneficios que conlleva implicar a los usuarios y a sus familiares en los PIAIs[17]:

1. Se considera la participación del usuario (con mayor autonomía) en el diseño y desarrollo de su PIAI (necesidades, objetivos y propuestas de intervención), otorgándole un papel más protagonista y favoreciendo su autonomía. En el caso de estos usuarios, se permite incluir la implicación de la familia en el PIAI, siempre que el usuario quiera, sin olvidarnos que éste es el protagonista.
2. En cambio, en el caso concreto de los usuarios con mayor heteronomía (con dificultades para tomar decisiones sobre aspectos complejos referentes a su vida), la presencia de las familias en el PIAI representa una participación activa, implicándose en el desarrollo y revisión de éste, mermando distancias entre profesionales y familiares, a la vez que favorece una mejor relación y mayor confianza entre ambas partes. También permite que las familias comprendan y/o reconozcan, en algunas ocasiones, la situación de su familiar.
3. Permite conocer las necesidades de todos los agentes implicados (usuario, familia y profesionales), compartir información, dudas, consensuar objetivos e intervenciones entre todos.
4. En el caso de nosotros, los profesionales, nos sirve para saber cuál es nuestro papel, pero siempre desde un modelo centrado en la persona, es decir, centrando la atención en los usuarios y en su calidad de vida.

[17] Para ampliar la información, ver páginas 71-77 de la I parte de la Guía de BBPP. (http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.1_Residencias%20Mayores-Parte%20I.pdf

Anexo 4 – Recomendaciones para la buena praxis profesional en la vida cotidiana del Centro

A continuación se adjuntan las recomendaciones propuestas para cada área de mejora, así como los resultados obtenidos de las reflexiones de los profesionales respecto a estas sesiones de BBPP como recomendaciones.

4A – Área de mejora 1: ejercicio de derechos

Los objetivos de esta sesión son:

- Conocer los derechos de los usuarios que viven en residencias.
- Reflexionar y autoevaluarnos sobre algunos aspectos esenciales para mejorar el reconocimiento de los derechos de los usuarios en las Centro: autonomía o autogobierno, dignidad, intimidad e identidad, a partir de las recomendaciones para la buena praxis profesional.

Derechos de los usuarios de los servicios residenciales y diurnos[18]*:*

- Que se respete su dignidad, su bienestar su autonomía e intimidad.
- La confidencialidad de los datos y de las informaciones que consten en sus expedientes.
- Recibir información previa con relación a cualquier intervención que los afecte a fin que, si es necesario puedan dar consentimiento específico y libre.
- Acceder a sus expedientes individuales.
- Ejercer la libertad individual para ingresar y permanecer y para salir, a pesar de las limitaciones establecidas por la legislación vigente.
- Conocer el reglamento interno del servicio, y especialmente, sus derechos y deberes.
- Recibir una atención personalizada.

[18] Material traducido al castellano y obtenido de: http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/15Serveissocials/Sistema_catala_serveis_socials/Documents/Drets_i_deures_persones_usuaries.pdf

- Acceder a la atención social, sanitaria, farmacéutica, psicológica, educativa y cultural, en condiciones de igualdad respeto a la atención que reciben los otros ciudadanos.
- Comunicar y recibir libremente información.
- Secreto de las comunicaciones.
- Presentar sugerencias, quejas y reclamaciones y recibir respuesta.
- Disfrutar de la intimidad y la privacidad en las acciones de la vida cotidiana.
- Considerar como domicilio el establecimiento residencial donde viven y mantienen la relación con el entorno familiar, convivencial y social, todo respetando las formes de vida actuales.
- Participar en la toma de decisiones del centro que les afecte individualmente o colectivamente.
- Tener objetos personales significativos para personalizar el entorno donde viven.
- Ejercer libremente los derechos políticos y la práctica religiosa.
- Obtener facilidades para hacer la declaración de voluntades anticipadas.
- Recibir de manera continua la prestación de los servicios.
- No ser sometidos a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual mediante medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción facultativa y supervisión, excepto que haya un peligro inminente para la seguridad física de los usuarios o de terceras persones.
- Conocer el coste de los servicios que reciben y, si es necesario, conocer la contraprestación del usuario o usuaria.

El ejercicio de estos derechos también implica el respeto por el funcionamiento del servicio y de su persona, así como la libertad de las otras personas.

Recomendaciones para la buena praxis profesional en la vida cotidiana del centro

El material que os mostraré a continuación son una serie de recomendaciones que propone la II parte de la Guía de BBPP [19]**:**

- Que tratarán de de ejemplificar formas de actuación y de relación de los profesionales de los Centros si queremos seguir avanzando en esta área de mejora donde hemos desarrollado la BBPP.

A continuación:

a) Marcar las formas cotidianas de actuación que si que hacéis en el Centro (Si). De éstas marcar las que podrías mejorar (Si Mej) o las que creéis que no hacen falta mejorar (No Mej).

b) Marcar las formas cotidianas de actuación que no hacéis en el Centro (No). De éstas marcar las que podríais realizar en un futuro (Si Fut) o las que pensáis que no se realizarán (No Fut).

1. Autonomía

"Reconocimiento de la capacidad de autogobierno de las personas para tomar sus decisiones entre diferentes opciones y alternativas."

- Conocer, siempre que sea posible, con carácter previo a su ingreso, las instalaciones del centro para poder hacerse una visión general. (Si/Si Mej)
- Recibir información adecuada y suficiente sobre la organización del centro, las normas que rigen su funcionamiento, servicios que presta, programas que se realizan. (Si/No Mej)
- Ser informado sobre todo aquello que se demande (como por ejemplo: muerte de un compañero, sobre su salud, el PIAI). (Si/No Mej)
- Participar en el diseño y seguimiento de su PIAI. (No/Si Fut) Corresponde a la BP 7.
- Decidir si quiere o no participar en una actividad, terapia o programa. (Si/No Mej)

[19] Material extraído del capítulo 4 Anexos de la II parte de la Guía de BBPP: http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.2_Residencias%20Mayores-Parte%20II.pdf

- Decidir sobre su indumentaria. (Si/Si Mej)
- Respetar la decisión de la persona, si esta es competente para ello, en cuanto a no someterse a pruebas diagnosticas, cirugía o tratamientos médicos. (Si/No Mej)
- Elegir lugar en el comedor donde quiere sentarse durante las comidas (No/No Fut)
- Informar de sus derechos y deberes. No pensar que esto sólo es un trámite de un documento escrito. (Si/No Mej)
- Tener en cuenta las decisiones respecto a sus propios asuntos: ropa, armarios, ubicación en el comedor, gustos alimenticios. (Si/Si Mej)
- No tomar decisiones sin contar con la persona. (Si/Si Mej)
- No Permitir que la familia tome decisiones sobre la persona mayor en aspectos de su vida en el centro incluso sobre su salud (pruebas diagnósticas, intervenciones o tratamientos) sin contar con la opinión de la persona. (Si/Si Mej)

2. Dignidad

"Dar un trato respetuoso, respetando su individualidad, sus necesidades y sus derechos durante toda su vida, independientemente de sus competencias o condiciones de salud."

- Que se respetan todas sus necesidades desde las más básicas hasta aquellas más invisibles (como las afectivas, las relacionales, las de comunicación o las afectivo-sexuales). (Si/No Mej)
- Respetar la forma de ver la vida de las personas: aspectos religiosos, culturales, estéticos, etc), sin juzgarlos, ni etiquetarlos de acuerdo a criterios subjetivos. Respetar el derecho a ser diferente. (Si/No Mej)
- Que se establezca una comunicación adecuada, en la forma, intensidad y calidad en la relación que ellas deseen establecer. (Si/No Mej)
- Que se respete su voluntad, aceptando sus decisiones, incluso cuando implique no aceptar participar en actividades o relaciones propuestas por profesionales o familiares. (Si/No Mej)
- Potenciar sus capacidades, ofreciendo oportunidades que, minimicen sus dificultades o limitaciones. (Si/Si Mej)

- No ser objeto de restricciones físicas o farmacológicas profesional y éticamente justificadas que no sigan las instrucciones recogidas en un protocolo diseñado al efecto. Dicho protocolo debe contemplar una valoración exhaustiva del equipo interdisciplinar con medidas paliativas. (Si/Si Mej)
- No Manejar a las personas de una forma despersonalizada en las AVBD básicas. Evitar No dirigirles la palabra mientras se les asiste!! (Si/Si Mej)
- No hacer comentarios que puedan ridiculizar o provocar humillación en las personas. (Si/No Mej)
- No pedir a las personas usuarias más de lo que pueden realizar. (Si/No Mej)
- No pensar que los deberes son cosa de otros y centrarse exclusivamente en los derechos que se tienen como profesional. (Si/No Mej)
- No hacer juicios de valor sobre la persona usuaria y/o su familia. (Si/Si Mej)

4. Intimidad/Privacidad

"Permitir que la persona pueda estar sola sin ser molestada. También se refiere a lo que una persona quiere guardar para sí mismo sin obligación de ser compartido ni conocido, y si decide compartirlo, lo dará a conocer a un círculo reducido de personas en las que tiene confianza"

- Respetar la intimidad de las personas en el uso del wc, aseo y ducha, dejándolos solos cuando esté bien acomodado el tiempo prudencial, no entrando otras personas en el lugar y cerrando la puerta. (Si/No Mej)
- Fomentar, respetar y valorar los hábitos de higiene y el cuidado de uno mismo. (Si/Si Mej)
- Mantener el expediente individual con garantía de confidencialidad de la información recogida. (Si/Si Mej)
- Transmitir información, por el profesional que la ha recogido, al resto del equipo con discreción y prudencia para que el usuario no pierda la confianza depositada. (Si/Si Mej)
- No entrar en la habitación sin llamar, irrumpir en ella. (Si/No Mej)
- No manipular objetos personales del residente. (Si/No Mej)
- No entrometerse en su vida privada o en su pasado. (Si/No Mej)

- No tener conversaciones, delante de las personas usuarias, sobre cuestiones personales o profesionales. (Si/Si Mej)
- No dar datos personales de los residentes sin su consentimiento. (Si/No Mej)
- No respetar la privacidad de las personas, invadiendo sus espacios o sus momentos de soledad. (Si/No Mej)

4. Identidad

"Reconocimiento del derecho de la persona a ser diferente, respetando su historia, experiencias, criterios y valores. Derecho a seguir siendo un ser irrepetible."

- Si la persona desea que se use un diminutivo, o apodo, respetar sus costumbres y preferencias. (Si/No Mej)
- Respetar la individualidad de cada persona, su identidad. Conocer y respetar sus hábitos, rutinas y roles. (Si/No Mej)
- Proporcionar vestido adecuado y adaptado en cuanto a funcionalidad y cantidad pero manteniendo unas condiciones estéticas mínimas. (Si/Si Mej)
- No criticar sus ideas, costumbres, valores, orientación sexual, enfermedad, discapacidad o cualquier otra circunstancia personal o social. (Si/No Mej)
- Las personas nunca pueden ser objeto de discriminación. (Si/No Mej)
- No etiquetar a la persona y referirse a ella por sus enfermedades o características. (Si/No Mej)
- No emplear motes. (Si/No Mej)

4B – Área de mejora 2: Participación

Objetivo de esta clase es:

- Reflexionar y evaluarnos acerca de nuestras formas de actuación en nuestro día a día respecto a dicha área de mejora.

El material que os mostraré a continuación son una serie de recomendaciones que propone la II parte de la Guía de BBPP [20]:

- Que tratarán de ejemplificar formas de actuación de los profesionales de los Centros si queremos seguir avanzando en esta área de mejora.

- La participación como aspecto principal del envejecimiento activo es un aspecto que todos hemos de potenciar en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores que están en Residencias.
- La participación es el medio para lograr que cada persona pueda desarrollar sus dimensiones de calidad de vida (bienestar emocional, desarrollo personal, bienestar físico, autonomía –autodeterminación, relaciones personales, bienestar material, integración social y sus derechos).
- La participación no es un regalo ni un premio, es un derecho.
- No hay verdadera participación si no se tiene la capacidad de elegir. Elegir actividades, relaciones personales, actividades significativas, espacios, etc.
- Los usuarios tienen derecho a participar en aquello relacionado con su vida. Usuarios que precisan apoyos/cuidados tienen derecho a estar presentes y a participar en la toma de decisiones que les afectan (PIAI, con quien relacionarse, etc.)

[20] Material extraído del capítulo 4 Anexos de la II parte de la Guía de BBPP. http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.2_Residencias%20Mayores-Parte%20II.pdf

A continuación:

a) Marcar las formas cotidianas de actuación que si que hacéis en el Centro (Si). De éstas marcar las que podrías mejorar (Si Mej) o las que creéis que no hacen falta mejorar (No Mej).

b) Marcar las formas cotidianas de actuación que no hacéis en el Centro (No). De éstas marcar las que podríais realizar en un futuro (Si Fut) o las que pensáis que no se realizarán (No Fut).

1. Participación de las personas usuarias

1.1. Comunicación (reconocerla como necesidad pero también como derecho).

- Trasmitir que pueden expresar su opinión o comunicar lo que crean conveniente a dirección, psicóloga o a la personas que ellos estimen oportuno. (Si/No Mej)
- Tener en cuenta alternativas de comunicación para facilitar la participación de las personas con importantes déficits sensoriales. (Si/Si Mej)

1.2. Oportunidades (Sin oportunidades de elección y de decisión no existe el ejercicio de la autonomía).

- Ofrecer oportunidades de decisión y/o dar alternativas de elección. (Si/Si Mej)
- Buscar situaciones en las que puedan hacer actividades en el exterior (exposiciones, actividades de ocio municipales, pasear, tomar un café). (Si/Si Mej)
- Fomentar su implicación en el cuidado de su salud. (Si/Si Mej)

1.3. Motivación

- Valorar esfuerzos personales y mostrar interés en sus logros y experiencias que desarrollen, con el fin de motivarles a participar. (Si/Si Mej)
- Fomentar la participación haciéndoles partícipe en celebraciones que tengan lugar en el centro, en aspectos de decoración del centro, uso del tiempo libre. (Si/Si Mej)
- Motivar y reforzar el desarrollo de sus capacidades personales, autonomía e independencia. (Si/Si Mej)

- Hacer a los usuarios partícipes y motivarlos para que opinen sobre las decisiones que se tomen en el PIAI. (No/Si Fut) Corresponde a la BP 7.

2. Participación de las familias en la Residencia

2.1. Acompañamiento, apoyo, ayuda

Apoyar significa: facilitar y ayudar al otro en lo que no puede hacer.
Cuidar implica: hacer por ella.

- Implicar a la familia en los PIAIS. (No/Si Fut) Corresponde a la BP 7.
- Permitir que los familiares permanezcan con su familiar a cualquier hora, siempre que no entorpezcan ni invadan la intimidad de otros residentes. (No/No Fut)
- Permitir que las familias colaboren en los cuidados de su familiar. (Si/Si Mej)
- Mantener informada a la familia de las decisiones que tome su mayor o el equipo respecto al mismo. (Si/Si Mej)
- Que ayuden a mantener la autonomía del usuario. (Si/Si Mej)
- Informar a las familias respecto complicaciones o estados de salud del mayor. (Si/No Mej)
- Ofrecer oportunidades de convivencia con la persona usuaria y espacios que favorezcan a ello: comedores, salas, habitación, posibilidad de ir al exterior a un bar o a dar una vuelta. (Si/Si Mej)

2. 2. Participación en el centro

- Saber que tienen un buzón de sugerencias y/o reclamaciones. (Si/No Mej)
- Hacerles partícipes en la planificación, organización y celebración de lo que tenga lugar en la Residencia: fiestas, celebraciones, salidas. (Si/Si Mej)
- Escuchar sugerencias o quejas y valorarlas, mostrándoselo así a la familia.(Si/No Mej)

4C – Área de mejora 5: Entorno físico e integración en la comunidad

Objetivo de esta clase es:

- Reflexionar y evaluarnos acerca de nuestras formas de actuación en nuestro día a día respecto a dicha área de mejora.

El material que os mostraré a continuación son una serie de recomendaciones que propone la II parte de la Guía de BBPP [21]:

- Que tratarán de ejemplificar formas de actuación de los profesionales de los Centros si queremos seguir avanzando en esta área de mejora.

A continuación:

a) Marcar las formas cotidianas de actuación que si que hacéis en el Centro (Si). De éstas marcar las que podrías mejorar (Si Mej) o las que creéis que no hacen falta mejorar (No Mej).

b) Marcar las formas cotidianas de actuación que no hacéis en el Centro (No). De éstas marcar las que podríais realizar en un futuro (Si Fut) o las que pensáis que no se realizarán (No Fut).

1. ACCESIBILIDAD EXTERNA E INTEGRACIÓN EN LA COMUNIDAD

1.1. Equipamiento y participación

- Disponer de jardines con fácil acceso y sin barreras. (No/No Fut)
- Favorecer que las personas usuarias elijan la música que sonará en el centro. (Si/No Mej)
- Mantenerse actualizados acerca de las ayudas técnicas que puedan necesitar las personas usuarias. (Si/No Mej)

[21] Material extraído del capítulo 4 Anexos de la II parte de la Guía de BBPP. http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.2_Residencias%20Mayores-Parte%20II.pdf

- Tener prevista, cuando se programen salidas y actividades, la existencia de barreras arquitectónicas. (Si/No Mej)
- Promover actividades y salidas en ambientes normalizados (cafeterías, exposiciones) y fomentar sus capacidades y deseos (por ejemplo, en una cafetería no pedir por ellos). (Si/Si Mej)
- Acompañarles o ayudarles a realizar pequeñas compras o salidas. (Si/No Mej)
- Favorecer la participación en las actividades que existen en la comunidad (exposiciones, salidas programadas). (Si/No Mej).
- Tener en cuenta sus preferencias en las salidas. (Si/No Mej)
- Evaluar con los usuarios los resultados de las actividades y salidas que se realicen. (Si/No Mej)
- Implicarlas en la preparación de las actividades y salidas. (No/Si Fut)

1.2. Abrir el centro a la comunidad

- Hacer actividades conjuntas con otros grupos de edad, colegios, esplais. (No/Si Fut) Corresponde a la BP 1.
- Animar a la participación de las familias en actividades formativas. (No/Si Fut)
- Implicar a los familiares en actividades lúdicas propuestas por el Centro (acudir a cumpleaños). (No/Si Fut) Corresponde a la BP 6.

1.3. Salir a la comunidad

La participación en la comunidad/en su entorno aparte de ser una necesidad, es un derecho que tienen de las personas mayores. Por tanto deberíamos potenciar y promover más actividades fuera del Centro. Sobre todo es necesario tener en cuenta sus preferencias y deseos en las salidas e informarles previamente.

- Implicar a los familiares en actividades fuera del Centro (exposiciones, salidas organizadas por el Centro). (No/Si Fut) Corresponde a la BP 6.
- Favorecer la creación de grupos de voluntariado para realizar actividades fuera del centro. (No/Si Fut) Corresponde a la BP 2.
- Informar a los familiares sobre las actividades que se realicen fuera del Centro, sobre todo a las familias que presentan su familiar mayor dependencia y/o deterioro cognitivo. (Si/Si Mej)

2. ENTORNO FÍSICO: Características que ha de tener el Centro

2.2. Personalización

- Decorar los espacios comunes de las personas usuarias en función de sus gustos, de la estación del año. Tener muy en cuenta de NO INFANTILIZAR la decoración. (Si/Si Mej)
- Utilizar plantas que den sensación de "vida". (No/Si Fut)
- Favorecer que decoren su habitación con aquellas cosas que les gusten o le resulten significativas. (Si/Si Mej)
- Permitir que tengan que tengan en la habitación plantas, cuadros, colocación de alguna estantería, posibilidad de traer de su casa su almohada o sus sábanas. (No/No Fut)
- Posibilitar la identificación con nombres en las puertas de sus habitaciones/dibujos/ fotografías, según sus preferencias! (No/Si Fut)

2.3. Estimulación

- Valorar y favorecer la existencia de animales de compañía. (No/No Fut)
- Utilizar carteles y símbolos que oriente en su entorno. (Si/No Mej)
- Favorecer un entorno con estimulación sensorial (música, olores, colores…). (Si/Si Mej)
- Favorecer que se desenvuelva mejor el usuario (señales de orientación, relojes con números grandes y calendarios). (Si/Si Mej)

2.1. Seguridad

- Asegurar la señalización e iluminación de emergencias, interruptores de luz iluminados indicando su situación, instalación de detección de incendios. (Si/No Mej)
- Disponer de un plan de evacuación adecuado al centro y a las personas usuarias (Si/No Mej)
- Evitar obstáculos y el exceso de elementos que no permitan la deambulación de los mayores y conlleven riesgos de caídas. (Si/No Mej)
- Dotar al centro de material y ayudas técnicas adecuadas y suficientes para garantizar la seguridad y el confort del personal (camas articuladas eléctricas,

grúas de sedestación y elevación, cama-bañera, colchones de presión alternante…) (Si/No Mej)

- El centro ha de tener suelos antideslizantes. Cuidado cuando se derramen líquidos: limpiarlos de forma inmediata, para evitar caídas!) (Si/No Mej)

Hay que evitar:

- Células de ascensor muy sensibles o puertas que se cierran rápidamente
- No controlar el acceso a las escaleras, sobre todo en personas con grave deterioro cognitivo.