

Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia

Teresa Martínez Rodríguez

Principado de Asturias. Consejería de Bienestar Social y Vivienda

tmrpublicaciones@live.com; m.teresa.martinezrodriguez@asturias.org

Resumen

En primer lugar se define el concepto de buenas prácticas en la intervención social en las personas adultas en situación de dependencia y su relación con los conceptos de calidad de la atención y calidad de vida. El informe aborda después los referentes para la fundamentación de las buenas prácticas y los criterios e indicadores para su identificación. Se contempla la orientación a la persona como enfoque para la buena praxis profesional. Desde este enfoque se definen metodologías de trabajo basadas en dos dimensiones: la relacional y la organizacional. Finalmente se proponen unas estrategias para facilitar los cambios y consolidar las buenas prácticas en los centros y mejorar la calidad de la atención.

Palabras clave

Buenas prácticas, intervención social, calidad asistencial, dependientes, calidad de vida



Antes de imprimir este informe, piensa bien si es necesario hacerlo. Una tonelada de papel implica la tala de 15 árboles. Ayúdanos a cuidar el medio ambiente.

Para citar este documento: MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, Teresa (2010). "Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 98. [Fecha de publicación: 28/01/2010].

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practicas-01.pdf>

SUMARIO

1. Aproximación al concepto de Buenas Prácticas en la intervención social en las personas adultas en situación de dependencia
2. Referentes para la fundamentación de las Buenas Prácticas en la intervención social
 - 2.1. Principios rectores de la intervención social
 - 2.2. Los modelos de calidad de vida
3. Criterios e indicadores para la identificación de Buenas Prácticas
4. La Orientación a la persona como enfoque en la buena praxis profesional
5. Cotidianidad y buena praxis profesional en los centros
 - 5.1. La dimensión relacional: interacciones con las personas usuarias, con las familias y entre los profesionales
 - 5.2. La dimensión organizacional y metodologías para favorecer la atención personalizada
6. Estrategias para facilitar los cambios y consolidar las buenas prácticas en los centros
7. La metodología de la implementación progresiva de Buenas Prácticas-Clave como estrategia de mejora de la calidad de la atención en los centros.

1. Aproximación al concepto de buenas prácticas en la intervención social en las personas adultas en situación de dependencia

Términos como calidad, calidad de vida, y en relación a éstos el de buenas prácticas, se usan hoy día con gran profusión en distintos campos, y entre ellos también en el de la intervención social en personas en situación de dependencia.

Sin duda, esto responde a un creciente interés social relacionado no sólo con vivir más años o sobrevivir a enfermedades y a accidentes, sino en disfrutar esta vida “ganada al destino” de una forma satisfactoria. Hoy día ya no podemos conformarnos con la visión de la suficiencia (vs insuficiencia) de la oferta y provisión de servicios de apoyo a las personas en situación de dependencia sino que hemos de dar respuesta a una exigencia ciudadana en aumento que demanda nuevas formas de hacer que sintonicen con las preferencias y el bienestar subjetivo de las personas

Pero antes de avanzar en algunas de las cuestiones, a mi parecer relevantes en el abordaje de la intervención social a las personas en situación de dependencia desde la buena praxis profesional, nos detendremos en esbozar una mínima definición de estos tres términos, entre sí, entrelazados.

En general podríamos afirmar que un servicio es de calidad cuando además de cumplir los objetivos para lo que se pensó, lo hace eficientemente y satisface al cliente. La calidad de la atención en los servicios sociales tiene que ver con que lo que ofertamos (las intervenciones técnicas que llevamos a cabo) se lleve a cabo de una forma adecuada y genere bienestar a quienes nos dirigimos, en este caso, a las personas en situación de dependencia y sus familias.

Algo importante a reseñar es el hecho de que la adecuación/inadecuación de la atención no es algo determinado, sino que depende del modelo elegido y del grado de ajuste de las intervenciones técnicas realizadas al mismo. De este modo, estaremos ofreciendo una atención de calidad si ésta se ajusta al modelo de centro o servicio que hemos propuesto. Y en el terreno de la atención personal la apuesta ha de ser clara e inequívoca: un modelo esté orientado hacia las personas y a su bienestar cotidiano. Y no sólo a sus necesidades y características, como tradicionalmente venimos haciendo, sino a sus derechos, preferencias y deseos.

De ahí la importancia del concepto de calidad de vida, como aspecto central y determinante en la definición del modelo de intervención de los servicios de atención personal.

Aun reconociendo que el término calidad de vida como constructo hoy día adolece aún de insuficiente definición, su evolución delimita una doble dimensión: la objetiva y la subjetiva (Felce y Perry 1995). La dimensión objetiva recoge todas aquellas variables que son enunciadas como condiciones objetivas de vida como pueden ser la vivienda, los ingresos económicos, la salud, la red de apoyo existente o la disponibilidad de recursos comunitarios. La dimensión subjetiva, sin embargo, incluye la satisfacción personal con relación a estas condiciones de vida, la cual además viene mediatizada por los valores del individuo.

El término calidad de vida ha sido definido por la Organización Mundial de la Salud, 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".

La denominación de buenas prácticas, por su parte, tampoco es un término nítido y suficientemente clarificado. En general hace referencia al buen hacer profesional, como acción modelo, y por tanto, con poder ejemplarizante para los demás. Es evidente que dicho término parte (no siempre de un modo explícito) del reconocimiento de un "modelo ideal" del buen hacer profesional, y por tanto de lo que se entiende o asume como un modelo de atención de calidad.

Cabe observar, además, que cuando se mencionan las buenas prácticas en la intervención social no siempre se está haciendo referencia a un mismo nivel de intervención ni se otorga un peso similar a los objetivos subyacentes. De este modo, en función de los objetivos pretendidos en las definiciones ofrecidas de lo que es una buena práctica en la intervención en las personas adultas en situación de dependencia, podemos distinguir, al menos, tres acepciones (Martínez 2010):

a) En primer lugar cabe señalar las buenas prácticas como acciones de carácter innovador para el sector. La identificación de las mismas se dirige, en este caso, al reconocimiento de

experiencias claramente creativas que ofrezcan elementos ejemplarizantes en cuanto a formas de intervención, y por tanto, como una estrategia valiosa para la dinamización del mismo. Desde esta acepción, las buenas prácticas podrían ser definidas como aquellos programas, proyectos o experiencias de intervención social que responden de una forma innovadora y satisfactoria al objetivo de mejorar la atención y la calidad de vida de las personas adultas en situación de dependencia.

b) En segundo lugar las buenas prácticas pueden ser concebidas y utilizadas como instrumentos para la mejora de la intervención en los recursos. Desde esta aproximación, las buenas prácticas se consideran a modo de acciones-guía para introducir cambios en los recursos que mejoren la calidad de la atención. Estas pueden ser definidas como "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 de las personas" (Bermejo y Mañós, 2009). En este caso, la innovación en el sector no tiene por qué tener un peso decisivo, aunque las buenas prácticas reconocidas sí deben suponer un cambio y un progreso en la mejora del centro.

c) Finalmente, cabe distinguir una tercera aproximación al empleo del término buenas prácticas, cuando éstas hacen referencia a las recomendaciones para el buen hacer profesional en el "día a día". En este caso, las buenas prácticas, no se refieren a un conjunto de acciones planificadas sino más bien se refieren a modos recomendables para la actuación profesional cotidiana (quizás, por ello, sería más adecuado, en este caso, hablar de buena praxis). Recomendaciones que tienen que ver con una amplia variedad de asuntos cotidianos (decisiones, opciones metodológicas, comportamientos, interacciones, actitudes y habilidades implicadas en el buen trato) y que son cardinales en la calidad de vida de las personas. Indicaciones relacionadas con el buen hacer profesional, que, a su vez, pueden dirigirse hacia aspectos relacionales (trato con las personas usuarias, con las familias o entre los profesionales) como hacia cuestiones organizativas o metodológicas.

2. Referentes para la fundamentación de las buenas prácticas

Las buenas prácticas surgen, por tanto, como una estrategia para la mejora de la calidad asistencial y de las intervenciones profesionales. Pero la pregunta que a continuación se plantea es la siguiente ¿cómo valorar si una acción o determinada iniciativa puede considerarse como una buena práctica?

Evidentemente esto va a depender del marco referencial que utilicemos, es decir, de la definición que hagamos sobre lo que hemos de considerar el buen hacer técnico, así como de los criterios a utilizar y que en base a la misma determinemos. Como ya se ha señalado, en el tema que nos ocupa la orientación a la persona y a su calidad de vida ha de ser el eje central de las aproximaciones que hagamos a la buena praxis profesional.

De este modo, cabe considerar que toda acción o intervención considerada como una buena práctica (en cualquiera de las tres acepciones anteriores) debe responder a una doble indicación: la técnica y la ética. Estos son dos requisitos siempre exigibles a la consideración de una acción o intervención como buena práctica, independientemente de que, además, puedan proponerse, como veremos más adelante, otros criterios (planificación, evaluación, replicabilidad, durabilidad...) que perfilen o completen el concepto.

Las acciones consideradas como buenas prácticas deben ser conformes al conocimiento científico generado en el sector. Nunca podremos considerar algo como tal si la eficacia de la intervención no ha sido contrastada, o por supuesto, cuando exista evidencia sobre sus efectos negativos en el bienestar de las personas.

Además las acciones consideradas como buenas prácticas no pueden entrar en colisión con los principios éticos que orienten la intervención social. Los principios éticos se convierten así en el principal marco de referencia y análisis a contemplar.

Distintos modelos y aportaciones proponen criterios rectores de la intervención social que integran ambas aportaciones. Los modelos de calidad de vida son una importante aportación a la hora de definir y sustentar lo que hemos de considerar una buena práctica en la atención a las personas en situación de dependencia. Dada su gran relevancia en el tema que nos ocupa, a estas

consideraciones nos referiremos a continuación con algo más de detalle.

2.1. LOS PRINCIPIOS RECTORES DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

Toda intervención social ha de estar sustentada en un modelo donde se propongan una serie de principios rectores y los correspondientes criterios técnicos de actuación. Esto es algo imprescindible si queremos diseñar intervenciones bien fundamentadas y desarrollarlas de un modo sistemático y coherente.

El primer referente de cara a proponer los principios rectores de la intervención social es sin duda la Ética. La ética asistencial tiene su origen en el ámbito sanitario desde las primeras recomendaciones surgidas en los años 70 en Estados Unidos en torno a los criterios éticos a seguir en las investigaciones con seres humanos (The Belmont Report) y el desarrollo posterior de análisis bioéticos ante los principales problemas éticos que se plantean en la medicina y en la práctica clínica (Beauchamp y Childress, 1979).

Desde entonces, la ética asistencial en el ámbito clínico se viene desarrollando fundamentalmente desde el método racional y deliberativo propuesto por Diego Gracia (Gracia 1991), en el cual se señalan y ordenan los cuatro principios de la bioética: no-maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

La ética aplicada a la intervención social, comparte el mismo punto de partida reconociendo el principio formal universal y absoluto que reza 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. Este es el principio que orienta toda interacción social entre personas y de su carácter absoluto se deriva que nunca, bajo ninguna condición, debe ser incumplido.

El principio de no maleficencia obliga a los profesionales de los servicios sociales a no hacer daño (físico, psicológico o social) a la persona en situación de dependencia ni a sus familiares, así como a realizar buenas prácticas en la intervención.

El principio de justicia obliga moralmente a los profesionales de los recursos a no discriminar a ninguna persona por razones sociales y a

distribuir los recursos de forma equitativa entre las personas de similar necesidad.

El principio de autonomía conduce a los profesionales de los centros de atención social a promover y respetar las decisiones de las personas usuarias.

El principio de beneficencia orienta a los profesionales a hacer el bien a las personas usuarias. Esto se traduce en procurarle el mayor beneficio partiendo del concepto subjetivo del bien de la propia persona.

Según el método racional y deliberativo propuesto por Gracia para abordar los problemas éticos en los ámbitos sociosanitarios, los principios de no maleficencia y justicia son los principales, ordenados en una jerarquía superior a los otros dos, y se sitúan en lo se denomina ética de mínimos, generando obligación en los profesionales, las instituciones y los responsables de la gestión de las mismas. Los principios de autonomía y beneficencia, se sitúan en la ética de máximos y serán determinados en cada persona o grupo según su propio código moral (Gracia 1991).

Además de los principios propuestos por la ética, con frecuencia en el ámbito de la intervención social se enuncian y reconocen otra serie de principios de cara a establecer el marco rector de la misma. Las distintas leyes de servicios sociales, así como sus normativas relacionadas, incluyen una serie de principios, de los cuales se deriva, y en este sentido cabría ser descrito, el ideario del buen hacer profesional en este campo.

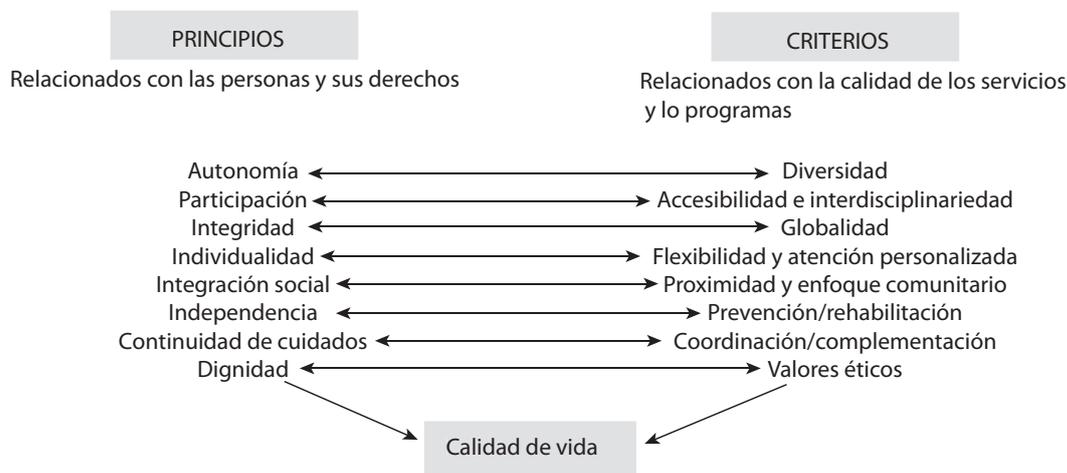
En esta línea Fernando Fantova hace mención

a los principios filosóficos que han de guiar la buena praxis profesional en los servicios sociales, citando los siguientes: prevención, enfoque comunitario, personalización, sinergia, continuidad de la atención, promoción de la autonomía, normalización e integración (Fantova 2008).

De especial interés resulta la propuesta de Pilar Rodríguez sobre la caracterización del modelo de atención a las personas en situación de dependencia, donde señala un total de ocho principios rectores que deben orientar la intervención en este campo, de los cuales, a su vez, se derivan los criterios técnicos que han de conducir las actuaciones e interacciones profesionales (ver gráfico nº 1). Estos ocho principios destacados son: la autonomía, la participación, la integralidad, la individualidad, la integración social, la independencia, la continuidad en los cuidados y la dignidad.

Según la autora “ Los principios hacen referencia a las personas a las que se dirigen los programas y a sus derechos, y sientan la filosofía de la atención. Constituyen el eje alrededor del cual deben girar las intervenciones que se desarrollen y, por tanto, éstas han de estar siempre supeditadas al cumplimiento de los principios. Los criterios constituyen la metodología que hará posible el cumplimiento de los principios. Por tanto, principios y criterios se reclaman recíprocamente. Los criterios tienen que ver con una correcta praxis profesional, con la calidad de los programas y con la idoneidad de los apoyos que se determinen para hacer posible el cumplimiento de los principios sustentadores” (Rodríguez 2006).

Gráfico 1. PRINCIPIOS Y CRITERIOS DE UN MODELO DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA



Fuente: RODRÍGUEZ P., 2006

2.2. LOS MODELOS DE CALIDAD DE VIDA

Los modelos de calidad de vida también pueden aportar marcos de interés para fundamentar diseños de centros e intervenciones donde el eje fundamental sea la orientación a las personas.

Dentro de los distintos modelos de calidad de vida aplicados a las personas en situación de fragilidad o dependencia, el propuesto por Schalock es uno de los más citados. Este autor identifica ocho dimensiones de calidad de vida para las personas (Schalock 1996,1997). Las expresa como las condiciones deseadas por una persona con relación a ocho necesidades fundamentales que constituyen el núcleo de las dimensiones de vida de cada individuo.

Este modelo presenta la calidad de vida como un concepto multidimensional compuesto por ocho dimensiones diferentes, los cuales a su vez, pueden ser formulados a través de distintos indicadores. Las dimensiones propuestas por Schalock han sido constatadas en diversos estudios de investigación en el campo de la salud mental, la educación, la discapacidad, la salud y las personas mayores (Schalock y Verdugo, 2002/2003). En la Tabla nº 1 se reproducen las ocho dimensiones del modelo y los indicadores más utilizados

para la evaluación de cada una de estas dimensiones en el ámbito de la atención a las personas con discapacidad.

En la investigación llevada a cabo sobre la calidad de vida en las personas mayores, se hallan los trabajos de Fernández Ballesteros y Zamarrón (Fernández Ballesteros y Zamarrón, 1996; Fernández Ballesteros, 1997) desde los que también se define el modelo de calidad de vida en la vejez mediante una aproximación multidimensional. Este modelo incorpora elementos personales, tanto objetivos (como lo son las habilidades funcionales) como subjetivos (la como la salud percibida o la satisfacción de la vida,) y elementos externos al sujeto como pueden ser el acceso a servicios, el medio ambiente o el apoyo social. En la Tabla nº 2 se muestran los nueve dominios de calidad de vida según el modelo planteado por estas autoras. Desde este modelo se han desarrollado distintas aplicaciones en el ámbito de de las personas mayores, de las cuales cabe destacar el Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI) uno de los instrumentos de medición de calidad de vida en personas mayores validado para la población española que mayor utilización está teniendo tanto en el ámbito aplicado de la intervención como en estudios de investigación.

Tabla 1. MODELO DE CALIDAD DE VIDA

Dimensiones	Indicadores
1. Bienestar Emocional	1. Satisfacción: Estar satisfecho, feliz y contento. 2. Autoconcepto: Estar a gusto con su cuerpo, con su forma de ser, sentirse valioso. 3. Ausencia de estrés: Disponer de un ambiente seguro, estable y predecible, no sentirse nervioso, saber lo que tiene y que puede hacer.
2. Relaciones Interpersonales	4. Interacciones: Estar con diferentes personas, disponer de redes sociales. 5. Relaciones: Tener relaciones satisfactorias, tener amigos y familiares y llevarse bien con ellos. 6. Apoyos: Sentirse apoyado a nivel físico, emocional, económico. Disponer de personas que le ayuden cuando lo necesite y que le den información sobre sus conductas.
3. Bienestar Material	7. Estatus económico: Disponer de ingresos suficientes para comprar lo que necesita o le gusta. 8. Empleo: Tener un trabajo digno que le guste y un ambiente laboral adecuado. 9. Vivienda: Disponer de una vivienda confortable, donde se sienta a gusto y cómodo.

Dimensiones	Indicadores
4. Desarrollo Personal	10. Educación: Tener posibilidades de recibir una educación adecuada, de acceder a títulos educativos, de que se le enseñen cosas interesantes y útiles 11. Competencia personal: Disponer de conocimientos y habilidades sobre distintas cosas que le permitan manejarse de forma autónoma en su vida diaria, su trabajo y su ocio, sus relaciones sociales. 12. Desempeño: tener éxito en las diferentes actividades que realiza, ser productivo y creativo
5. Bienestar Físico	13. Salud: Tener un buen estado de salud, estar bien alimentado, no tener síntomas de enfermedad 14. Actividades de la vida diaria: Estar bien físicamente para poder moverse de forma independiente y realizar por sí mismo actividades de autocuidado, como la alimentación, el aseo, vestido, etc 15. Atención sanitaria: Disponer de servicios de atención sanitaria eficaces y satisfactorios. 16. Ocio: Estar bien físicamente para poder realizar distintas actividades de ocio y pasatiempos.
6. Autodeterminación	17. Autonomía/Control Personal: Tener la posibilidad de decidir sobre su propia vida de forma independiente y responsable. 18. Metas y valores personales: Disponer de valores personales, expectativas, deseos hacia los que dirija sus acciones 19. Elecciones: Disponer de distintas opciones entre las cuales elegir de forma independiente según sus preferencias, por ejemplo, dónde vivir, en qué trabajar, qué ropa ponerse, qué hacer en su tiempo libre, quiénes son sus amigos.
7. Inclusión Social	20. Integración y participación en la comunidad: Acceder a todos los lugares y grupos comunitarios y participar del mismo modo que el resto de personas sin discapacidad 21. Roles comunitarios: Ser una persona útil y valorada en los distintos lugares y grupos comunitarios en los que participa, tener un estilo de vida similar al de personas sin discapacidad de su edad. 22. Apoyos sociales: Disponer de redes de apoyo y de ayuda necesaria de grupos y servicios cuando lo necesite
8. Derechos	23. Derechos humanos: Que se conozcan y respeten sus derechos como ser humano y no se le discrimine por su discapacidad. 24. Derechos legales: Disponer de los mismos derechos que el resto de los ciudadanos y tener acceso a procesos legales para asegurar el respeto de estos derechos.

Fuente: Shalock y Verdugo, 2002

Tabla 2. DOMINIOS DE CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

- a) Salud (objetiva, subjetiva y psíquica)
- b) Integración social
- c) Habilidades funcionales
- d) Actividad y ocio
- e) Calidad ambiental (vivienda)
- f) Satisfacción con la vida
- g) Educación
- h) Capacidad económica
- i) Servicios sociales y sanitarios

Fuente: Fdez Ballesteros y Zamarrón, 1996

3. Criterios e indicadores para la identificación de buenas prácticas en la intervención social en personas en situación de dependencia

Las propuestas operativas para definir las Buenas Prácticas son diversas, en primer lugar, como ya se ha comentado, porque estas se particularizan en función del peso de los objetivos buscados en su aplicación (innovación en el sector, mejora continua de la atención en el recurso u orientación hacia la buena praxis cotidiana).

Además, esta diversidad se intensifica por el

hecho de que las definiciones emanan de contextos de intervención específicos (mujer, discapacidad, educación, infancia, mundo rural...) detallando una serie de criterios que permiten la catalogación o no de una acción como Buena Práctica en cada uno de estos campos profesionales.

Sin intención de realizar una revisión exhaustiva, nos detendremos en algunas de las definiciones de Buenas Prácticas efectuadas desde la enumeración de criterios que vienen siendo aplicados en ámbitos profesionales relacionados con la atención a las personas en situación de dependencia.

Cabe hacer mención, en primer lugar, a las aportaciones realizadas por el movimiento FEAPS en el ámbito de atención a las personas con discapacidad. Desde esta entidad han definido lo que se considera una Buena Práctica en relación a los proyectos e iniciativas de sus asociaciones. Las Buenas Prácticas han sido definidas como una

“acción o conjunto de acciones que, fruto de la identificación de una necesidad, son sistemáticas, eficaces, eficientes, sostenibles, flexibles, y están pensadas y realizadas por los miembros de una organización con el apoyo de sus órganos de dirección, y que, además de satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes, suponen una mejora evidente de los estándares del servicio, siempre de acuerdo con los criterios éticos y técnicos de FEAPS y alineadas con su misión, su visión y sus valores. Estas buenas prácticas deben estar documentadas para servir de referente a otros y facilitar la mejora de sus procesos”.

Además se han consensuado una serie de criterios para determinar que una acción es una buena práctica, los cuales se resumen en la Tabla nº 3. Hay que señalar que no se consideran como criterios de carácter binario (se cumple o no se cumple) sino como orientaciones para la valoración.

Tabla 3. CRITERIOS PROPUESTOS POR FEAPS PARA LA VALORACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN SUS ASOCIACIONES

- Que parta de una necesidad, manifiesta o latente, sentida por los clientes o los técnicos u otras partes interesadas de la organización.
- Que afecte a un proceso clave de la organización o a uno de sus servicios / actividades de atención directa.
- Que suponga una mejora notable en la calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual y la de sus familias y en los niveles de calidad del servicio.
- Que sea innovador o aproveche los conocimientos existentes más avanzados al respecto.
- Que se base en datos o evidencias contrastables, tanto para justificar su necesidad como para demostrar sus resultados.
- Que tenga garantías de continuidad. La buena práctica ha de ser sostenible (económica, organizativa y técnicamente) a largo plazo, hasta que se mejore o reemplace por otra.
- Que participen todos los implicados, en la medida de sus posibilidades, en su diseño, implantación y evaluación, y que la asuman.
- Que cuente con el respaldo de la dirección (representantes legales de la entidad y órganos de dirección).
- Que sean experiencias motivadoras para el equipo que las desarrolla
- Que generen movilizaciones internas
- Que sean experiencias atractivas, que ‘enganchen’
- Que tengan repercusión, que generen cambio
- Que contribuyan al desarrollo permanente de la Calidad FEAPS
- Que se adapte a las necesidades individuales y/o los cambios en el contexto (p.e. que sea suficientemente flexible para servir en diferentes situaciones o para modificarse tras ocurrir cambios en el contexto).
- Que sea sistemática. Que exista un plan de actuación que describe de forma clara y concreta los objetivos a lograr (generales y específicos), los indicadores de evaluación, los recursos a gestionar, y el listado temporalizado de actuaciones que contiene.
- Que se revise periódicamente según las evidencias recogidas o los deseos y necesidades del cliente.
- Que se formule de tal manera que cualquier otra entidad pueda, con la evidencia y documentación disponibles, ponerlo en práctica y adaptarlo a su situación.
- Que demuestre capacidad de trabajo en red
- Que se vinculen a estrategias de FEAPS, provistas por el Plan Estratégico. Especialmente importante es que se vinculen a la Calidad FEAPS.

Fuente: FEAPS

En lo que atañe a la intervención gerontológica, tras realizar una revisión de la literatura existente, en una definición de elaboración propia se proponen y describen ocho criterios (Tabla nº 4) para la identificación y selección de buenas

prácticas en este campo. Criterios seleccionados en función de la frecuencia de su utilización así como por su relevancia en la intervención con las personas mayores.

Esta definición considera los dos primeros

Tabla 4. CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL ÁMBITO DE INTERVENCIÓN CON PERSONAS MAYORES

1) Innovación respecto a la intervención social habitual en la atención a las personas mayores.

Descripción: La experiencia constituye una respuesta novedosa a las necesidades u objetivos de atención propuestos. La innovación puede identificarse tanto porque se trate de un nuevo recurso o porque se proponga una organización o intervención creativa dentro de un recurso social ya existente en el sector.

2) Orientación hacia la mejora de la calidad de vida de las personas o grupos relacionados en su atención.

3) Participación activa de los agentes relacionados con el desarrollo de la iniciativa.

Descripción: La experiencia contempla la participación en la misma de las personas mayores, en su caso de las familias cuidadoras y de los profesionales u otros miembros de la comunidad. Esta participación se contempla en el diseño, en el desarrollo y en la evaluación de la iniciativa.

4) Transferibilidad a otros recursos o contextos.

Descripción: La experiencia puede ser generalizada a otros recursos de atención u a otros lugares con relativa facilidad. Sus características indican la posibilidad de ser aplicada sin grandes dificultades en otros contextos.

5) Planificación del proceso.

Descripción: La experiencia se lleva a cabo siguiendo un proceso racional de planificación, pudiendo identificarse actuaciones diferenciadas relacionadas con las fases de diseño, de implantación y de evaluación.

6) Eficiencia en la organización de los recursos.

Descripción: La experiencia se realiza desde la óptica de uso eficiente de los recursos. La coordinación y el trabajo en red se visibilizan en la misma.

7) Impacto positivo evaluado como consecuencia de su implementación.

Descripción: La experiencia ha sido evaluada y en dicha evaluación se describen impactos positivos tanto en relación con las personas mayores usuarias como en otros ámbitos (mejora relación familiar, generación de empleo, dinamización de recursos, corresponsabilidad de agentes o grupos sociales, etc).

8) Durabilidad de su aplicación.

Descripción: La experiencia no responde a una iniciativa aislada sin vocación de permanencia. Los motivos que la originan tienen que ver con la transformación o mejora de la intervención gerontológica y no se ciñe a objetivos limitados de promoción o investigación en los que es legítima y habitual la temporalización limitada de las intervenciones.

Fuente: Martínez, 2010

criterios de carácter fundamental, es decir su presencia es obligatoria para que una experiencia pueda ser considerada como una Buena Práctica; los otros seis son considerados como complementarios y la debilidad de uno de ellos puede ser compensada por la fortaleza de otros. Una adaptación de estos ocho criterios está siendo utilizada en el portal Enclaverural.es para la evaluación y catalogación de buenas prácticas en la atención a las personas mayores y con discapacidad en los contextos rurales. Portal en funcionamiento que ha sido promovido por el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales (a través del IMSERSO) y

el Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino (Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Portal Enclave Rural, 2009) para visibilizar y apoyar la innovación en la intervención a las personas mayores o con discapacidad en el mundo rural.

Asimismo y en relación con las actuaciones de los profesionales en los centros de atención a las personas en situación de dependencia, Bermejo y Mañós, presentan un listado de características (Tabla nº 5) para poder ser utilizadas como indicadores de Buena Práctica en los mismos (Bermejo y Mañós, 2009).

Tabla 5. INDICADORES DE BUENAS PRÁCTICAS EN CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

10. Actuales
11. Consensuadas
12. Ecológicas y sostenibles
13. Eficaces
14. Empoderadoras
15. Éticamente aceptables
16. Interdisciplinar
17. Jurídicamente conforme
18. Objeto de aprendizaje
19. Participativa
20. Perdurable
21. Pertinente
22. Realista
23. Resultado del sentido común y de experiencias desarrolladas
24. Satisfactorias
25. Seguras y de calidad
26. Sistematizadas
27. Transmisibles
28. Verificables y evaluables

Fuente: Bermejo y Mañós, 2009

4. La orientación a la persona como enfoque para la buena praxis profesional

Podemos definir la Orientación hacia la Persona como el enfoque profesional cuya principal característica es la situación de la persona usuaria en el centro del proceso de intervención o atención. Situación central que implica contemplar no sólo sus necesidades de atención integral derivadas de su situación funcional y personal sino el respeto a su preferencias y deseos, apoyando que cada persona pueda gestionar, en la medida de sus competencias, su día a día y seguir desarrollando su proyecto de vida.

Este enfoque tiene sus antecedentes en la gestión de casos y ha sido desarrollado de una forma destacada desde hace ya varias décadas en el ámbito de la atención a las personas con discapacidad intelectual por la metodología denominada planificación centrada en la persona.

La gestión de casos procede del modelo anglosajón "case management", y se dirige a lograr

la coordinación integral de la atención de la persona. Entre los objetivos que persigue este modelo de atención figuran lograr la continuidad de los cuidados entre los distintos dispositivos, sistemas y profesionales, la atención integral y el apoyo personalizado. Dentro de los elementos claves metodológicos principales de este modelo cabe señalar dos:

a) La presencia de un profesional de referencia encargado de la "toma a cargo del caso", en el sentido del seguimiento del caso y de la necesaria coordinación dentro de la red de recursos sociales y sanitarios.

b) El diseño de planes individualizados de atención donde, a modo de contrato entre usuarios y sistema, se establecen objetivos, actuaciones y seguimiento/evaluación de las intervenciones profesionales.

La planificación centrada en la persona puede ser definida como un enfoque de intervención o como un conjunto de técnicas. Su principal apuesta no es otra que la defensa de la autodeterminación y la visibilización de las capacidades de las personas con discapacidad procurando apoyos que lo permitan. En este sentido, y siguiendo las reflexiones de López y colaboradores (López y cols., 2004), es conveniente recordar las dos acepciones del concepto de autodeterminación: la autodeterminación como capacidad y la autodeterminación como derecho.

La autodeterminación como capacidad se refiere al conjunto de habilidades que cada persona tiene para hacer sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de las consecuencias de las mismas. La autodeterminación como capacidad se adquiere mediante su ejercicio, mediante el aprendizaje que proviene de uno mismo y de la interacción social. Se trata, así pues, del ejercicio directo de la autodeterminación por las propias personas.

La autodeterminación como derecho hace referencia a la garantía de que las personas, al margen de sus capacidades, puedan desarrollar un proyecto vital basado en su identidad personal y tener control sobre el mismo. En el caso de personas con grave afectación, el ejercicio del derecho de la autodeterminación puede ser indirecto, es decir mediado por otros y a través de los apoyos precisos. Es la diferencia entre el poder

efectivo (cuando las cosas ocurren como querríamos aunque no se tenga control sobre ellas) y tener control (las elecciones y decisiones las realiza la propia persona).

La planificación centrada en la persona es definida como una metodología facilitadora de que la propia persona con discapacidad, en situación de fragilidad o dependencia, sobre la base de su historia, capacidades y deseos, planifique las metas que quiere alcanzar para mejorar su vida. Para ello puede ser necesario, si la persona presenta una grave afectación, posibilitar el ejercicio de la autodeterminación de forma indirecta, mediada por otros, ofreciendo un grupo social referencial así como los apoyos precisos. En este caso, este método busca dar poder efectivo garantizando su autodeterminación.

La planificación centrada en la persona se sustenta en varias asunciones básicas:

- Ninguna persona es igual a otra y por tanto la atención individualizada debe ser el valor central de los servicios que prestan apoyo a las personas.
- La persona es el centro del proceso de planificación. Se parte de sus derechos, el foco se sitúa en sus capacidades, en sus preferencias y en las elecciones de las personas. Los apoyos que se precisan para ello cobran una importancia extrema.
- La persona mantiene relaciones de interdependencia con su red social próxima. La familia y los amigos son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de la persona con discapacidad o dependencia y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación.
- La planificación centrada en la persona se entiende como un proceso continuo donde la escucha y el aprendizaje modulan los cursos de acción. Se trata, por tanto, de un proceso flexible y abierto al cambio, dispuesto a adaptarse a las diferentes necesidades, deseos y aspiraciones de la personas en las diferentes etapas y circunstancias de su vida.

5. Cotidianidad y buena praxis profesional en los centros.

Desde el enfoque de orientación a la persona, lo cotidiano, el día a día en los centros, se convierte

en la pieza angular de la calidad asistencial. Ello implica contar y utilizar metodologías de trabajo acordes a los principios de este enfoque (autonomía, participación, integralidad, individualidad, integración social, independencia/ bienestar y dignidad), así como espacios de revisión y sistemas que permitan evaluar y detectar las desviaciones que en el devenir cotidiano puedan irse produciendo.

Actuaciones técnicas que en la práctica profesional cotidiana en los centros de atención tienen que ver fundamentalmente con dos dimensiones: la relacional y la organizacional. La dimensión relacional tiene que ver, a su vez, tanto con las interacciones que los profesionales mantienen con las personas usuarias como con las familias y entre el propio personal del centro. La dimensión organizacional, por su parte, tiene que ver con los procedimientos, con cómo pensamos y organizamos nuestras intervenciones o con qué soportes documentales o instrumentos utilizamos.

5.1. LA DIMENSIÓN RELACIONAL. INTERACCIONES CON LAS PERSONAS USUARIAS, CON LAS FAMILIAS Y ENTRE LOS PROPIOS PROFESIONALES

a) Buena praxis en las interacciones con las personas usuarias

Los profesionales son un factor decisivo para que las intervenciones técnicas hagan efectivos los principios que definen un modelo de atención centrado en la persona. Porque las intervenciones técnicas en los servicios sociales se basan y desarrollan desde la interacción social. Por ello, la cualidad de estas interacciones (cómo y en base a qué criterios, modos y ritmos se desarrollen) es algo esencial (imprescindible) para la calidad de la atención.

Favorecer la autonomía y la independencia

La interacción de los profesionales del centro debe favorecer la independencia, la autonomía personal y la autoestima de las personas mayores que allí son atendidas. Estos tres conceptos están en estrecha relación. La independencia es la capacidad de realizar por uno mismo, sin depender de otras personas, las actividades de la vida diaria. Por tanto, es lo contrario a la dependencia.

Sin embargo, la autonomía personal es la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida. Ciertamente, la autonomía no es un término opuesto a la dependencia; siendo la heteronomía el término contrario a la autonomía. De hecho una persona en situación de dependencia puede y debe ser lo más autónoma posible.

La autoestima es la confianza que uno tiene de sí mismo en cuanto ser valioso y de utilidad para uno mismo o para los demás y puede verse afectada con la pérdida de facultades. Cuando una persona se vuelve dependiente, puede ver mermada su capacidad y las oportunidades para tomar sus propias decisiones, y producirse un descenso de su autoestima.

En conclusión, el hecho de estar al cuidado de otros y depender de ellos en la vida cotidiana puede afectar de forma importante la autonomía y la autoestima de la persona mayor. La actitud y el trato que los profesionales del centro mantengan con las personas usuarias resulta esencial en estos asuntos

Favorecer el bienestar emocional

El bienestar emocional es un elemento nuclear en la calidad de vida de la persona ya que es la expresión subjetiva de cómo ésta se siente en relación consigo mismo y con su entorno.

En el concepto de bienestar emocional coexisten numerosas variables y aproximaciones. Dos aspectos de gran importancia en este asunto y que por tanto deben ser cuidadosamente contemplados por los profesionales del centro: la comunicación con la persona y el manejo adecuado de las alteraciones del comportamiento.

La comunicación es la base de una buena relación interpersonal. El cuidado es una forma de relación interpersonal, y por tanto, la comunicación es algo fundamental para el entendimiento y la empatía. Las personas en situación de dependencia, por diferentes motivos, pueden ver limitada su capacidad comunicativa. Los déficits sensoriales importantes, el deterioro cognitivo, así como otros factores de índole psicoafectiva pueden afectar o dificultar la comunicación interpersonal y por ello los profesionales del centro deberán manejar adecuadamente los elementos facilitadores de una buena comunicación.

Las alteraciones en el comportamiento suelen

ser la expresión de estados emocionales negativos que se producen cuando la persona no es capaz de solventar por sí mismo diversas fuentes de malestar. En estas circunstancias, cobra gran importancia que el equipo de profesionales interprete y maneje de una forma adecuada estos comportamientos entendiéndolos como una forma de expresión del sufrimiento o disconfort de la persona.

Abordar las situaciones más complejas con profesionalidad implica analizar la conducta desde cada situación y cada persona, para así poder ofrecer marcos de respuesta adecuados, evitando manejos arbitrarios o el uso indiscriminado de contenciones y restricciones mecánicas o químicas. Un adecuado abordaje de estas alteraciones contribuirá a mejorar el estado emocional de la persona.

Respetar la dignidad

Dignidad deriva del adjetivo latino dignus y se traduce por "valioso". El concepto de dignidad se basa en el reconocimiento de la persona como valiosa en sí misma por el mero hecho de su condición humana. Del concepto de dignidad se deriva la necesidad de trato respetuoso hacia uno mismo y hacia los demás. Toda persona, independientemente de sus características personales (sexo, edad, raza...) situación económica, social y cultural, así como de sus creencias o formas de pensar, es por tanto, merecedora de respeto.

Las personas en situación de dependencia son especialmente vulnerables a recibir un trato que no respete su dignidad. El trato digno a las personas se traduce en aspectos muy concretos de la atención cotidiana en los centros a los que deberemos prestar una especial atención, como: a) la protección y garantía de la intimidad y la privacidad, b) la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal, c) evitar los sentimientos de exclusión, d) el respeto a la edad adulta y e) el respeto y apoyo al desarrollo del proyecto de vida propia.

Posibilitar y fomentar la participación

Reconocer la participación de las personas usuarias de un recurso como un elemento de buena praxis se deriva del reconocimiento del principio de autonomía. La participación de las personas

en los procesos cotidianos del centro parte de la búsqueda de la promoción de la autonomía de la persona mayores, como ser capaz de opinar, hacer elecciones, tomar decisiones y llevar a cabo actuaciones competentes.

La participación en el centro puede verse referida a distintos procesos, no teniendo por qué ser propuesta de forma igual para todas las personas usuarias, ni pensada para una misma persona en distintas situaciones o actividades. Esta puede ser facilitada ofreciendo oportunidades diversas como: el acceso a una información inteligible sobre cuestiones del centro o relacionadas con su atención o estado, la posibilidad de que las personas expresen sus deseos, preferencias y opiniones, o la de que éstas tomen decisiones ejerciendo control sobre procesos cotidianos (atención en el aseo, comida, elección de actividades lúdicas, de compañía en el centro...), la existencia de apoyos para la toma de decisiones en los procesos cotidianos del centro (información accesible, tiempos de escucha...) o la organización de las personas usuarias como co-gestoras del centro.

La participación sólo se desarrolla cuando ésta se ejerce, y para ello debe posibilitarse. Además de llevar a cabo procesos informativos y formativos destinados a capacitar a las personas mediante la adquisición de habilidades, es imprescindible que la política del centro crea en la participación de las personas usuarias y abra espacios, sistemas y apoyos para ello.

La participación de la persona usuaria puede verse muy reducida en los casos en que ésta presente una grave afectación cognitiva. En estos casos, lo más frecuente es que la familia o allegados ejerzan y hagan posible el ejercicio de su autodeterminación. Serán esta/s persona/s las que tendrán la voz de la persona usuaria, expresando sus preferencias y elecciones, actuando de facilitadores del cumplimiento de su proyecto vital.

b) Buena praxis en las interacciones con las familias

Las familias deben tener un papel relevante en los procesos asistenciales de un centro o servicio. Como propio objeto de atención (cuidar al cuidador) y como colaboradoras en la atención a las personas usuarias.

En general, la familia supone para las personas

usuarias un apoyo fundamental que sigue dispensado cuidados y, habitualmente, una importante fuente de apoyo emocional. Por ello, el equipo de profesionales debe partir del reconocimiento del papel de las familias y de la necesidad de colaboración para la buena atención de las personas usuarias.

Las familias deben tener su espacio en el centro, siempre que esto sea admitido por la persona, lo que de hecho, sucede de forma bastante habitual. Independientemente de la existencia de una buena relación, la persona usuaria, siempre que tenga competencia para ello, debe ser informada y consentir que la familia sea informada y participe en el centro en los asuntos relacionados con la atención a la persona usuaria.

En todo caso, el equipo de atención del centro debe prestar una especial atención a que la presencia familiar no anule la propia voz de la persona usuaria. Es preciso no olvidar que es ésta quien debe autogestionar su propia vida (salvo en caso de personas con grave afectación cognitiva) y por tanto debe ser la principal interlocutora del equipo de atención. Muchas veces, desde la mejor de las intenciones, las familias tienden a decidir directamente sobre los asuntos relacionados con la persona usuaria, quedando ésta relegada en la toma de decisiones. Algo que deberemos evitar sin que la familia se sienta recriminada.

En ocasiones surgen conflictos con las familias de las personas usuarias en el centro. Estos deberán ser analizados, desde el análisis de la queja, la situación y las alternativas, evitando los juicios de valor negativos y “etiquetajes” que a veces se hacen con excesiva ligereza por parte de los profesionales ante las familias que expresan sus demandas o abiertamente protestan.

La escucha, el respeto y el espíritu de colaboración y de resolución de los problemas que puedan surgir debe presidir la relación del centro con la familia.

Especial atención requieren las familias que a nuestro juicio presentan demandas excesivas. Deberemos entender estos casos desde el reto profesional de apoyar y encauzar una situación compleja que requerirá escucha, consejo, negociación, en algunas ocasiones poner límites a las demandas familiares y en otras revisar y modificar las normas de funcionamiento del centro.

Los profesionales de atención en un centro de atención a personas en situación de dependencia precisan desarrollar habilidades y actitudes que propicien interacciones positivas con las familias. Las principales se recogen en la Tabla nº 6.

Tabla 6. HABILIDADES Y ACTITUDES PROFESIONALES NECESARIAS PARA LA INTERACCIÓN CON LAS FAMILIAS

- Respeto
- Escucha
- Comprensión y no culpabilización
- Generación de confianza
- Discreción
- Mediación en los conflictos
- Búsqueda de la cooperación y el consenso
- Claridad y asertividad en la comunicación de los límites (en los cuidados, en la garantía de los derechos de las personas) y en la asunción de riesgos.
- Flexibilidad
- Autocontrol

c) Buena praxis en las interacciones entre los profesionales

Las interacciones que mantienen entre sí los profesionales del centro tienen también una no desdeñable relevancia. Unas buenas relaciones interpersonales entre los trabajadores del centro facilitarán el trabajo en equipo, crearán un buen ambiente o clima laboral y redundarán en una atención más cálida (exenta de tensiones) a las personas usuarias.

Además de estar formados en metodologías de trabajo interdisciplinar, los profesionales precisan desarrollar habilidades y actitudes facilitadoras del mismo y de interacciones positivas que permitan la comunicación y cooperación. Algunas de las más importantes se muestran en la Tabla nº 7.

Tabla 7. HABILIDADES Y ACTITUDES NECESARIAS PARA LA INTERACCIÓN ENTRE PROFESIONALES

- Responsabilidad en el cumplimiento de las propias competencias y en la labor de equipo
- Respeto a la organización y a los roles profesionales diferentes
- Sinceridad y honestidad

- Confianza y cooperación en el trabajo interdisciplinar
- Actitud facilitadora y centrada en la búsqueda de soluciones
- Búsqueda del consenso
- Mediación en los conflictos
- Apertura a nuevas perspectivas
- Proactividad, iniciativa
- Adaptación a los cambios y flexibilidad

5.2. LA DIMENSIÓN ORGANIZACIONAL Y METODOLOGÍAS PARA FAVORECER LA ATENCIÓN PERSONALIZADA

Bajo la denominación genérica de metodologías de trabajo se incluyen procedimientos, sistemas organizativos, protocolos, documentos soporte de programas e instrumentos de recogida de información. En ocasiones, las metodologías de trabajo utilizadas en un centro chocan o dificultan el cumplimiento de los principios rectores de la atención. Por ejemplo, un nuevo protocolo para favorecer la seguridad de las personas usuarias puede chocar con la promoción de la autonomía, el material diseñado para una actividad de estimulación cognitiva puede no respetar la dignidad de las personas al ofrecer modelos muy infantiles o el modelo de notas informativas que habitualmente se envía a los domicilios se dirige directamente a las familias obviando a la persona usuaria.

Todas estas y otras cuestiones pueden ser detectadas si existe un procedimiento de análisis de los diferentes elementos metodológicos del centro desde el cumplimiento y sintonía con los principios rectores. Esto resulta aconsejable hacerlo tanto con las metodologías que venimos utilizando como con los nuevos diseños y propuestas.

La metodología empleada es el cómo actúa el equipo del centro. Y tan importante es el qué (lo que hace o se ofrece desde el centro) como el cómo se lleva a cabo. La forma cómo llevamos nuestro trabajo día a día es lo que configura la cultura del centro y debe ser coherente con los principios rectores. No es extraño constatar que las distancias entre la filosofía del centro y las intervenciones cotidianas se crean, al menos en parte, por la selección de instrumentos o procedimientos inadecuados.

Por todo ello, además de de chequear los instrumentos habituales resulta de especial interés conocer, aplicar y adaptar de técnicas e instrumentos que resulten especialmente valiosos para la atención personalizada.

Dentro de las técnicas de apoyo a la atención personalizada, siempre que se utilicen de un modo ajustado a las necesidades ritmos de la persona, cabe aconsejar una utilización conjunta y siempre adaptada a cada situación e individuo de una amplia variedad de técnicas, procedentes

de campos de conocimiento diferentes como son la modificación de conducta, los modelos neurocognitivos o la comunicación y la motivación humana (Martínez 2002). En la Tabla nº 8 se recoge un listado de distintas técnicas, sin poder entrar a la descripción de cada una de ellas por motivos de espacio.

Además, de aplicar con prudencia y desde la individualización estas técnicas, se debe contar con instrumentos que resulten adecuados para facilitar una atención personalizada.

Tabla 8. TÉCNICAS DE APOYO PARA LA ATENCIÓN PERSONALIZADA

Técnicas de modificación de conducta	Establecer/incrementar/mantener conductas adecuadas <ul style="list-style-type: none"> - Incitación - Reforzamiento positivo y negativo - Modelado - Moldeado - Ensayo de conducta - Encadenamiento - Desarrollo del control estimular
	Eliminar/reducir/ajustar conductas no adecuadas <ul style="list-style-type: none"> - Extinción - Tiempo fuera de reforzamiento - Desaprobación - Reforzamiento de conductas incompatibles - Reforzamiento diferencial - Restricción del control estimular
Técnicas de facilitación neurocognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Efecto impacto - Simplificación - Priming - Facilitación verbal - Plurimodalidad sensorial
Técnicas de mejora de la comunicación y la motivación	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuación de la comunicación verbal - Reinterpretación del lenguaje y la conducta - Estimulación de la expresión - Motivación a la acción Adecuación de la comunicación no verbal - Técnicas de validación

Para ello, el primer soporte importante es el documento que se utiliza para registrar el Plan personalizado de atención en el centro, ya que en el se recoge, y por tanto moldea, todo el proceso de atención individualizada. Este documento debe ser capaz de recoger la globalidad de la intervención, contemplar la autogestión de la persona en el centro teniendo en cuenta las capacidades de las personas (y no sólo sus dificultades o patologías), sus deseos y preferencias o dar cabida cuando así se requiera a la familia.

El documento donde se recoge por escrito el proyecto personalizado de atención que desde el centro se va a desarrollar con cada persona usuaria no es algo intrascendente. Este documento es un soporte donde se recoge toda la información, marcando el recorrido de intervención, y en cierto modo, determina la forma de actuar. Por tanto, su estructura y formato deben abarcar las diversas fases de la intervención, así como dar cabida a una propuesta de atención integral (y por tanto no segmentada) y coherente con los principios de

atención que sustentan el modelo de calidad de vida propuesto.

Existen algunos instrumentos diseñados para facilitar la participación de la persona en su plan personalizado de atención. Cabe citar los mapas básicos (ampliamente utilizados en la metodología de la Planificación centrada en la persona), o la hoja de ruta personal, instrumento de nueva creación (Martínez 2010) pensado para facilitar la toma de conciencia y la visibilización de las propias competencias así como para recoger las expectativas y propuestas de las personas usuarias relacionadas con los objetivos de intervención.

Los mapas básicos son soportes donde se presenta esquemáticamente, de modo que pueda visualizarse fácilmente, la principal información de cada persona en relación con distintas áreas básicas implicadas en su plan de atención (salud, educación, trabajo, ocio, aficiones, preferencias...) En unas ocasiones los mapas se realizan mediante información escrita, en otras mediante dibujos o pictogramas, e incluso utilizando imágenes por ordenador.

Son un apoyo que permiten favorecer la información y la comunicación, y con ello la participación de las personas usuarias en los asuntos del centro que les afectan. Facilitan que éstas se acerquen, se hagan más conscientes y expresen su parecer en torno a distintos asuntos relativos a la elaboración de su plan de atención. Los mapas de atención básica son de utilidad para facilitar la información y la participación de las personas en distintos momentos del plan de atención (elaboración del plan de actividades, revisión y reajuste...) así como en actividades de recuerdo o conversación.

Por su parte La Hoja de Ruta personal es un instrumento en el que se incluyen, en relación a las áreas de intervención, las valoraciones de la persona, completadas si es preciso por el grupo que la acompaña (familia, profesionales...), relacionadas con tres elementos primordiales:

- a) Las fortalezas de la persona
- b) Las habilidades o capacidades que deben ser reforzadas (servirán para guiar los objetivos de intervención del Plan personalizado de atención).
- c) Algunas ideas o propuestas de cómo conseguir estos logros.

Este instrumento está fundamentalmente pensado para que la persona usuaria sea consciente y se fije en sus capacidades, elija sus propios retos y aporte ideas sobre cómo quiere conseguirlos. Por ello es importante que esta hoja se utilice y registre evitando tecnicismos y sea enunciada de forma fiel reflejando la visión de la propia persona. Este sencillo instrumento cumple también un interesante papel en lo que supone la visibilización de las capacidades de la persona ante su familia, sus allegados y ante los propios profesionales.

Otros instrumentos de interés son los que se dirigen a reforzar la identidad de las personas usuarias, y que fundamentalmente están basados en las biografías de las mismas. La recogida de la biografía, el relato de la historia de vida, la elaboración de libros o álbumes de vida o la utilización de las cajas de objetos personales son estrategias utilizadas para ello.

Recoger las preferencias de las personas en relación al trato y a la atención dispensada desde el compromiso del centro a su cumplimiento es también una apuesta novedosa. Cabe citar el instrumento denominado los Diez mandamientos, idea creada por el grupo FEDOSAD en el centro Générations (Dijon, Francia), con la que se pretende favorecer la atención individualizada a las personas usuarias en los centros de mayores (Guisset, 2008). Consiste en identificar y anotar las diez preferencias de la persona usuaria en relación con la atención en el centro. Estas preferencias son ordenadas según la importancia que la persona les otorgue, pudiendo hacer referencia a aspectos muy variados de la atención, siendo asumidas y respetadas por los equipos de atención.

Estos son algunos ejemplos de propuestas sencillas, a la par de valiosos, para favorecer y hacer realidad la atención personalizada ya que aportan aspectos cualitativos de gran valor para la calidad de vida cotidiana en los centros. Estos y otros ejemplos han sido recogidas en el título Centros de atención diurna para personas mayores (Martínez 2010) editado dentro de la colección gerontología social de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, documento donde se plantean las bases y los principales elementos metodológicos de un modelo de centro orientado a las personas.

Finalmente, es preciso hacer mención al uso

de los consentimientos informados en relación con las principales decisiones que hay que tomar en la atención de un centro de atención social. Una práctica quizás todavía poco generalizada en los servicios sociales pero de gran importancia para garantizar el principio ético de la autonomía. Mediante el uso del consentimiento informado la persona es adecuadamente informada sobre una propuesta y es ella quien consiente, o no, que esto se lleve a cabo. Su propósito es que las propuestas técnicas que afectan a la persona estén tomadas desde su conocimiento y su aceptación.

En un centro de atención a personas adultas en situación de dependencia existen diversas situaciones que deben ser objeto de consentimiento informado por la persona, o en caso de falta de autonomía de ésta por un representante, entre los cuales cabe señalar: el ingreso en el centro, la aceptación del proyecto personalizado de atención, la aplicación de contenciones físicas, el permiso para la participación de las familias en su plan de atención o para el acceso de los distintos profesionales a la información privada de la persona.

En caso de falta de competencia de la persona usuaria, situación bastante frecuente en este tipo de centros y servicios, los consentimientos deben realizarse por representación, familia o allegados, debiendo actuar éstos desde la supuesta preferencia de la persona representada. La representación debe ser ejercida por personas que conozcan muy bien a la persona, además de ser capaces de dejar a un lado sus propias creencias o preferencias cuando éstas difieran de las de la persona representada.

El consentimiento informado debe ser comprensible e incluir la información más relevante relacionada con el hecho o situación objeto del mismo. En la Tabla nº 9 se reproducen los principales elementos informativos y características que debe contemplar un consentimiento informado (Bernard 1999, Simón y Júdez 2001).

Tabla nº 9 . ELEMENTOS Y CARACTERÍSTICAS DE UN CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Identificación de la persona usuaria, del representante si lo hubiera y del profesional que informa.
2. Propuesta de intervención

3. Explicación de la propuesta de intervención
4. Beneficios o ventajas esperados
5. Riesgos o molestias... si son esperables
6. Riesgos previsibles de la negativa a la intervención propuesta
7. Otras alternativas a la propuesta, si las hubiera
8. Disponibilidad del profesional para aclaraciones o ampliación de la información
9. Expresión de libertad de elección de la persona o su representante
10. Información suficiente y comprensible para quien otorga el consentimiento
11. Posibilidad de revocar el consentimiento con posterioridad (si esto es posible)
12. Firma de la persona usuaria, del tutor y/o representante, y del profesional responsable de la intervención
13. Fecha

6. Estrategias para facilitar los cambios y consolidar las buenas prácticas en los centros.

Aplicar un modelo orientado a las personas en centros que llevan años en funcionamiento con enfoques más centrados en las tareas o la organización, implica llevar a cabo cambios sustanciales que no siempre resultan de fácil conducción. Porque todo cambio tiende a generar resistencias.

Por ello, explicitar los objetivos que han de guiar la reorientación, identificar los elementos clave del cambio, detectar las resistencias y generar estrategias facilitadoras son aspectos esenciales a tener en cuenta a la hora de gestionar estos procesos de mejora.

La revisión y la participación, son este sentido, dos claves imprescindibles para liderar los cambios. Los cambios y propuestas de innovación deben surgir de un proceso de revisión cíclico del centro (fases de evaluación y reajuste) donde los distintos agentes tomen parte y se impliquen activamente.

Liderar cambios y que éstos lleguen a consolidarse puede resultar una tarea compleja, por lo cual en ocasiones resulta aconsejable que éstos sean conducidos por expertos externos a la propia organización.

A continuación se destacan algunas estrategias

que pueden facilitar y apoyar estos procesos de mejora:

a) Conducir los procesos de mejora desde una secuencia planificada

Los procesos de mejora deben estar correctamente planificados. Tras realizar una primera fase previa de diagnóstico participativo de la situación del centro será importante contemplar actuaciones secuenciadas, entre las que cabe señalar:

- Información a profesionales, personas usuarias y familias sobre el proceso de revisión a llevar a cabo.
- Definición de la misión del centro, principios rectores y criterios de intervención. Creación de marcos de consenso (profesionales, familias y personas usuarias).
- Revisión de aspectos organizativos, intervenciones y elementos metodológicos existentes en relación con los principios rectores.
- Identificación de las fortalezas y buenas praxis existentes y las principales áreas de mejora.
- Selección de los principales cambios en el funcionamiento (organización y elementos metodológicos).
- Priorización y temporalización de los cambios.
- Puesta en marcha de los cambios y evaluación.
- Visibilización y reconocimiento de los logros.
- Sucesivos procesos de revisión (profesionales, personas usuarias y familias).

b) El acompañamiento desde la información y la formación

Cuando se pretende acometer cambios importantes en un centro es indispensable informar adecuadamente tanto a los equipos profesionales, como a las personas usuarias y familias. Una adecuada gestión informativa conlleva: normalizar la existencia de cambios en el centro, indicar qué cambios se pretenden promover, explicar cómo se va a proceder, despejar miedos e inseguridades, normalizar y alertar sobre resistencias previsibles, ajustar expectativas así como ofrecer espacios y canales que permitan despejar dudas y permitan una comunicación fluida.

La formación de los profesionales que desarrollan su labor en un recurso concreto es una

pieza clave para llevar a cabo exitosamente los procesos de innovación y cambio en las organizaciones. Muchos de los cambios que se pretenden introducir en los centros tienen que ver con la adquisición de nuevas o competencias en los equipos profesionales. La adquisición de estas nuevas competencias, en su triple componente (conocimientos, habilidades y actitudes), va a requerir de formación específica.

c) Romper la rutina introduciendo la reflexión ética sobre la vida cotidiana en el centro

El día a día en un centro tiende a convertirse en rutinario. Y las actividades profesionales rutinarias, si están exentas de reflexión, entrañan el peligro de alejarse poco a poco de los principios rectores. Por ello, es necesario prevenir las inercias de la actividad profesional cotidiana, procurando estrategias y espacios que susciten la reflexión en torno a ésta.

Explicitar, visibilizar y recordar la filosofía de atención del centro, procurar espacios de reflexión grupal donde los equipos de atención directa revisen la coherencia de sus actuaciones cotidianas con la filosofía enunciada, un sistema de evaluación que permita conocer periódicamente las fortalezas y oportunidades de mejora, o la consulta a comités de ética sobre los casos complejos donde se suscitan conflictos de valores, son estrategias que pueden resultar de gran ayuda.

d) Documentar, visibilizar y difundir las Buenas prácticas

Disponer de guías de buenas prácticas donde aparezcan formas de actuación consensuadas y recomendaciones concretas para ser llevadas a cabo en los procesos asistenciales cotidianos suele resultar también de gran valor para afianzar los cambios pretendidos. Especialmente si éstas han sido elaboradas desde el consenso de los equipos técnicos.

La puesta en valor y visibilización de las iniciativas consideradas como buenas prácticas conforma también una potente estrategia para el refuerzo y la generalización de las mismas. Organizar jornadas de intercambio de experiencias, la publicación de las mismas, el diseño de páginas web u otras formas de difusión de experiencias

que puedan considerarse como buenas prácticas, resulta de gran provecho, además de ser altamente motivador para los profesionales.

7. La metodología de la implantación progresiva de buenas prácticas-clave en los centros como estrategia de la mejora de la calidad de la atención

En el año 2008, desde la Consejería de Bienestar Social del Principado de Asturias, se diseñó y puso en marcha un novedoso proyecto destinado a crear una metodología basada en la identificación de buenas prácticas-clave para la calidad de vida de las personas usuarias de centros de atención social. Una nueva metodología que permitiera, de forma flexible y cercana a las realidades cotidianas de los recursos, abordar procesos de mejora en la calidad asistencial de los mismos desde la implicación de profesionales, personas usuarias y familias.

Desde un proceso participativo de dos años de duración en el que se han implicado más de 300 profesionales de centros públicos y centros concertadas de atención a personas adultas en situación de fragilidad y dependencia (centros de atención diurna y residencias), se propició y coordinó un trabajo de reflexión, conceptualización e identificación sobre lo que puede ser considerada una buena práctica desde los modelos orientados a la calidad de vida de las personas usuarias.

Se identificaron un total de veintiocho buenas prácticas consideradas clave para la calidad de vida de las personas usuarias de cada uno de los recursos, partiendo de cinco áreas de mejora (basadas en algunas de las dimensiones de calidad de vida propuestas por Schalock), concretamente: el ejercicio de los derechos, la participación, el bienestar psicoafectivo, la intervención profesional y los sistemas organizativos y el entorno físico y la integración en la comunidad. En la Tabla nº 10 se recoge la relación de buenas prácticas-Clave que finalmente fueron seleccionadas.

Tabla nº 10. BBPP-Clave en los centros de atención a personas en situación de dependencia

I. Ejercicio de los derechos
1.1. El derecho a la información de las personas usuarias
1.2. Autonomía y toma de decisiones por parte de la persona usuaria
1.3. Conciliar la seguridad de la persona y el derecho a su autonomía
1.4. Respeto a la privacidad e intimidad en los cuidados personales y en el aseo
1.5. Respeto a la privacidad e intimidad en el tratamiento de la información personal
1.6. El uso limitado y adecuado de las contenciones físicas
1.7. El uso limitado y adecuado de las contenciones farmacológicas
II. Participación
2.1. Cauces formales de participación en el centro
2.2. Cooperación persona usuaria, familia y equipo profesional en el plan de atención
2.3. Intervención y apoyo a las familias
III. Bienestar emocional: emociones, comunicación y convivencia
3.1. Apoyo al ingreso y adaptación de la persona usuaria
3.2. El trato personalizado
3.3. La historia de vida/Album de orientación personal
3.4. Bienestar, confort e identidad. La importancia de la imagen personal
3.5. Relaciones de pareja afectivo- sexuales
3.6. Alteraciones de conducta en las personas usuarias
3.7. Gestión de los conflictos entre las personas usuarias
3.8. Atención al final de la vida
IV. Intervención profesional y sistemas organizativos
4.1. El trabajo en equipo interdisciplinar
4.2. El plan individualizado de atención coparticipado desde los intereses y preferencias de las personas
4.3. Revisando las intervenciones, pensando en las personas
4.4. La figura del profesional de referencia
4.5. Entornos de empoderamiento y predecibles para personas gravemente afectadas
4.6. El enfoque de género en el diseño de las intervenciones
V. Entorno físico y la 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 e integración en la comunidad
5.4. Las nuevas tecnologías de la información

Fuente: Bermejo, Martínez, Díaz, Mañós y Sánchez 2009

Las buenas prácticas-clave descritas en estas guías han sido concebidas como herramientas-guías que posteriormente han de ser adaptadas y desarrolladas en cada centro. Por ello, no están pensadas a modo de normas o protocolos donde se especifican una serie de instrucciones para seguir de forma idéntica.

Este método propone elementos básicos que generan reflexión en cuanto a la esencia y diseño de cada buena práctica-clave, así como las acciones más relevantes que deberían ser tenidas en cuenta, pero reconociendo la trascendencia de que la implementación parta de la aceptación de la idea y la adaptación a la realidad de cada contexto de trabajo.

Concretamente, en cada una de la buena práctica clave propuesta, se presenta:

- a. La justificación de por qué ha sido considerada como una buena práctica-clave.
- b. Una breve descripción para poder ser utilizada a modo de presentación o resumen.
- c. Los elementos básicos y acciones técnicas que comprende.
- d. Las dificultades más frecuentes que relatan los

equipos así como las alternativas de respuesta previstas que éstos proponen.

- e. Las limitaciones en su aplicabilidad.
- f. Un ejemplo de su aplicación.

Este material puede servir de ayuda para confeccionar planes de mejora de la calidad asistencial (desde modelos orientados a la calidad de vida de las personas usuarias) adaptados a la realidad y momento de cada recurso. Para ello se propone un proceso de implementación que distingue dos momentos: el primero, dedicado a realizar un diagnóstico participativo del centro con respecto a las buenas prácticas-clave propuestas, y el segundo, destinado a diseñar la propuesta de acción/seguimiento concreta en el centro.

Este trabajo y metodología pueden ser consultados en las correspondientes Guías de Buenas Prácticas en los Centros de atención a personas en situación de dependencia que finalmente han sido editadas (Bermejo L, Martínez T, Díaz B, Mañós Q y Sánchez C, Coords, 2009) por la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERMEJO L Y MAÑÓS Q. (2009)** Bases y reflexiones para las buenas prácticas en los centros de atención a las personas en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
- BERMEJO L, MARTÍNEZ T, DÍAZ B, MAÑÓS Q, SÁNCHEZ C (COORD) (2009)** Guías de Buenas prácticas en los centros de atención a personas en situación de dependencia. Oviedo: Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
- FANTOVA, F. (2008)** Sistemas públicos de servicios sociales. Nuevos derechos, nuevas respuestas. Cuadernos de Derechos Humanos, Número 49. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arrupe. Universidad de Deusto.
- FEAPS.** Página WEB: www.feaps.org/calidad/buenas_practicas_que.htm
- FEAPS.** Página WEB: www.feaps.org/calidad/buenas_practicas_criterios.htm
- FELCE D, PERRY J. (1995)** Quality of life: It's Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities, Vol. 16, Nº 1, pp. 51-74.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. y ZAMARRÓN, M. D. (1996)** Breve cuestionario de calidad de vida (CUBRECAVI). En R. Fernández-Ballesteros, M. D. Zamarrón y A. Maciá (Eds.), Calidad de vida en la vejez en distintos contextos. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1997)** Calidad de vida en la vejez: Condiciones diferenciales. Anuario de Psicología, 73, 89-104.
- GRACIA D. (1989)** Fundamentos de Bioética. Madrid: EUEDEMA.
- GUISSET (2008)** MJ Cuidados y apoyo a personas con demencia: nuevo escenario. Boletín sobre envejecimiento Perfiles y tendencias , nº 34, septiembre. IMSERSO, Madrid.
- INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES. PORTAL ENCLAVE RURAL (2009)** Página WEB: www.enclaverural.es
- LÓPEZ A, MARÍN AI y DE LA PARTE, JM. (2004)** La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. Siglo Cero, Vol 35 (1), nº 210.
- MARTÍNEZ T. (2002)** Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención. Colección Documentos política social nº 14, Consejería de Asuntos Sociales, Gobierno del Principado de Asturias. Oviedo, 2002.
- MARTÍNEZ T. (2010)** Centros de atención diurna a personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia. Madrid: Médica-Panamericana (en prensa).
- RODRÍGUEZ P. (2006)** El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia; Madrid: Fundación Alternativas.
- SCHALOCK, R.L. (Ed.) (1996)** Quality of life. Vol. 1: Its conceptualization, measurement and use. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- SCHALOCK, R.L. (Ed.) (1997)** Quality of life. Vol. II: Application to persons with disabilities. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- 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]. (Eds.), Apoyos, autodeterminación y calidad de vida (pp. 105-112). Salamanca: Amarú.

Los Informes Portal Mayores son publicados por el **Laboratorio Portal Mayores** del Centro de Ciencias Humanas y Sociales del CONSEJO SUPERIOR DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS (CSIC), dentro del convenio de colaboración IMSERSO-CSIC.

Son documentos elaborados con un objetivo de divulgación, abordándose **cuestiones estadísticas, demográficas, legales, psicológicas, sanitarias, sociales** entre otras. Algunos son elaborados por el propio equipo del Portal y por profesionales especialistas de distintos campos de la **Gerontología y la Geriatría**.

La serie se inició en 2003 sin periodicidad fija. Son gratuitos y se presentan en formato digital.

Portal Mayores no se responsabiliza de las opiniones vertidas por los autores de estos informes. Es obligatorio citar la procedencia en cualquier reproducción total o parcial que se haga de los mismos.

Una iniciativa del Imserso y del CSIC © 2003



Informes Portal Mayores

Director: Antonio Abellán García

Redacción técnica y maquetación: Isabel Fernández Morales, Juan Carlos Mejía Acera, Ana Sevillano Bermejo

Dirección postal: CSIC / Portal Mayores
Albasanz 26, 28037 Madrid, España

Teléfono: 0034 916 022 391 / 92

Fax: 0034 916 022 971

Correo electrónico: portalmayores@cchs.csic.es

Web: www.imsersomayores.csic.es