

2019

MODELO DE ATENCIÓN Y GESTIÓN RESIDENCIAL

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES DEL IASS



INSTITUTO ARAGONÉS DE SERVICIOS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE CIUDADANÍA Y DERECHOS SOCIALES

EQUIPO DE DISEÑO DEL MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS

Coordinadores

Mariano Fago Bagüés (Asesor Técnico)
Miguel Ángel Morel Liso (Asesor Técnico)

Colaboradores

Concepción Oliván Manero (Directora RPM Ciudad de Huesca)
Úrsula Campos Fustero (Directora RPM Sagrada Familia)
M.^a Carmen Lozano Mulet (Directora RPM Albarracín)
Elena Lahuerta Rubio (Directora RPM Javalambre)
Jesús Esteban Guillén (Director RPM Utrillas)
Herminia de Miguel Laborda (Directora RPM Borja)
M.^a Blanca Sánchez Rodríguez (Directora CA Calatayud)
Elena Isabel Díez Luño (Directora CAPDI-CAMP Zaragoza)
M.^a Pilar Pérez Lapuente (Directora RPM Hogar Doz)
Ana Cristina Serrano López (Directora RPM Romareda)

Supervisión

Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales
Servicio de Gestión de la Red de Centros y Servicios (IASS)

PARTICIPANTES EN LA REVISIÓN DE DOCUMENTOS

RPM Ciudad de Huesca

Atarés	Mallada	José Ángel	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Azor	Barrabés	María Pilar	Responsable Área Asistencial y Residencial
Bibiano	Pérez	Noelia	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
García	Araiz	María José	Trabajadora Social
García	Martínez	M ^a Dolores	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Guillen	Quintilla	Miriam	Terapeuta Ocupacional
Lasierra	Betrán	María José	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Lisa	Catalán	Ana Jesús	Gobernanta
Mairal	Javierre	María Mercedes	Personal de Servicios Auxiliares
Martín	Gimeno	Olga	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Nieto	Corredor	María Cristina	Coordinadora enfermería
Oliván	Navasa	Francisco Javier	Administrador
Piraces	Aguareles	Nicolás	Fisioterapeuta

RPM Sagrada Familia

Aguilarte	Beneded	Sara	Enfermera
Alfaro	Villacampa	María Pilar	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Ballester	Lanaspá	María Isabel	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Ferrer	Carles	Aída	Coordinadora
Gracia	Pérez	Inmaculada	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Ibáñez	Royo	Miguel	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Latorre	Alós	María Rosario	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Marcén	Cobos	Noelia	Trabajadora Social
Mora	Alagón	Ana Belén	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Naves	Buisán	Sofía	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Pérez	Ibort	María Teresa	Gobernanta

RPM Albarracín

Andrés	González	María Yesica	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Benedicto	Fernández	Lourdes	Enfermera
Casas	Casas	Judith	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Dalda	Borja	Javier	Subgobernante
Espinosa	Miguel	María Eugenia	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Gil	Millán	María Teresa	Personal de Servicios Auxiliares
González	Murciano	Ana Teresa	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Iranzo	Romero	Josefina	Trabajadora Social
Lahuerta	Sáez	Celia	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Lorenzo	Saez	Almudena	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Martínez	Marquez	María Leticia	Enfermera
Martínez	Murciano	María del Mar	Personal de Servicios Auxiliares
Moya	Villarroya	María Pilar	Personal de Servicios Auxiliares

Murciano	Rabanaque	María Pilar	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Pérez	Villarroya	María Carmen	Enfermera
Punter	Serrano	Carmen María	Enfermera
Sáez	Vila	María Teresa	Personal de Servicios Auxiliares
Sánchez	Argente	María Carmen	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Sanz	Yagüe	María Isabel	Auxiliar Administrativo
Teruel	Francisco	María Carmen	Administrativo

CA El Pinar

Abril	Aspas	Pilar	Coordinadora de TCAE
Casas	Casas	Marina	Subgobernanta
De Castro	García	María Victoria	Trabajadora Social
Edo	Izquierdo	María José	Enfermera
Gómez	García	Carmen	Psicóloga
Herrero	Vicente	Jesús	RAAR
Javierre	Miranda	Cristina	Responsable Área Asistencial y Residencial
Nácher	Sierra	Patricia	Fisioterapeuta
Pérez	Ortiz	Carmen	Subgobernanta
Ramos	Aparicio	Mónica	Terapeuta Ocupacional
Sánchez-Girón	Forniés	Ana	Médico

RPM Javalambre

Abril	Edo	Mercedes Dolores	Coordinadora de Enfermería
Benajes	Muñoz	Joaquín	Jefe de Cocina
Blanco	Sender	Belén	Trabajadora Social
Casquet	Gregorio	Elena	Trabajadora Social
Castellote	García	Ana María	Coordinadora de Enfermería
Cercós	Casino	Ana María	Personal de Servicios Auxiliares
Colas	López	Patricia	Fisioterapeuta
Crespo	Yuste	María Pilar	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Del Cura	Lario	Mercedes	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Dolz	Najes	Rosa María	Enfermera
Domingo	Ibáñez	Sara	Enfermera
Domingo	Romero	María José	Enfermera
Ferrer	Saliente	Amelia Rosario	Subgobernanta
Fuertes	Marín	María Luz	Coordinadora de TCAE
Fuertes	Pérez	María Ángeles	Subgobernanta
Galve	Lereu	Carmen	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
García	Gimeno	José	Administrador
Gea	Soriano	Rosa María	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Hernández	Acuña	Cristian	Enfermero
Herranz	Valero	Laura Mercedes	Personal de Servicios Auxiliares
Izquierdo	Piquer	Lucía	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
López	Sáez	Montserrat	Trabajadora Social
Martínez	González	Lourdes	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Martínez	Soriano	María Josefa	Gobernanta

Martínez	Vicente	Josefina	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Miedes	Soriano	Verónica	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Monferrer	Blasco	Isabel	Gobernanta
Ortiz	Villarroya	María Ángeles	Responsable Área Administración
Ospina	Plaza	Natalia	Responsable Área Personal
Pastor	Montoliu	Rosa	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Pérez	Andreu	Virginia	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Pérez	Navarro	Inmaculada	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Pérez	Sancho	Judit	Terapeuta Ocupacional
Sánchez	Artigot	Juan José	Jefe de Mantenimiento
Soriano	Jarque	Eva	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Vicente	Salar	Tatiana	Fisioterapeuta
Villamayor	Fortea	Miriam	Enfermera

RPM Utrillas

Domingo	Casino	Trinidad	Personal de Servicios Auxiliares
Félez	Catalán	Laura	Jefe de cocina
Galán	Fernández	Adriana	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
García	Dolz	Clara	Enfermera
Gilaberte	Martínez	Ángela	Enfermera
González	Paredes	Eva María	Responsable de Almacén
Hernández	Bellido,	Raúl	Cocinero
López	Vergara	Carmen María	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Ludeña	Morocho	Diana	Médico
Martínez	Cagigal	María Isabel	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Mínguez	Sánchez	José Antonio	Administrativo
Navarro	Capilla,	Cristina	Subgobernanta
Villanueva	Puerta	Carmen	Trabajadora Social

RPM Borja

Bergada	Martínez	Montserrat	Administradora
Borobia	Ibáñez	Beatriz	Personal Especializado en Servicio Doméstico
Centeno	Selva	María José	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Corral	Ibáñez	Marta	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Domínguez	Domínguez	Aurora	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Gil	Mombiela	Beatriz	Enfermera
Ibáñez	Berruenco	Zara	Enfermera
Irún	Soriano	María Dolores	Personal Especializado en Servicio Doméstico
Ledesma	Sanjuán	Isabel	Fisioterapeuta
Mateo	Escorial	Lara	Trabajadora Social
Melero	Serrano	Olga	Enfermera
Morales	Lacaba	David	Terapeuta Ocupacional
Moya	Díez	Estibaliz	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Navarro	Blázquez	María Rosario	Médico

Navarro	Camín	Diego	Fisioterapeuta
Peña	Ferrández	Sara	Responsable Área Asistencial Residencial
Pérez	de la Montaña	Ana Isabel	Gobernanta
Sesma	Marqués	Iciar Milagros	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Sierra	Yoldi	María José	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Soto	Peña	Lily Janet	Subgobernanta
Torrequebrada	Cortezón	Amparo	Trabajadora Social
Vicén	Navarro	Raquel	Terapeuta Ocupacional
Villarroya	Arnadillo	Miriam	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Zardoya	Irache	Elisa	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

CA Calatayud

Arguedas	Gil	Rosa María	Personal Especializado en Servicios Domésticos
Caro	Esteban	Beatriz	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Domínguez	Serrano	Iris	Fisioterapeuta
García	Ballester	Elena	Enfermera
Hermoso	Contreras	Cristina	Psiquiatra
Marín	Navarro	José Antonio	Personal de Servicios Auxiliares
Montón	Serrano	Nuria	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Moreno	Calvo	Carmen	Terapeuta Ocupacional
Negredo	Navarro	Celia María	Enfermera
Notivoli	Coarasa	Carlota	Fisioterapeuta
Sanjuán	Cortes	Ana Silvia	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Vizarraga	Lario	Guillermo	Enfermero

CAPDI-CAMP Zaragoza

Enfedaque	Alfonso	Julia	Gobernanta
Félez	Calderón	Rosa	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Fraca	García	Ana Cristina	Técnico Recuperador
García	Díez	Enrique	Fisioterapeuta
Leal	Jiménez	Raquel	Psicóloga
Martínez	Tolosa	María José	Encargada de almacén
Moratiel	Puga	Lirian	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Oliver	Alonso	Esther	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Pangua	Martín	Vanesa	Enfermera
Penacho	Gómez	Ana María	Trabajadora Social
Pérez	Faus	Aurora	Terapeuta Ocupacional
Pitarch	Joven	Francisco Javier	Responsable Área Asistencial y Residencial
Roche	Moreno	Elena	Subgobernanta
Ruiz	Fernández	Marta	Técnico Recuperador
Serrat	Garza	Ana María	Coordinadora de TCAE
Torruella	Vela	Mónica	Administradora

RPM Hogar Doz

Abad	Taus	María Lourdes	Enfermera
Ainaga	Bonilla	Cristina	Enfermera
Berges	Zueco	María Carmen	Coordinadora
Borobia	Tabuena	Sandra	Fisioterapeuta
Brocate	Sanjuán	Miriam	Enfermera
García	Latorre	Rita	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
García	Vela	Amparo	Trabajadora Social
González	Valdivia	Rocío	Médico
Lara	Ruiz	Paula	Terapeuta Ocupacional
Mairal	Lacoma	Juana Pilar	Subdirectora
Muñoz	Tazueco	Amparo	Terapeuta Ocupacional
Royo	Gracia	María Pilar	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

RPM Romareda

Bartolomé	Prada	Ana Isabel	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Berbegal	Torrequebrada	Vanesa	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Blasco	Cano	Olga	Personal de Servicios Auxiliares
Borraz	Abardía	Ana Isabel	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Canela	Izaggerri	Manuel	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Cobo	Cuenca	Bárbara	Gobernanta
García	Fantino	Viviana Beatriz	Auxiliar Administrativo
Hernández	García	Rosa	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Herrero	Aznar	Patricia	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Lázaro	Valtueña	Raquel	Ayudante de Cocina
Malo	Moreno	M ^a Mercedes	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Manso	Sanz	Zoila	Coordinadora
Mateos	Ortega	Cristina	Terapeuta Ocupacional
Munera	Fernández	Eva	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Muñoz	Montes	Nuria	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Navarro	Villanueva	Pedro	Cocinero
Polo	Laborda	Yasmina	Enfermera
Rabinad	Languil	María Aránzazu	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
Ruiz	Clavero	Javier	Fisioterapeuta
Sáez	Mañas	Ana Carmen	Enfermera
Sainz Aja	Supervía	Carmen	Trabajadora Social
Sanz	Martín	María	Responsable Asistencial
Suero	Racoos	Luis	Mantenimiento
Villalobos	Vega	Manuela	Subgobernanta

MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS CENTROS RESIDENCIALES PÚBLICOS DEL IASS

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	9
2. LA ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA COMO REFERENTE EN LAS BUENAS PRÁCTICAS: CRITERIOS TRANSVERSALES.....	13
2.1 PRINCIPIOS RECTORES Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN.....	14
2.2 PRÁCTICAS PARA AVANZAR EN ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA.....	17
3. BUENAS PRÁCTICAS EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.....	19
3.1 BUENAS PRÁCTICAS EN LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO.....	20
Buenas prácticas en la planificación.....	20
Buenas prácticas en la gestión de recursos humanos.....	21
Buenas prácticas en la organización y coordinación.....	22
Buenas prácticas en la gestión de la calidad.....	22
3.2 BUENAS PRÁCTICAS EN LA PLANIFICACIÓN Y ADECUACIÓN DE LOS CONTEXTOS.....	23
3.3 BUENAS PRÁCTICAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS.....	25
3.4 BUENAS PRÁCTICAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS FAMILIAS.....	26
4. BUENAS PRÁCTICAS ASISTENCIALES.....	29
4.1 PREINGRESO, INGRESO Y ADAPTACIÓN.....	29
4.2 HABITACIÓN Y PERTENENCIAS DEL RESIDENTE.....	40
4.3 PLANIFICACIÓN DE LOS APOYOS TÉCNICOS.....	44
4.4 CUIDADOS PERSONALES.....	51
Pautas en los apoyos a levantar y asear.....	53
Pautas en los apoyos en el vestido y arreglo personal.....	55
Pautas en los apoyos en la alimentación e hidratación.....	57
Pautas en los apoyos en la eliminación.....	60
Pautas en los apoyos en la movilidad.....	62
4.5 APOYO EMOCIONAL Y ATENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO.....	65
Apoyo emocional de las personas.....	65
Atención a personas con deterioro cognitivo.....	68
4.6 ACTIVIDADES.....	71
4.7 SEGURIDAD.....	75
4.8 APOYOS A LAS FAMILIAS Y PARTICIPACIÓN FAMILIAR.....	79
4.9 ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS DÍAS.....	83
5. BIBLIOGRAFÍA.....	87

1. INTRODUCCIÓN

El proyecto de gestión de los centros residenciales públicos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) pretende asegurar unos criterios compartidos en el modelo de atención y gestión de los recursos de nuestros centros residenciales, de forma que se garantice la calidad y coherencia en el trato tanto a los usuarios como a los propios profesionales.

Este marco de gestión común asienta una adecuada coordinación en la prestación de los servicios, basada en el modelo de gestión por procesos, y teniendo como referente el modelo de Calidad de Vida de las personas (Schalock y Verdugo) y Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) (Rodríguez, 2010).

Nuestra misión es la de atender y contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con dependencia, que precisan de cuidados permanentes, a través de una atención integral centrada en la persona que proporcione apoyos para satisfacer sus necesidades y demandas personales, afectivas, sociales y materiales favoreciendo la convivencia, disfrute de la vida, su autodeterminación, autonomía y participación.

Los valores que deben orientar nuestras actuaciones son:

- Legalidad. Garantizando los derechos de los residentes y familiares en todos los campos normativos.
- Ética. Todas las intervenciones están sustentadas por criterios de ética y calidad asistencial.
- Calidad de vida. Se debe proporcionar un modelo de atención que reconozca y garantice la dignidad de la persona.
- Autodeterminación. Las personas deciden y controlan cómo quieren que sea su vida.
- Atención Integral. La misión principal de las residencias es la atención integral de las personas que en ella viven.
- Atención personalizada e individualizada.
- Concepto ecológico. Interrelación entre capacidad funcional y entorno.
- Integración y normalización en el centro y en la comunidad.
- Desarrollo personal. Atención centrada en el desarrollo como persona y no exclusivamente en las necesidades de apoyo concretas.
- Participación. Participación de los residentes, familias y profesionales en la gestión, organización y planificación de actividades.

- Desarrollo profesional. El personal del centro es el principal garante de una atención de calidad, y la organización debe facilitar su formación, el adecuado desempeño, participación y reconocimiento.

Este modelo de atención, ya reflejado en el marco teórico del proyecto, necesita concretarse en una guía que oriente acerca de las pautas de organización y gestión más adecuadas, el correcto desempeño de las funciones de los profesionales de la residencia, el trato y relaciones con residentes y familiares, así como la promoción de entornos favorecedores.

La buena praxis profesional parte de la visión que se tiene de las personas que reciben cuidados, su reconocimiento como personas únicas, con valor y dignidad, merecedoras de respeto y de ser apreciadas.

Cuando hablamos de buenas prácticas en los servicios sociales, podemos diferenciar tres dimensiones del concepto:

- Dimensión técnica. Centrada en la adecuada ejecución de nuestras tareas. Es la dimensión de las buenas prácticas sobre la que más se ha estudiado, con mayor evidencia científica, y basada en guías o protocolos. Por ejemplo: cómo realizar el aseo de la boca, curar una úlcera, o realizar una actividad terapéutica.
- Dimensión ética. Busca la corrección moral de las acciones profesionales y actuar en coherencia a valores o principios éticos (tanto en relación con las prácticas profesionales como con las interacciones con otros: personas usuarias, familias, compañeros...).
- Dimensión relacional. Ser consciente de la importancia de la interacción social en el cuidado y tener habilidades que permitan mantener una comunicación centrada en la persona (saber escuchar, empatizar, ser compasivo, valorar, empoderar, estimular la interacción social, animar, apoyar, incluir, etc.).

Esta guía de buenas prácticas se centra principalmente en las dimensiones ética y relacional, directamente relacionadas con el modelo de atención de referencia. La dimensión técnica queda suficientemente reflejada, como se ha dicho, en los protocolos de los centros y las correspondientes guías de actuación.

Los objetivos de la guía de buenas prácticas son los siguientes:

- Orientar la actuación de los profesionales en los diferentes ámbitos de la atención a las personas usuarias.
- Normalizar y sistematizar formas de proceder, con el fin de evitar actitudes inadecuadas, improvisaciones y sentimientos de inseguridad que afecten negativamente tanto al personal como a las personas usuarias.
- Recoger consensos implícitos o explícitos en relación a la práctica cotidiana.

- Ser una referencia asumible. Recomendar prácticas para el desarrollo del modelo de atención deseado que se estén realizando en la actualidad, o sean posibles en un futuro próximo.

Uno de los pilares del proyecto de gestión de los centros residenciales es la implicación y participación de todos los profesionales. Se pretende una organización con la que los trabajadores se sientan identificados, porque haya sido fruto de su colaboración y del trabajo en equipo.

Por este motivo, a la hora de plantear la elaboración de esta guía, se ha optado por un sistema participativo, en el que los profesionales que en el día a día prestan apoyos a las personas usuarias, puedan generar y compartir conocimientos. Así, mediante este sistema colaborativo, se ponen en común buenas prácticas que unos y otros trabajadores identifican, y tras un trabajo de análisis y reflexión, se asumen y sistematizan aquellas que, estando en línea con el modelo de atención deseado, sean fruto del consenso de la mayoría.

Queremos resaltar, además, que la elaboración y desarrollo de esta guía de buenas prácticas tiene como finalidad el garantizar el disfrute de los derechos de las personas usuarias de los centros residenciales del IASS, que en el fondo son los mismos que los de cualquier otra persona autónoma, y que no deben verse mermados por el hecho de depender de terceras personas o haber trasladado su domicilio a una residencia.

La elaboración y desarrollo de esta guía tiene como finalidad el garantizar el disfrute de los derechos de las personas usuarias, que no deben verse mermados por el hecho de depender de terceras personas.

El desarrollo de las buenas prácticas se fundamenta en el amplio marco jurídico internacional, nacional y de nuestra comunidad autónoma. Las más relevantes son:

- [CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA](#), de 29 de diciembre de 1978.
- [DECRETO 111/1992](#), de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados.
- [CARTA SOCIAL EUROPEA](#) del Consejo de Europa, 1996.
- [PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL](#) de Madrid sobre el envejecimiento (ONU, 2002).
- [LEY 39/2006](#), de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- [CONVENCIÓN DE LA ONU](#) sobre los derechos de las personas con discapacidad, de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España en 2007.

- [LEY 5/2009](#), de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón. Modificada por [LEY 3/2011](#), de 24 de febrero, [LEY 2/2016](#) de 28 de enero y [LEY 11/2016](#) de 15 de diciembre.
- [DECRETO LEGISLATIVO 1/2011](#), de 22 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba, con el título de «Código del Derecho Foral de Aragón», el Texto Refundido de las Leyes civiles aragonesas.
- [LEY 5/2013](#), de 20 de junio, de calidad de los Servicios Públicos de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
- [REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/2013](#), de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (Ley General de la Discapacidad).
- [DECRETO 66/2016](#), de 31 de mayo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba la Carta de derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales de Aragón.
- [PILAR EUROPEO DE DERECHOS SOCIALES](#), aprobado conjuntamente por el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión el 17 de noviembre de 2017.
- [ANTEPROYECTO DE LEY](#), por la que se reforma la legislación civil y procesal en materia de discapacidad, de 21 de septiembre de 2018.
- [DECRETO 212/2018](#), de 3 de diciembre, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la creación, composición, organización y funcionamiento del Comité de Ética en la Atención Social en Aragón.
- [LEY 3/2018](#), de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- [LEY 18/2018](#), de 20 de diciembre, de igualdad y protección integral contra la discriminación por razón de orientación sexual, expresión e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Aragón
- [LEY 5/2019](#), de 21 de marzo, de derechos y garantías de las personas con discapacidad.

Independientemente de las aquí citadas, el marco jurídico en el que se fundamentan las buenas prácticas en este ámbito es extenso, y se recoge con mayor detalle en el libro de marco y modelo de atención del modelo de atención y gestión residencial del Instituto aragonés de Servicios Sociales.

2. LA ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADA EN LA PERSONA COMO REFERENTE EN LAS BUENAS PRÁCTICAS: CRITERIOS TRANSVERSALES.

Pilar Rodríguez (2010) propone una definición de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP): «es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva».

Desde el modelo de AICP, los servicios deben concebirse, planificarse y llevarse a cabo como un conjunto diversificado y coordinado de apoyos destinados a incrementar el bienestar de las personas, minimizar su dependencia y favorecer la continuidad de sus proyectos de vida.

Los valores, principios y criterios de la AICP actúan como referentes transversales, que deben ser tenidos en cuenta en los diferentes niveles de planificación y prestación de apoyos a las personas dependientes.

A la hora de desarrollar las actuaciones para poder materializar un modelo de atención centrado en la persona, identificamos dos niveles que son complementarios, y que deben coexistir:

1. Planificación y organización general de los recursos.

El desarrollo de políticas, normativas y organizaciones. Estos aspectos de planificación y organización deben estar orientados por una misión, visión y valores compartidos, facilitando una adecuada dotación y gestión de los recursos y servicios, que posibilite el modelo de atención deseado.

2. Modelo de atención y gestión de cada recurso residencial.

La atención residencial ha de estar dotada de una organización que asegure la óptima gestión de cada recurso y proporcione las condiciones adecuadas para satisfacer las necesidades particulares y cambiantes de las personas usuarias del mismo. Desde esta consideración, se gestionan y ofrecen los apoyos para contribuir a su mayor bienestar y calidad de vida, basándose en su propio proyecto vital.

Estos dos niveles no deben ser contemplados por separado. De poco sirve el uno sin el otro, siendo necesario un abordaje integral del sistema en el que, teniendo como referente común el modelo de atención deseado, se vayan dando pasos coordinados y en la misma dirección en todos los niveles y estructuras organizativas.

2.1 PRINCIPIOS RECTORES Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN.

Según Pilar Rodríguez (2013), el modelo de AICP se fundamenta en una serie de principios sobre las personas a las que se dirige la atención, y unos criterios de actuación relacionados con cada uno de estos principios. Estos tienen base en los derechos de las personas usuarias, y pueden servir para orientar tanto las políticas, prestaciones y recursos, como los cuidados o apoyos prestados a las personas:

1. Autonomía (autodeterminación). Las personas usuarias tienen derecho a mantener el control sobre su propia vida y actuar con libertad. El derecho a la autonomía no se pierde por ser dependiente. En casos de dependencia grave/deterioro cognitivo, la autodeterminación puede ser ejercida de manera indirecta a través de grupos de apoyo o representantes.

Criterios de actuación: diversidad y empoderamiento.

- La planificación de los servicios y la práctica profesional deben contemplar una oferta diversificada, con un abanico amplio de posibilidades, de forma que se facilite la elección y la posibilidad de ejercer los derechos y autonomía de las personas usuarias.
- Las características, biografía y entorno de la persona deben ser tenidos en cuenta a la hora de planificar de forma personalizada los apoyos.
- Las actuaciones irán dirigidas al reconocimiento de las competencias de las personas y a posibilitar y estimular (desde técnicas de empoderamiento) que muestren sus preferencias y puedan elegir entre diferentes opciones relacionadas con los procesos que les afecten: rutinas cotidianas, imagen personal, relaciones, etc.
- En caso de personas con discapacidad individual o deterioro cognitivo, debemos garantizar que se respetan sus deseos y preferencias (con el apoyo de la familia, su círculo próximo o profesionales de referencia).

2. Individualidad. Todas las personas son iguales en cuanto a ser depositarias de los mismos derechos, pero cada una de ellas es única y diferente del resto.

Criterios de actuación: personalización y flexibilidad.

- La atención y los planes de apoyo han de diseñarse de forma personalizada, para que puedan adaptarse a las necesidades específicas de cada caso, evitando que sean las personas las que deban adaptarse a los servicios.
- Se trabajará desde el conocimiento integral de la persona, partiendo de su historia de vida, y se buscará el consenso de los planes de atención con ella (o sus personas de apoyo). Los apoyos planificados tendrán en cuenta las preferencias de las personas, con el fin de permitir el desarrollo de su proyecto de vida.

3. Independencia. Aunque se tengan necesidades de apoyo y atención, todas las personas poseen capacidades que deben ser identificadas, reconocidas y estimuladas.

Criterios de actuación: prevención y visibilización de capacidades.

- Se deben desarrollar programas y actuaciones para la prevención de dependencia, así como para la rehabilitación o prevención de complicaciones.
- Identificar y apoyar capacidades preservadas de las personas con discapacidad o dependencia, en lugar de focalizar las actuaciones exclusivamente en las limitaciones.
- Intervención en personas con gran dependencia. Siempre hay que explorar la posibilidad de restaurar o descubrir capacidades y explorar modos de incrementar la percepción de autoestima y bienestar.

4. Integralidad. La persona es un ser multidimensional en el que interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales, cuyo buen funcionamiento es determinante para su calidad de vida. Estas dimensiones son dinámicas, y por tanto cambiantes a lo largo del ciclo vital.

Criterios de actuación: globalidad.

- Todos los cuidados e intervenciones de apoyo deben considerar este enfoque de integralidad, buscando la satisfacción de las necesidades básicas, emocionales y sociales de la persona atendida.
- Deben ser tenidos en cuenta todos los agentes del proceso de atención: personas usuarias, profesionales, ambiente físico y psicológico y contexto comunitario.

5. Participación. Las personas con discapacidad y/o dependencia tienen derecho a participar en su comunidad, a disfrutar de interacciones sociales suficientes y acceder al pleno desarrollo de una vida personal y social plena y libremente elegida.

Las personas usuarias (y en su caso sus familias) tienen derecho a participar en la toma de decisiones que afecten al desarrollo de su vida. Podrán participar de forma directa o indirecta en la elaboración del plan de cuidados, así como en su seguimiento.

Criterios de actuación: accesibilidad e interdisciplinariedad.

- Planificar e intervenir para que en los diferentes entornos se incluyan elementos facilitadores que promuevan la autonomía de las personas (productos de apoyo para la movilidad, para facilitar la orientación...). Supresión de barreras u obstáculos que limiten el funcionamiento, ya sean físicas o de actitud (centradas en las limitaciones, estigmatizadoras o recriminatorias...).
- Promover actitudes que sean proactivas e integradoras.
- Interdisciplinariedad. Los programas de intervención y planes de atención siempre deben ser elaborados y ejecutados con este criterio. Además, los técnicos deben

relacionarse en todo el proceso y considerar a las personas atendidas, promoviendo la participación directa o indirecta en su propio plan de cuidados.

- La propia planificación puede contemplar medidas dirigidas al desarrollo de habilidades y competencias para la participación de las personas usuarias.
- Es necesario informar tanto a profesionales como a las personas usuarias y familiares acerca de los cauces de participación.

6. Inclusión social. Las personas que requieren apoyos son miembros activos de la comunidad y ciudadanos/as con idénticos derechos que el resto. Por ello, incluso en una situación de dependencia importante, deben tener la posibilidad permanecer y participar en su entorno y tener acceso y posibilidad de disfrutar de los bienes sociales y culturales en igualdad de condiciones que el resto de la población.

Criterios de actuación: proximidad y enfoque comunitario.

- Los centros y recursos de apoyo han de situarse en el entorno próximo y cercano de las personas destinatarias.
- Se promoverá la participación activa de las personas dependientes en los recursos comunitarios.
- Dicha participación potencia su autoestima, favorece su autonomía y posibilita las interacciones gratificantes con el entorno comunitario.

7. Principio de continuidad de atención. Las personas con discapacidad y/o dependencia deben tener acceso a los apoyos que precisan de forma continuada, coordinada y adaptada permanentemente a las circunstancias de su proceso.

Criterios de actuación: coordinación y convergencia.

- Políticas de coordinación y complementación para la adaptación de los recursos a las necesidades de las personas.
- Coordinación entre los diferentes programas, prestaciones y niveles de los servicios sociales, así como con otros sistemas (sanitario, educativo, vivienda, empleo...).

2.2 PRÁCTICAS PARA AVANZAR EN ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Por su parte, Teresa Martínez (2017) ha desarrollado un modelo, «ACP-Gerontología», con el fin de operativizar y evaluar el grado de atención centrada en la persona dispensado en los servicios gerontológicos, principalmente en residencias o centros de día. Una de las principales aportaciones que hace este modelo es definir 2 dimensiones con 5 componentes cada una, en los que se identifican y agrupan acciones y descriptores de buena praxis que consolidan este modelo de atención en las residencias:

1. Dimensión de prácticas centradas en la persona.

1. Conocimiento. Conocer los aspectos biográficos de las personas atendidas, sus valores, los hábitos y actividades que les generan bienestar (o malestar) en la vida cotidiana y sus preferencias en los cuidados, reconociéndolas y respetándolas como alguien singular y valioso.

2. Autonomía. Permitir y apoyar que las personas usuarias tomen sus propias decisiones, participen en su atención y tengan control sobre las elecciones y cuestiones de su vida cotidiana. En el caso de personas con deterioro cognitivo avanzado, estas decisiones se toman teniendo en cuenta la historia de vida, valores y observación del bienestar de la persona.

3. Comunicación. Relacionarse con las personas mayores de una forma respetuosa y potenciadora, lograr comunicarse con ellas comprendiendo y teniendo en cuenta la perspectiva de éstas incluso cuando tienen un importante deterioro cognitivo.

4. Individualización/Bienestar. Prestar una atención de forma flexible y adaptada a las necesidades y preferencias de cada persona, buscando tanto su bienestar físico como emocional.

5. Intimidad. Proteger la intimidad de las personas mayores, tanto en las atenciones corporales como en la protección de su información personal y asuntos más íntimos (problemas de salud, ideología, espiritualidad, afectividad, necesidades/orientación sexual, etc.)

2. Dimensión entorno facilitador de ACP.

6. Actividad cotidiana. Procurar actividades estimulantes, agradables y significativas para las personas mayores y ofrecer apoyos para que éstas participen, si así lo desean.

7. Espacio físico. El espacio físico del centro debe estar orientado a las personas usuarias, siendo accesible, seguro, personalizado y ofreciendo un ambiente confortable y hogareño.

8. Familia y amistades. Las familias deben ser animadas a implicarse en la atención, colaborar en los cuidados y participar en la actividad cotidiana del centro.

9. Comunidad. El centro debe estimular el contacto social, la presencia de personas de la comunidad en la vida cotidiana del centro y ofrecer apoyos para que

las personas usuarias puedan utilizar servicios, acudir a actividades del barrio y mantener relaciones sociales con personas de fuera del centro.

10. Organización. La organización debe liderar un modelo de ACP, formar y apoyar a sus profesionales, utilizar metodologías facilitadoras, ser flexible y modificar su sistema organizativo para que ello sea posible.

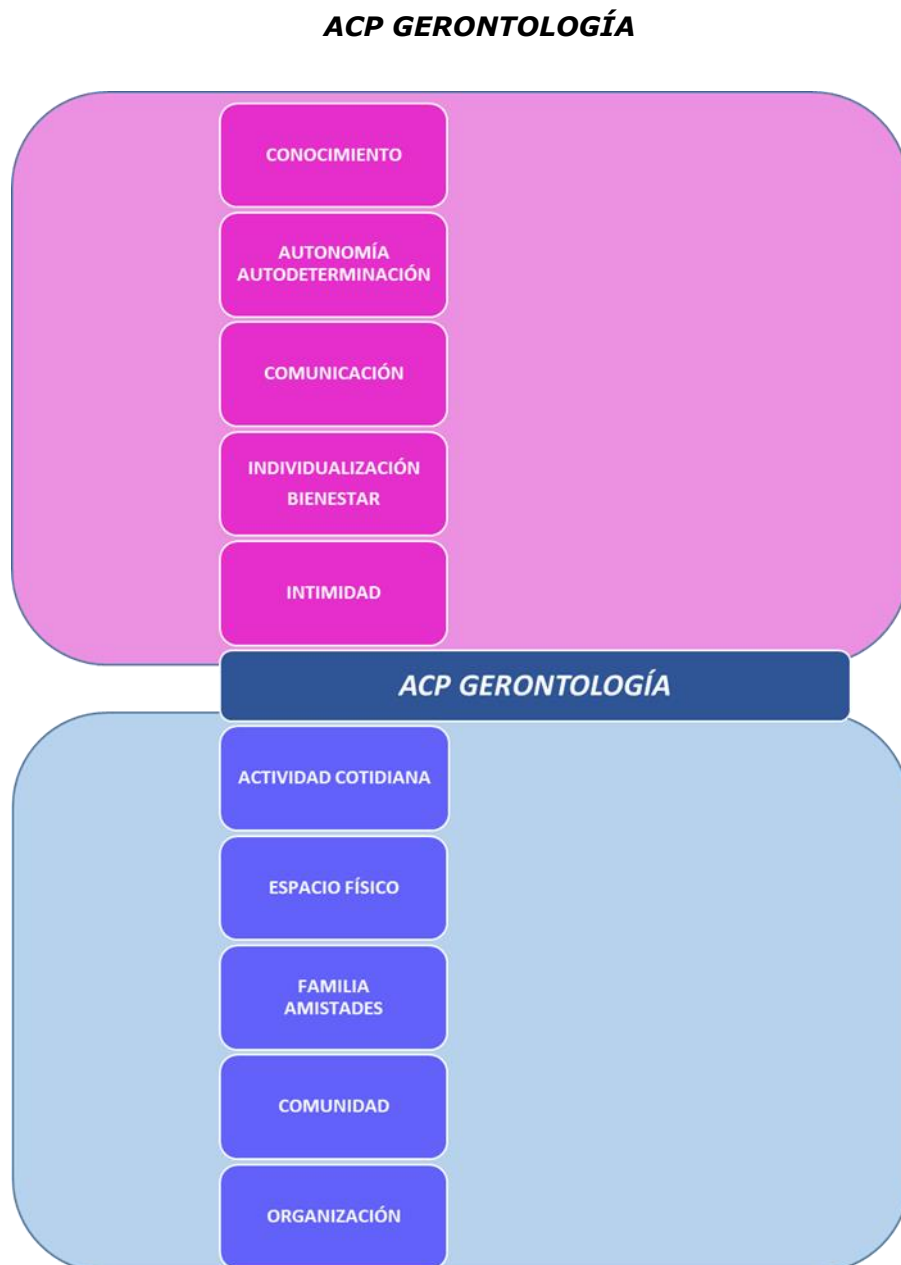


Figura de elaboración propia

3. BUENAS PRÁCTICAS EN LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

Los aspectos organizativos y de gestión, en el diseño y configuración de los diferentes recursos de atención residencial, son fundamentales porque favorecen, promueven y posibilitan el desarrollo de los diferentes programas de atención. La ausencia de modelos de gestión y organización eficaces puede comprometer seriamente la consecución de los objetivos de la atención residencial.

Por este motivo, la atención residencial ha de estar dotada de una organización y estructura de gestión que permitan responder a las necesidades de las personas y la consecución de los objetivos propuestos.

La organización de los recursos y su gestión deben contemplar diferentes niveles de actuación complementarios, en relación a la organización del trabajo, la planificación y adecuación de los contextos y la gestión de la atención a las personas.

La organización de los recursos y su gestión contemplan diferentes niveles de actuación complementarios, que deben estar supeditados al servicio de las personas.

Con el fin de establecer una guía común de buenas prácticas para todos los centros, se recomiendan las siguientes propuestas de actuación que orienten el trabajo y posibiliten la configuración de un modelo coherente de actuación sostenible y efectivo en los distintos recursos residenciales, en conformidad con el modelo de Atención Integral Centrada en la persona (AICP).

La finalidad es conseguir que las organizaciones y su gestión estén supeditadas al servicio de las personas, y estén orientadas a la mejora de la calidad de vida, a facilitar el desarrollo de los proyectos vitales de las personas, sus deseos y preferencias en relación a la atención y vida cotidiana, sus necesidades y expectativas.



Esquema del capítulo

3.1 BUENAS PRÁCTICAS EN LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Buenas prácticas en la planificación

- Definir, ejecutar y evaluar la planificación estratégica teniendo como fin último la calidad de vida de las personas. Organizar y optimizar los recursos disponibles para facilitar un modelo de atención basado en la calidad de vida.
- Planificar las actuaciones en función de un adecuado análisis de situación, priorización de objetivos y estimación de los recursos y actuaciones necesarios.
- Determinar y priorizar los objetivos de la planificación en base a las necesidades de las personas usuarias, llevando a cabo las actuaciones pertinentes y evaluando su consecución.
- Planificar en función de ciclos de mejora continua, evaluando si se han conseguido los objetivos propuestos y corrigiendo posibles causas de error.
- Trabajar para conseguir los objetivos reflejados en el proyecto de gestión, promocionando unos criterios generales de actuación que enmarquen y orienten los servicios y apoyos del centro.
- Asegurar que todas las partes implicadas dispongan de la información relevante relativa a la organización del centro y su planificación.
- Establecer canales de información y comunicación con todas las partes implicadas, que sean conocidos, accesibles, eficaces y estables.
- Promover una planificación y gestión participativa, en la que se incentive la participación de los profesionales, su implicación y responsabilización.
- Diálogo, transparencia y eficiencia en la gestión de la organización que posibiliten una atención de calidad.
- Definir un modelo de organización y coordinación de los diferentes recursos asistenciales y residenciales que, de acuerdo a unos criterios mínimos comunes, posibilite una atención integral, individualizada y participativa a las personas usuarias.
- Abordar los casos desde una perspectiva global o sistémica.
- Anteponer los intereses comunes a los individuales.
- Intentar dar respuesta a los problemas en el menor tiempo posible.
- Definir sistemas de actuación, coordinación y seguimiento de casos complejos o de especial dificultad mediante equipos multidisciplinares constituidos formalmente.

Buenas prácticas en la gestión de recursos humanos

- Hacer partícipes a todos los agentes de la misión, visión y valores del modelo de atención y gestión.
- Favorecer la satisfacción laboral y la motivación en el trabajo.
- Impulsar la implicación activa de todas las partes en la organización y planificación del centro.
- Favorecer la autonomía y responsabilidad en el trabajo.
- Disponer de instrumentos para facilitar la incorporación y adaptación del nuevo trabajador a su puesto.
- Analizar las necesidades en cada puesto, procurando condiciones dignas de trabajo.
- Satisfacción de las demandas y necesidades en las diferentes áreas para facilitar el desarrollo del trabajo.
- Disponer de equipamientos, instrumentos y materiales adecuados para el desempeño de la labor profesional.
- Fomentar la competencia y desarrollo profesional por medio de la motivación, el reconocimiento y el compromiso por hacer bien el oficio.
- Facilitar la formación continuada en los diferentes colectivos, con acceso a cursos externos e impulsando planes o actividades formativas en el propio centro.
- Asegurar la accesibilidad de los trabajadores a toda aquella información necesaria para el adecuado desempeño del trabajo.
- Disponer de canales e instrumentos definidos, estables y conocidos para que los trabajadores (o usuarios) puedan participar en la toma de decisiones y propuesta de soluciones.
- Contar con la opinión de los miembros de la organización, reconocer la participación y las propuestas presentadas.
- Saber escuchar activamente las demandas y expectativas de los diferentes agentes. Actuar con asertividad en las situaciones de participación y representación.
- Reconocimiento a la labor profesional bien hecha.
- Procurar siempre que sea posible el bienestar del trabajador y la conciliación familiar.

Buenas prácticas en la organización y coordinación

- Disponer de un proyecto de gestión común, a través del que se comparta la misión, visión y valores pretendidos.
- Compartir con todos los agentes implicados la planificación, principales objetivos y actuaciones.
- Coordinar las actuaciones de los diferentes servicios, asegurando la consecución de objetivos comunes.
- Crear estructuras organizativas que faciliten la participación de forma regular y sistematizada.
- Impulsar la implicación activa de todas las partes en la organización y planificación del centro.
- Crear un clima organizacional de confianza, respeto y colaboración, que promueva prácticas coherentes con el modelo de atención establecido.
- Desarrollar una cultura de trabajo interdisciplinar y en equipos, como elemento que puede garantizar una atención integral de calidad a las personas atendidas en el centro.
- Establecer y apoyar liderazgos capacitados que comprendan y cuiden las necesidades de las personas y del equipo, facilitando su trabajo diario.
- Utilizar mensajes concretos y claros para los diferentes servicios/profesionales, reduciendo ambigüedades en la interpretación.
- Utilizar metodología para conseguir que las reuniones sean eficaces.

Buenas prácticas en la gestión de la calidad

- Gestionar la política de calidad con una planificación que dote de recursos a la organización para mejorar y objetivar los resultados de los progresos, dentro de las líneas marcadas por el equipo directivo.
- El enfoque de calidad total en la gestión mediante el establecimiento de un mapa de procesos y el diseño de los procesos y procedimientos.
- Desarrollar cuadros de mando con indicadores que monitoricen la consecución de los principales objetivos.
- Impulso de una estructura definida y estable de calidad en el centro: equipo de calidad, en el que participen trabajadores que representen a los diferentes colectivos.
- Planificar y desarrollar las actividades de mejora de los procesos del centro.

- Evaluar las necesidades y el impacto de las diferentes actuaciones, fomentando el desarrollo de instrumentos que optimicen los procesos.
- Asegurar la adecuada documentación de los apoyos y actividades a desarrollar, que permita su conocimiento, sistematización y la mejora continua de la atención y servicios que se dispensan.
- Promover y facilitar el registro de las actividades e indicadores, que permitirá la evaluación de las mismas y sus resultados.
- Conseguir transmitir la mejor imagen de la organización

3.2 BUENAS PRÁCTICAS EN LA PLANIFICACIÓN Y ADECUACIÓN DE LOS CONTEXTOS

El centro se convierte en la nueva casa de las personas que, por precisar de apoyos en las ABVD, han tenido que trasladarse al mismo de forma permanente o temporal. El reto es que estas además lo sientan como su hogar.

Como centro asistencial del sistema de recursos sociales, tiene que cumplir con una serie de características y exigencias normativas respecto a aspectos arquitectónicos y equipamientos. No obstante, tanto las instalaciones privadas como las comunes del mismo se adaptarán en la medida de lo posible a las personas que acogen, facilitando sus proyectos vitales, proporcionando la intimidad necesaria y fomentando las relaciones.

Los contextos del centro deben adaptarse en la medida de lo posible a las personas que acogen, puesto que condicionan la actividad, los comportamientos y las relaciones.

Existe relación directa entre el espacio físico y la actividad, de modo que la actividad está condicionada por los espacios físicos. Los espacios nos dan claves ambientales que nos invitan a comportarnos de una u otra forma. Este aspecto además tiene especial relevancia en las personas con mayor grado de dependencia y/o deterioro cognitivo.

Pautas en la planificación y diseño de estancias:

- Procurar la transformación de los grandes espacios en otros más pequeños y variados. Por ejemplo, si los espacios físicos lo permiten, dispondremos varios comedores de dimensiones reducidas, o compartimentaremos los espacios de comedores de grandes dimensiones.
- Disponer de salas de convivencia que permitan diferentes ambientes y grupos.

- Diversificación de estancias: unas que faciliten la socialización, y otras que permitan el descanso o la intimidad.
- Adecuar espacios para facilitar el acceso de visitas, actividades con las mismas, etc.
- Las personas usuarias deberían poder tener iniciativas o participar, junto con los profesionales, en el diseño, organización y decoración de los espacios.
- Garantizar espacios individuales que preserven el derecho a la intimidad y privacidad. Los espacios personales deben estar bien delimitados.

Espacios accesibles y orientadores:

- Ausencia de barreras físicas (arquitectónicas, mobiliario, iluminación, etc) en los accesos o desplazamientos intermedios.
- Disposición del mobiliario y los elementos de forma que se deje amplitud de espacios para poder realizar los recorridos del centro sin riesgos o dificultad.
- Pictogramas o imágenes que sirvan de apoyo en la orientación.
- Entrada a las habitaciones con objetos o señales que las personas con deterioro cognitivo puedan reconocer (fotografías, decoraciones especiales...).
- Distribución y asignación de las diferentes estancias acorde a las capacidades funcionales de las personas, así como de los productos de apoyo que estas puedan utilizar.
- Adecuada iluminación, preferentemente con luz natural, o luces cálidas e indirectas.
- Evitar suelos y superficies brillantes que provoquen deslumbramientos.

Promover ambientes agradables:

- Cada estancia y habitación puede ser decorada de forma diferente, dando cabida a los elementos o preferencias del residente.
- Promocionar y permitir decoraciones de habitaciones y baños con elementos que sean significativos para las personas: de sus anteriores domicilios, hechos o seleccionados por ellas...
- Las habitaciones compartidas deberían permitir un espacio propio mínimo, y si es posible delimitado por algún tipo de mobiliario, estores, etc.
- Decorar o permitir decorar elementos comunes que resulten demasiado institucionales: estancias comunes, pasillos largos, puertas de seguridad, acceso

a oficinas o salas de personal... siempre que esto no interfiera con la actividad del centro, funcionalidad, seguridad o la normativa vigente.

- Diferenciar espacios, con elementos y decoración adaptados al propósito de la actividad de las personas usuarias que los utilizan y evitando la uniformidad. Evitar decoraciones sistemáticas y uniformes, sillones en fila, etc.
- No dejar a la vista productos de apoyo (grúas, sillas de ruedas) y otros materiales de cuidados (absorbentes, ropa de cama, toallas, etc.).
- Disminución de contaminación acústica.
- Uso de la música como recurso ambiental positivo, adecuándola a las personas, estancias, actividades y horarios...

3.3 BUENAS PRÁCTICAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ATENDIDAS

- Las personas atendidas en el centro recibirán un trato digno. Se velará porque la atención proporcionada proteja de cualquier trato vejatorio o violento e igualmente, se deben facilitar mecanismos de protección y autodefensa.
- Se garantizará la igualdad y la no discriminación por razón de sexo, edad, creencias u opiniones individuales, conductas o trastornos personales.
- Respeto a la diversidad sociocultural de las personas, debiendo estas ser atendidas de manera individualizada y respetando sus características sociales y culturales.
- La perspectiva de género debe estar presente en el diseño y organización de la atención como garantía de la igualdad en la atención para los hombres y las mujeres atendidas en el centro.
- La organización y funcionamiento del centro y la atención ofrecida respetarán el derecho a la intimidad y privacidad de cada una de las personas atendidas y a la confidencialidad de su información personal. El secreto profesional deber ser garantía de ese derecho.
- Los servicios y apoyos que se proporcione responderán, de manera ágil y flexible, a las necesidades y expectativas que presentan las personas atendidas.

Todas las personas atendidas recibirán un trato digno, que garantice sus derechos y basado en la individualidad, autonomía e independencia.

- Siempre que sea posible se deberá contar con la opinión y participación activa de las personas en las actuaciones que les afecten.
- En el centro se deberá respetar el derecho de las personas a mantener relaciones interpersonales que libremente elijan, con el consentimiento de su tutor legal en caso de capacidad limitada.
- Se proporcionará una atención individualizada, adaptada a las diferentes necesidades de las personas, potenciando su desarrollo personal.
- El centro y sus recursos propios o concertados, deben estar orientados a conseguir la máxima autonomía y bienestar posible de las personas, ser flexibles y abiertos a la comunidad.
- La atención en el centro se orientará hacia las posibilidades de las personas y no hacia sus limitaciones, fortaleciendo sus capacidades para desarrollar una vida lo más normalizada y autónoma posible.

La organización estará supeditada al interés y necesidades de las personas atendidas por encima de cualquier consideración, por muy legítima que sea.

- La organización del centro fomentará la autodeterminación con una oferta de servicios lo más amplia y flexible posible.
- Toda la organización laboral, administrativa y técnica estará supeditada al interés y necesidades de las personas atendidas por encima de cualquier consideración, por muy legítima que sea.

3.4 BUENAS PRÁCTICAS EN LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN A LAS FAMILIAS

- La familia es una pieza clave en el proceso vital de las personas atendidas, debiendo ser considerada como lugar afectivo de referencia y favorecerse todos los contactos posibles.
- Guardar respeto a la tutela legal que ejercen las familias en caso de incapacidad, y las decisiones que de ello se deriven.
- Favorecer la opinión y participación de las familias, informando sobre la atención que se dispensa, estimulando y garantizando su colaboración.
- Crear y conservar canales para la comunicación y participación: reuniones, actividades de convivencia u ocio, etc.

La familia debe ser considerada como la referencia afectiva, por lo que promoveremos su implicación y participación en actividades y apoyos.

- Impulsar un modelo de atención a las personas usuarias flexible y abierto, en el que se facilite que las familias que así lo deseen puedan participar.
- Prestar apoyo, información y asesoramiento en todo lo relacionado con la atención, cuidado, vivencias y temas relacionados con la discapacidad o dependencia del familiar.

4. BUENAS PRÁCTICAS ASISTENCIALES

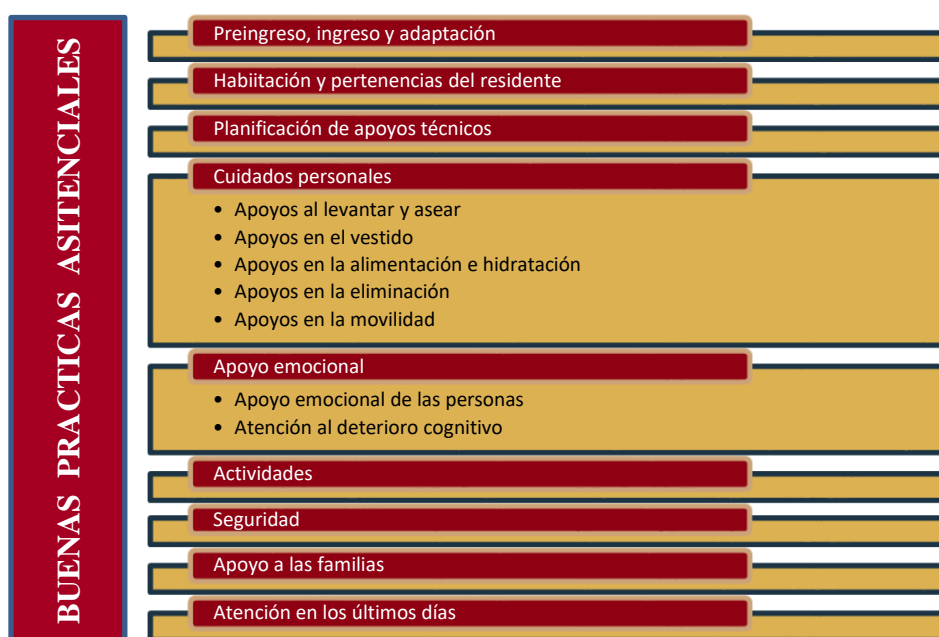
Las buenas prácticas en la gestión, citadas anteriormente, deben estar orientadas a posibilitar que en nuestro trabajo diario se proporcione una atención que garantice la mayor calidad de vida a las personas usuarias.

La calidad en los servicios se contempla no ya desde el cumplimiento de una serie de requisitos formales, sino desde la obligación de satisfacer las necesidades y expectativas de las personas usuarias. Una atención de calidad a nuestros usuarios no puede entenderse entonces sin que estos (su reconocimiento, valores, preferencias...) sean parte central y activa de la planificación y prestación de los apoyos, en los que se reflejarán de forma transversal los principios y criterios de la atención integral centrada en la persona.

En la clasificación de los diferentes apartados de este capítulo se ha tomado como referente el mapa de procesos y los principales procesos operativos descritos en las guías de los centros residenciales. Además, en cada apartado se repite la misma estructura:

- Misión y objetivos: se recogen aquellos descritos en los procesos trabajados en los centros.
- Principales actuaciones: resumen las actuaciones planificadas, y que se detallan en el desarrollo de cada proceso de las guías.
- Pautas de actuación: se describen las prácticas orientadoras o recomendadas, compartidas con los trabajadores y consensuadas.

Para mayor información sobre los mapas de procesos y el desarrollo concreto de cada uno de los procesos, se puede consultar la guía de procesos elaborada por el equipo de cada residencia.



4.1 PREINGRESO, INGRESO Y ADAPTACIÓN

A. Preingreso

Misión:

Asegurar la adecuación del recurso y facilitar la continuidad del proyecto vital del futuro usuario, con calidad de vida y adaptación a su nuevo entorno.

Objetivos:

- Asegurarse de la idoneidad del recurso asistencial.
- Proporcionar a las partes implicadas la información necesaria.
- Establecer canales de comunicación definidos entre familia, usuario y centro.
- Adecuar en la medida de lo posible el recurso asistencial a la persona que acoge.

El preingreso es el momento en el que se reafirma la decisión de trasladarse a una residencia. Esta es una decisión a menudo difícil, y supondrá un cambio de etapa en la vida tanto de la persona que ingresa como las de su entorno próximo, por lo que es necesario el apoyo y aporte de toda la información que precisen al respecto.

El ingreso en una residencia es una decisión que conlleva un cambio drástico. Una adecuada comunicación y apoyos resultará trascendente para el bienestar de la persona y su familia, y la posterior adaptación.

La residencia ha de llegar a ser el hogar de la persona usuaria, donde encuentre apoyos para satisfacer sus necesidades asistenciales básicas, así como para continuar con su proyecto vital con la mayor calidad de vida posible. Esto requerirá un importante esfuerzo de adaptación de la persona usuaria y su familia a la vida del centro; pero igualmente la organización debe ser flexible y adaptarse dentro de sus posibilidades a las necesidades, capacidades y preferencias de esta persona.

Las principales actuaciones dentro del proceso de preingreso son:

- a) Contacto inicial de la residencia con la persona que va a ingresar.
- b) Contacto personal y entrevista mediante cita previa en domicilio y/o residencia.
- c) Información y previsión de necesidades.
- d) Organización y planificación del ingreso.

Pautas de actuación en el preingreso:

- Adecuación del recurso. Debe de haber correlación entre las necesidades o expectativas del futuro usuario y las capacidades/servicios del centro. En este proceso es cuando los diferentes niveles de la organización (servicios centrales y equipo multidisciplinar del centro) deben asegurar la idoneidad del recurso que se ofrece a cada persona, con una visión global del sistema (teniendo en cuenta las preferencias manifestadas por el usuario y las posibilidades reales dentro de la cartera de servicios y recursos del Instituto Aragonés de Servicios Sociales).
- Momento de consensos. El preingreso es un momento importante de comunicación para la realización de las previsiones necesarias para acoger al nuevo residente, dando continuidad al proyecto vital; pero igualmente lo es para que este y su familia conozca las posibilidades del centro y ajusten sus expectativas. Es importante conocer las necesidades y expectativas que tienen tanto el usuario como la familia, consensuar e informar de en qué medida se corresponden con las posibilidades del centro y pueden verse cumplidas.
- Conocimiento del entorno de procedencia. Cuando sea posible, realizar un primer contacto en el domicilio o centro de procedencia de la persona, lo que permite el conocimiento del entorno físico y convivencial de la misma. En caso de no ser posible esta visita, este entorno debe estar adecuadamente documentado en los informes sociales.
- Conocimiento del centro. La persona usuaria, siempre que sea posible (o su familia en caso de que ella no pueda), debe tener la oportunidad y ser animada a visitar el centro antes del ingreso, para conocer las instalaciones, los servicios, sus actividades, trabajadores y quienes allí conviven.
- En la visita, un profesional del centro (normalmente la trabajadora social), le acompañará y responderá a todas sus dudas e inquietudes. Además, si lo desea, se le dará la oportunidad de conocer y hablar con trabajadores u otras personas usuarias e intercambiar preguntas y opiniones.
- Nos daremos a conocer estableciendo una relación próxima, empática y de confianza.
- Debemos tener presentes las capacidades de comunicación y comprensión de la persona usuaria, de tal forma que nos adaptemos a las mismas.
- La información debe ser plenamente accesible, transmitida de forma verbal y/o escrita, adecuada, de fácil comprensión y adaptada a las necesidades de la persona usuaria.
- Siempre que sea posible, el interlocutor principal de la entrevista debe ser la persona usuaria. En caso de deterioro cognitivo o dificultades en la comunicación nos apoyaremos en otras personas de su entorno.
- En caso de personas con deterioro cognitivo, es fundamental contar con las personas de su círculo de apoyo para recibir la información. Además, en estos

casos esta información será de especial importancia para conocer y comprender a la persona usuaria a lo largo de la estancia.

- Se debe aportar información escrita y oral sobre la residencia, servicios, funcionamiento, el reglamento y sus normas de funcionamiento. El centro dispondrá de un documento de acogida actualizado, que recoja la información principal.
- Debemos diferenciar entre la historia social (compuesta por datos objetivos) y la historia de vida, que son las vivencias y el relato que la persona hace de las mismas.
- En la entrevista preingreso, más allá de los datos sanitarios y sociales básicos, nos interesaremos por las principales relaciones familiares y amistades, ocupaciones anteriores, hábitos y forma de vida, las necesidades asistenciales iniciales, preferencias e intereses... pudiendo así comenzar el registro del documento Historia y Proyecto Vital (ver procedimiento específico).
- El centro dispondrá de modelos que sirvan como guía y estructuren la información a recoger.
- Se debe repasar con el residente y familia la documentación y material necesarios para el día del ingreso y explicar cómo se producirá dicho ingreso, cómo transcurrirá el primer día... facilitando en todo momento la organización de este en cuanto a documentación, ropa o, en su caso, algún enser personal que quiera llevar a la residencia.
- Antes de ingresar, se informará a la persona de cómo será su atención en el centro, de que se elaborará un plan de cuidados, de la existencia de profesionales de referencia y de las posibilidades de participación de usuarios y familias.
- La información que se recaba a través de la persona usuaria y familiares, debe ser tratada con escrupuloso cuidado para preservar el derecho a la privacidad y confidencialidad, solicitando además su autorización para que pueda ser utilizada por los profesionales que así lo precisen para una óptima atención.
- En el momento de planificar y determinar la habitación a ocupar por el nuevo residente, intentaremos que los elementos, espacios y localización de la misma sean los más adecuados a las capacidades y necesidades previstas (de movilidad, senso-perceptivas, cognitivas...). Por ejemplo, cerca de las estancias comunes y sin barreras si tiene problemas de movilidad y se desplaza con andador de forma autónoma, o recorridos sencillos y adecuadamente señalizados si existe deterioro cognitivo...
- En el momento de fijar la fecha y hora para que se produzca el ingreso en la residencia, intentaremos que este se produzca en días con mayor dotación de personal y en un horario que permita realizar los trámites sin prisas.

B. Ingreso y acogida

Misión:

Facilitar la continuidad del proyecto vital del futuro residente, con una adecuada calidad de vida y adaptación a su nuevo entorno.

Objetivos:

- Confirmar y completar la información social y sanitaria aportada en los informes previos.
- Adecuar en la medida de lo posible el recurso asistencial a la persona que acoge.
- Lograr la adaptación al nuevo entorno, minimizando la ruptura y el impacto emocional.
- Proporcionar a las partes implicadas (usuario, familia y trabajadores) la información necesaria.

La decisión tomada en su momento se materializa el día de ingreso en la residencia. Esto normalmente se vive como una necesidad, pero es un día de sentimientos encontrados, separación o ruptura que a menudo se interioriza como "pérdida".

El ingreso en un centro residencial supone una ruptura con el modo de vida anterior, con pérdida de roles y relaciones. Requiere a la persona usuaria un importante esfuerzo de adaptación, unido a las especiales dificultades adaptativas de quien es dependiente para las ABVD.

En este proceso la persona usuaria se encuentra en una situación en la que no conoce al personal ni a los demás residentes, no se orienta en la residencia, no conoce el funcionamiento ni las rutinas diarias... lo que hace de este un momento de especial vulnerabilidad.

Tendremos previstas estas dificultades y necesidades y minimizaremos el impacto del cambio fomentando la personalización de espacios, la flexibilidad organizativa y la autonomía con posibilidades amplias de elección.

En el ingreso se exige un importante esfuerzo de adaptación a una persona con especiales dificultades, que debemos tener previstas adaptando y flexibilizando nuestra organización.

Una acogida cálida y organizada, y la observación en los primeros días, son muy importantes para facilitar una buena adaptación. Una buena acogida reduce la

inseguridad de las personas, genera confianza con el equipo y favorece el inicio de una buena relación.

En el proceso de ingreso influyen una serie de condicionantes que hay que tener en cuenta, como son:

- La planificación y preparación previa que se haya realizado durante el preingreso.
- Grado de voluntariedad y asunción por parte de la persona usuaria y familia.
- Presencia, implicación y acompañamiento de la familia.
- Situación de salud y dependencia.
- Estado cognitivo.

Las principales actuaciones que se llevan a cabo en el ingreso consisten en:

- a) Recibimiento.
- b) Ubicación y visita al centro.
- c) Presentación a personas usuarias y profesionales más directos.
- d) Se completan datos de la valoración inicial de algunos técnicos.
- e) Acompañamiento y apoyo durante la jornada.

Pautas de actuación en el ingreso:

- Programamos la llegada al centro para poder recibir y atender a cada persona adecuadamente, sin prisas. Se acordará con la persona usuaria/familia un día y hora que así lo permita.
- Normalmente el ingreso se realizará por la mañana, con el fin de tener tiempo de mostrar el centro y principales estancias, conocer el funcionamiento básico y presentar a las personas más próximas la organización, disminuyendo en parte el estrés a la hora de acostarse.
- Es necesario llevar a cabo las distintas actuaciones en la forma y secuencia que han sido previamente planificadas e informadas a la persona usuaria y sus familiares.
- El recibimiento debe hacerlo aquel profesional de la residencia que haya establecido el contacto y la relación con la persona usuaria durante el preingreso, normalmente la trabajadora social.

- Se debe recibir a la persona de modo acogedor (valorar un grupo de acogida, un detalle de bienvenida personalizado, dedicarle el tiempo que necesita...) de modo que sienta que quienes la reciben se interesan realmente por ella.
- En la acogida pueden participar formalmente un grupo de residentes que se presenten, arropen al nuevo usuario y le puedan prestar apoyos en los primeros días.
- Preguntaremos a cada persona y respetaremos cómo quiere ser llamada y cómo desea ser presentada a los demás.
- Para que el ingreso sea vivido de forma positiva, se puede facilitar que la nueva persona usuaria permanezca acompañada por alguien de su familia y por la/s personas de referencia que se le presente en la residencia.
- Si es posible, los profesionales de referencia inicialmente asignados se encargarán especialmente de la acogida de la persona (en su defecto, personal designado en reparto de tareas).
- Estos profesionales informarán sobre lo que sucede en cada momento y le apoyarán en lo que vaya necesitando, estando muy pendientes de ella, evitando sucesos desagradables o desconcertantes que le puedan generar ansiedad (quedarse sola sin saber qué pasa, perder cosas, etc.).
- Se propiciarán momentos de intimidad con la familia, dándoles espacios y tiempo para intercambiar impresiones, asimilar el proceso y posteriormente despedirse.
- Facilitaremos que la familia esté presente y colabore en estos primeros días. Les escuchamos e informaremos para ir creando una buena comunicación.
- La información que se le vaya transmitiendo y la visita a las distintas dependencias se realizará en la medida que la persona usuaria sea capaz de asimilar.
- Se presentará a la nueva persona usuaria el compañero/a de habitación, de mesa de comedor, personal del centro... en función de su cansancio y su estado, posponiendo dichas presentaciones si es necesario.
- Se debe estar en disposición de apoyo y arropamiento permanente en la acogida, contestando sus dudas y canalizando sus inquietudes o problemas que surjan a lo largo del día, la primera noche, así como los primeros días...
- Dentro del transcurso de la primera jornada, es igualmente importante la primera noche. Acompañaremos y observaremos la actitud de la persona al acostar, preguntando por necesidades que puedan ser atendidas. Observaremos y estaremos pendientes de si surge alguna necesidad de ayuda a lo largo de la noche. Nos interesaremos de forma especial al levantarse a la mañana siguiente.

C. Adaptación

Según criterios normativos, el periodo de adaptación es aquel que se extiende desde el ingreso hasta el primer mes de estancia de la persona en la residencia. No obstante, este periodo puede resultar insuficiente en muchos casos, contemplando la misma normativa que pueda ser prorrogado.

El ritmo y modo de adaptación a los cambios es distinto en cada persona. Diferentes personas necesitan apoyos y tiempos diferentes para lograr adaptarse a las nuevas situaciones y a las demandas que ello implica.

Tras un momento crítico en la vida de cualquier persona, de estrés psicosocial, como puede ser vivido el ingreso en la residencia, se pueden dar situaciones desadaptativas. Es habitual que se produzcan conflictos por la pérdida de intimidad, recuerdos, autonomía, relaciones... y mucho más probable en casos de deterioro cognitivo. El modo en que estos son afrontados por parte de la organización y el personal de la residencia influye decisivamente en el bienestar y adaptación final de la persona usuaria. Una organización flexible facilita la adaptación de las personas nuevas que llegan a vivir al centro.

El ritmo y modo de adaptación es distinto en cada persona, y en el proceso se pueden dar conflictos a los que la organización debe responder de forma flexible.

Existen una serie de componentes que nos sirven de indicadores para la evaluación en la finalización del periodo de adaptación como son:

- f) Aceptación de las normas. Mantenimiento de una convivencia no conflictiva en la residencia en parámetros de aceptación y cumplimiento de las normas de funcionamiento.
- g) Relaciones y convivencia. El tipo y características de las relaciones que se mantienen con las otras personas son indicadores del grado de adaptación al centro.
- h) Participación. Se consideran indicadores superiores de adaptación, la participación activa en actividades y programas.
- i) Satisfacción manifestada por la persona usuaria en su vida en la residencia.

Se considera adaptada a la residencia a la persona que vive su nueva forma de vida en paz consigo misma y con los demás, y mantiene relaciones y actividades acordes a su proyecto vital, en función de sus capacidades y las posibilidades del nuevo entorno, mostrándolo así a las personas que le rodean.

Uno de los principales objetivos será el de conseguir el sentimiento/percepción personal de aceptación, ser reconocido y respetado como persona con valor individual, derechos y dignidad.

Pautas de actuación en el proceso de adaptación:

- Comunicación y consenso. El dialogo entre personal del centro y el nuevo residente y sus familiares, la información transmitida y recibida y en general el conocimiento mutuo, permite consensuar un plan de atención real centrado en la persona.
- Se debe facilitar la puesta en común de la información pertinente y planes a través de los documentos o herramientas existentes.
- La relación y el trato dispensado a la nueva persona usuaria debe ser cercano, favorecer la confianza y estar basado en los principios de aceptación y respeto a sus derechos y dignidad.
- La flexibilidad y la actitud de escucha y comprensión por parte de los profesionales reduce la ansiedad y minimiza las alteraciones del comportamiento.
- Personalización del entorno físico residencial y los recursos ambientales. Se fomentará la personalización de los espacios privados (e incluso algunos colectivos en medida que no interfiera con otros intereses...) con objetos y enseres que hayan sido importantes, y que servirán para reforzar la identidad, aumentar la confianza y facilitar la adaptación al centro.
- Si la persona usuaria tiene capacidad suficiente, permitiremos y facilitaremos el acceso y control de sus pertenencias, aspecto que refuerza el sentimiento de control sobre su vida.
- Es importante que las personas tengan asignado un cuidador de referencia. Este acompaña a la persona usuaria y a través de una relación de confianza la conoce e identifica necesidades, capacidades y preferencias. Además, podrá asumir el papel de valedor de la persona, participando en la elaboración de su plan de atención y velando por el cumplimiento del mismo.
- Sin embargo, la responsabilidad de acoger a la nueva persona usuaria no puede recaer en exclusiva en un cuidador de referencia, que no podrá estar con ella en todos los turnos ni todos los días. Esta es una labor de todo el personal del centro, que tiene que ser consciente de que durante los primeros días de estancia esta persona necesitará una atención especial.
- A través de la historia de vida y proyecto vital conocemos las rutinas y actividades gratificantes que las personas venían realizando, pudiendo respetarlas en la medida que estas sean posibles. Evitaremos actividades que puedan resultarle extrañas (al menos al principio) o que sepamos que le desagradan.

- Se puede reforzar la identidad personal y buscar la cercanía a través de conversaciones que le resulten familiares y relacionadas con su biografía, recuerdos positivos... por ejemplo, mirar con ella fotografías suyas...
- Procuraremos que la persona tenga percepción de seguridad y control sobre lo que sucede: le informamos sobre las cosas que pasan, procuramos que no se sienta sola o desorientada, le preguntamos sobre cómo desea que se presten las atenciones o qué le parecen, evitamos que sucedan cosas sin que esté avisada...
- Necesitamos comprender y saber manejar positivamente las posibles reacciones iniciales de las personas usuarias. Afrontar las conductas complejas y reacciones intensas como necesidades emocionales de las personas y no como conductas alteradas que debemos a suprimir o corregir de forma inmediata.
- Si es necesario, se podrá facilitar la adaptación progresiva a horarios, normas de convivencia, actividades, etc.
- La organización del centro permitirá la incorporación gradual a las actividades (acudir solo algunas horas, algunos días...) para facilitar la adaptación de las personas que así lo precisen.
- Se realizará la evaluación de cada persona ajustándonos a su ritmo. Evitaremos que se estrese con sucesivas valoraciones y se vea sometida a numerosas preguntas por parte de los distintos profesionales.
- En la evaluación, identificaremos capacidades y facilitaremos apoyos para promover la independencia y autonomía dentro de un plan consensuado con el usuario/familia, no solamente prescribir, intervenir o realizar tareas pautadas.
- En cuanto al área relacional y emocional, tienen especial importancia en esta fase las relaciones familiares, por lo que se facilitará y fomentará el contacto frecuente con la familia o personas de su círculo próximo.
- Favoreceremos la información y comunicación entre el personal de la residencia y las familias. Apoyar y ayudar a afrontar sentimientos negativos (como los de culpabilidad...) contribuye a evitar situaciones de desconfianza y conflictos.

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES

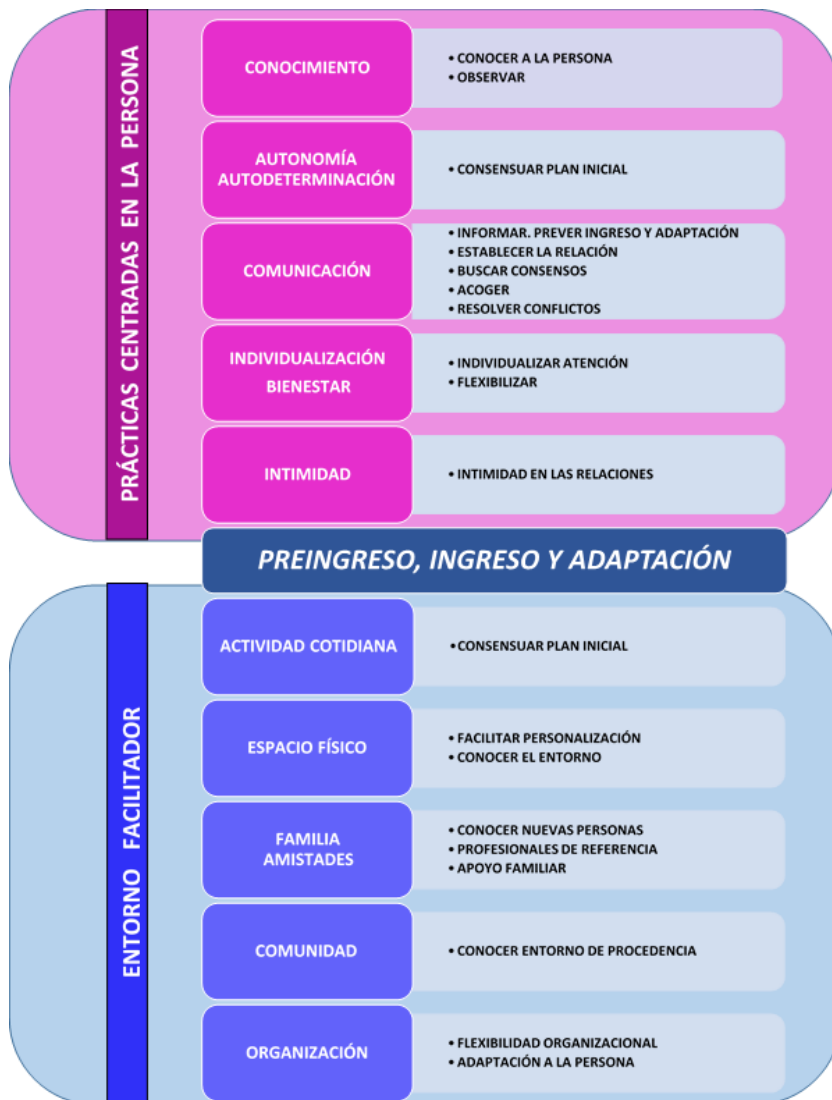


Figura de elaboración propia

4.2 HABITACIÓN Y PERTENENCIAS DEL RESIDENTE

Misión de la gestión de pertenencias:

Facilitar un alojamiento y entorno inmediato adaptado y acogedor, que respete las preferencias y proyecto vital del residente, como elementos clave en su calidad de vida.

Objetivos:

- Proporcionar un espacio habitacional adaptado a las necesidades de las personas y que disponga de espacio personal suficiente que favorezca el derecho a su privacidad y dignidad.
- Favorecer que las habitaciones sean espacios lo más personalizados posibles
- Promover la continuidad del proyecto vital del residente en la medida de las posibilidades.
- Facilitar la entrada y cuidado de enseres personales que proporcionen un entorno próximo significativo y acogedor.
- Lograr que el residente vaya vestido adecuadamente, facilitando sus preferencias.
- Lograr que la ropa y otros elementos personales estén adaptados a posibles necesidades especiales del residente.

Los elementos ambientales pueden reducir el estrés y favorecer el bienestar. El espacio físico incide en los comportamientos de las personas, en cómo éstas se sienten y en cómo se relacionan con los demás.

En este sentido, los estudios señalan la relación positiva entre la variable "sensación de hogar" y el bienestar subjetivo de las personas. Este factor influye en mayor medida en las personas con mayor grado de dependencia y en las personas con demencia.

El espacio físico incide en los comportamientos de las personas, en cómo estas se sienten y en cómo se relacionan con los demás.

Otro aspecto determinante en el bienestar personal es la disposición de las propias pertenencias. Poder disponer de las cosas de uno, especialmente de las pertenencias más queridas, poder acceder y tener control sobre ellas, refuerza la identidad personal, favorece la seguridad y el bienestar emocional. Cuando la persona se encuentra desorientada, presenta deterioro cognitivo o simplemente se siente sola, sus pertenencias y objetos significativos cumplen el papel de acompañarle y darle seguridad.

El acceso y control de las pertenencias refuerza la identidad y da seguridad. La habitación de cada residente es su espacio más íntimo y personal, y debe ser respetado.

Al hablar del alojamiento, debemos tener en cuenta igualmente que la habitación de cada residente es su espacio más íntimo y personal. Es de vital importancia el respeto del mismo en aras de asegurar el derecho de privacidad y la dignidad de las personas. Toda atención prestada en este entorno constituye un riesgo de vulneración de estos derechos, por los que debemos velar.

Pautas a tener en cuenta:

- Las asignaciones de alojamiento y los cambios de habitación que puedan darse durante la estancia se realizarán informando previamente a las personas usuarias, buscando su consentimiento y teniendo en cuenta sus preferencias y necesidades.
- Al asignar una habitación se tendrán en cuenta las capacidades y necesidades de las personas, tanto físicas (en relación a la accesibilidad de la habitación, distancias hasta las estancias de uso habitual, iluminación, obstáculos...) como cognitivas (trayectos sencillos, objetos u elementos de referencia, señalización, iluminación...), con el fin de preservar el mayor grado de autonomía posible.
- Si es preciso realizar algún cambio o reforma en la habitación se informará previamente a la persona que vive allí, y se solicitará su consentimiento. Los cambios de habitación han de ser aceptados por la persona.
- Es una buena práctica habitual en el cuidado de personas con deterioro cognitivo colocar los nombres y las fotos junto con los números de las habitaciones, en la entrada a las mismas. Además, se colocarán otros pictogramas con indicaciones de cómo llegar y señalización de otras estancias de uso común: baño, comedor, sala de terapia, etc.
- La habitación será considerada propiedad de la persona usuaria. Su estancia en la misma, la posibilidad de invitar a personas, el uso personal para sus relaciones, incluidas las más íntimas, deben ser preservadas.
- En general, ante cualquier intervención realizada en la habitación de la persona usuaria, se deberá preservar el derecho a la información, autonomía, privacidad e intimidad, procurando el conocimiento previo si es preciso.
- Cualquier profesional que intervenga en la habitación debe tener como referencia permanente el punto anterior en cada una de sus actuaciones: llamar antes de entrar, el saludo personalizado, la conversación. La intervención profesional en ayuda de las necesidades básicas de la persona usuaria... se realizará respetando la autonomía y preservando la intimidad.
- Se cuidará el uso privado de los distintos elementos de la habitación: armarios y mesillas individuales con ropa y pertenencias exclusivas de la persona usuaria.

- Las intervenciones ocasionales del personal sobre estos elementos, o posibles revisiones programadas, se realizarán garantizando el conocimiento previo de la persona y en presencia de la misma.
- La habitación debe ser un espacio personalizado, reproduciendo un ambiente significativo para la persona usuaria. Facilitaremos y animaremos a disponer de elementos propios como fotografías, enseres, pequeño mobiliario, plantas... pudiendo colaborar en su mantenimiento y cuidado la persona usuaria o la familia de esta.
- Es conveniente que los residentes, en función de su capacidad, se ocupen de sus habitaciones, decorándolas o manteniéndolas, como medida favorecedora de preservar su autonomía y privacidad, así como para mantener cierto nivel de actividad.
- La persona contará con sus pertenencias y tendrá control sobre las mismas siempre que tenga capacidad para ello.
- Se debe favorecer la gestión por parte de la persona usuaria de sus efectos personales y por lo tanto el orden de la ropa y enseres en la habitación según sus gustos.
- Siempre que sea posible la persona usará ropa y complementos de acuerdo a sus preferencias.
- En caso de que estos elementos dificulten los cuidados personales, la primera opción será su adaptación (gomas, velcros, aberturas, tallas más amplias...) y la última su sustitución por otros de uso clínico.
- En el caso de que el centro tenga que encargarse de la compra de ropa u otros elementos de uso personal, lo realizará atendiendo en lo posible a las preferencias y necesidades específicas de cada persona, evitando la uniformidad.
- Facilitaremos el acceso de las familias con un horario lo más amplio posible a las habitaciones, favoreciendo así relaciones privadas. Este acceso podrá verse limitado en determinados horarios o circunstancias para preservar el descanso o la intimidad del resto de personas usuarias (momentos de levantar y asearse, por ejemplo).
- Se permitirá y favorecerá la accesibilidad y el uso de pasillos y espacios comunes del centro para el paseo, así como para mantener relaciones y actividades de ocio.
- La zonas comunes y pasillos pueden ser, para las personas con trastorno cognitivo con necesidad de deambular, un espacio en el que se muevan y paseen. Además, son un espacio de interacción social donde las personas se juntan, se saludan, se ven o simplemente comparten.
- En algunos casos se puede permitir flexibilidad horaria al levantar-acostar, en función de las posibilidades de organización del centro.

- Si no hay contraindicación médica se debe facilitar el descanso de la siesta en la habitación.
- Las salas de estar deben guardar un equilibrio adecuado en la estimulación en cuanto a sonido, luz y actividades. Estas pueden equiparse con elementos estimuladores como pantallas, peceras, plantas... u otros que puedan animar a actividades significativas: cepillos, plumeros, paños...

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES

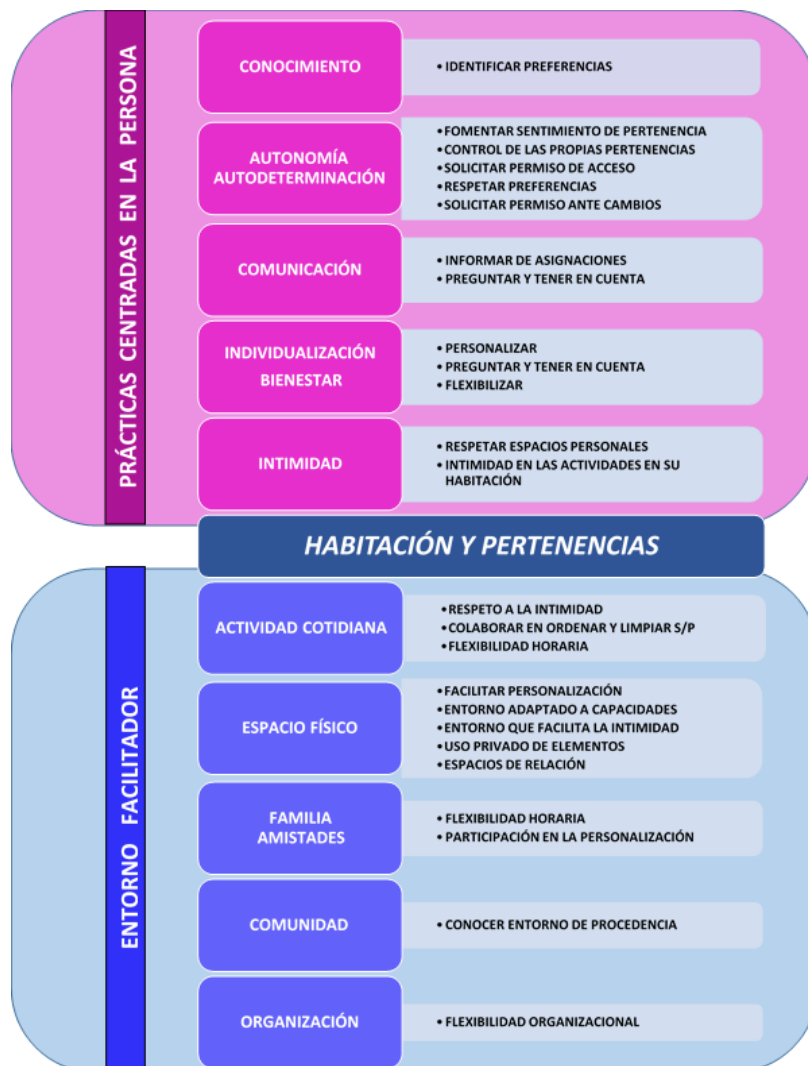


Figura de elaboración propia

4.3 PLANIFICACIÓN DE LOS APOYOS TÉCNICOS

Misión:

Desarrollar un plan de atención integral y personalizado, que refleje una valoración y planificación multidisciplinar y que cuente con la participación directa o indirecta de la persona usuaria.

Objetivos:

- Mejorar la calidad de vida y el grado de satisfacción de la persona.
- Prestar una atención integral y personalizada.
- Conocer y potenciar las capacidades de las personas.
- Participación de la persona en la planificación de sus apoyos y cuidados, de forma directa cuando esto sea posible o indirecta con apoyo de instrumentos como un documento de historia de vida, profesionales de referencia o el apoyo familiar.
- Elaboración de un plan que cuente con la participación de todos los técnicos implicados en la atención del residente.
- Priorizar y unificar los criterios y objetivos de los diferentes profesionales en la atención de cada persona.
- Adaptación de la propuesta de actividades y participación de la persona en aquellas que resulten de su interés, dentro de las que se ofertan en el centro.

El fin último de todas las actuaciones que desarrollamos en la residencia es el de conseguir la mayor calidad de vida posible para las personas que allí viven, a través de una atención integral y personalizada.

La atención personalizada parte del reconocimiento de la singularidad de cada persona, para lo que es imprescindible un buen conocimiento de la misma. En este sentido, la biografía es la razón esencial de la singularidad de las personas. Conocer su biografía, modo de vida y proyecto vital, y utilizarlos como referente del plan de atención, es indispensable para lograr una atención realmente integral y personalizada, facilitando el desarrollo de su autonomía.

Merece la pena señalar que, aunque la atención de personas con alto grado de dependencia en un centro que actualmente es su casa, conlleva la necesidad de cubrir importantes necesidades de salud, esta atención debe ser prestada sin perder de vista el resto de dimensiones que constituyen la globalidad de un ser integral. La persona usuaria ingresa en un centro residencial, no como "paciente" que presenta una o varias patologías, sino por la dependencia que estas han originado impidiendo una vida autónoma en su entorno habitual. El cubrir las necesidades sanitarias es un componente necesario dentro de un plan de atención integral, pero no es el objeto único de este

recurso y no debe ser el único determinante en la planificación de actividades y cuidados.

La valoración integral de la persona por parte de los diferentes técnicos (médico, enfermería, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, psiquiatra...) se realiza en el primer mes de estancia de la persona usuaria en la residencia, y es fundamental para conocerla identificar sus valores, capacidades, necesidades y preferencias y elaborar con su participación directa o indirecta un plan de atención integral y vida (PAIV) personalizado.

El PAIV está compuesto por la Historia y Proyecto Vital de la persona, que es la base del mismo, y el Plan de Atención Integral (PAI), que reflejará los apoyos y actividades personalizados.

La biografía es la razón de la singularidad de la persona. El Plan de Atención Integral y Vida debe estar fundamentado en la misma. De cada PAIV será responsable un técnico de referencia, que se coordinará con el cuidador de referencia. El cuidador de referencia es quien mejor conoce a la persona, puede apoyarle de forma individualizada y representarle si es necesario.

Uno de los técnicos (enfermera/o, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, u otros) realiza la función de "técnico de referencia", y es el responsable de la coordinación y seguimiento de las actuaciones necesarias para la elaboración del PAIV, y su correcta ejecución.

La figura de "técnico de referencia" es complementaria y debe coordinarse con la de "cuidador de referencia".

El cuidador de referencia, normalmente el personal auxiliar de atención directa, es quien puede establecer un vínculo más estrecho y de confianza con la persona usuaria, conocerla, identificar sus capacidades, necesidades y preferencias, apoyarla o representarla a la hora de elaborar el plan de atención y velar por el adecuado cumplimiento del mismo.

Las principales actuaciones que se llevan a cabo en la planificación de los apoyos consisten en:

- a) Asignación de profesionales de referencia.
- b) Registro de borrador de documento de Historia y Proyecto Vital.
- c) Elaboración de plan de atención provisional.
- d) Valoración de los técnicos del centro.
- e) Reunión y elaboración de propuesta del Plan de Atención Integral y Vida (PAIV).

- f) Información y participación de la persona usuaria (si no ha participado en el punto anterior) o su familia y aprobación de PAIV.
- g) Ejecución y seguimiento de PAIV.
- h) Revisión periódica.

Pautas de actuación en el proceso de planificación:

- Debemos informar de forma comprensible a cada persona de qué es un Plan de Atención y Vida (su finalidad, qué información se recoge, qué profesionales y para qué acceden a esta información) así como de las opciones que la persona tiene para participar en su plan de atención. La información aumenta la percepción de control de las personas sobre su entorno, y es un elemento básico para el desarrollo de su autonomía y para ejercer el consentimiento sobre su plan de atención. Conocer la importancia y la utilidad del PAIV anima a las personas a implicarse en su proceso de atención.
- Cada profesional en su área, y posteriormente todos en equipo, debemos realizar una valoración integral de la persona, contemplando de una forma global su situación, su entorno y sus diferentes preferencias y necesidades (salud física, capacidad funcional, estado cognitivo, emocional, relaciones sociales, espiritualidad, desarrollo personal).
- Cada profesional en su área dispondrá de una documentación mínima en la que se refleje su valoración, planificación de actuaciones y se registre la evolución de la persona en dicha área. Además, el centro facilitará los instrumentos y espacios de comunicación y coordinación entre los diferentes profesionales para una adecuada atención.
- El Plan de Atención Integral y Vida, elaborado conjuntamente, debe materializarse en una atención cotidiana adaptada y personalizada siempre que sea posible, sin perder de vista la biografía, valores, intereses y preferencias de la persona.
- Es conveniente que se produzca una asignación entre los técnicos del centro, de forma que cada uno de ellos ejerza de técnico de referencia de varias personas usuarias.
- El técnico de referencia impulsará la elaboración del PAIV y coordinará las actuaciones de los demás profesionales.
- A la hora de elaborar el PAIV, se contará con la colaboración del cuidador de referencia. Este es el profesional que mejor conoce a la persona usuaria, capacidades, preferencias, su estado actual y evolución.
- Cuidador y técnico de referencia de cada persona se encargan de observar y velar por el adecuado cumplimiento del PAIV.

- En el PAIV recogeremos la Historia y Proyecto Vital de cada persona: modo de vida y hábitos.
- Posteriormente, al elaborar el Plan de Atención Integral, trasladaremos estas preferencias (hábitos, gustos, rechazos...) a la actividad cotidiana.
- Respetar las preferencias de las personas mejora su satisfacción con el centro, su bienestar y aumenta la confianza en quienes les cuidan.
- Al elaborar el PAIV, identificaremos y registramos las fortalezas y capacidades de la persona en cada una de las actividades. Propondremos apoyos y actividades partiendo de estas capacidades.
- Igualmente, tendremos en cuenta los objetivos que la persona señala como más importantes en su actual proyecto de vida.
- En la planificación, podemos identificar, reforzar y conservar actividades profesionales y/o lúdicas que se hayan realizado anteriormente para favorecer la autoestima, sentimiento de utilidad y fomentar relaciones sociales.
- Intentaremos mantener y/o recuperar las funciones mentales superiores con programas que supongan entrenamiento en memoria, atención, lenguaje, estimulación cognitiva y orientación a la realidad... a través del uso de actividades significativas para las personas (planificar compras, menús, actividades o tareas... ejecutar algunas de ellas...).
- Consensuaremos con cada persona su plan de atención. Cada persona debe ser el centro y participe de su propio plan de atención, bien de forma directa o indirecta, en función de su estado cognitivo.
- En casos de deterioro cognitivo o incapacidad, la persona puede ser apoyada en la participación en dicho plan. Puede ser representada por el cuidador de referencia y contar con la participación familiar (participación indirecta).
- Sin embargo, el papel de las familias debe entenderse como apoyo a la persona sin que ésta pierda o vea limitado injustificadamente su derecho a tomar sus propias decisiones. Procuraremos que la participación de las familias no suplante la de la persona mayor y ésta pierda la interlocución principal y la capacidad de decidir.
- El análisis de nuestras posibilidades de flexibilidad o adaptación a las preferencias de las personas usuarias no debe estar determinado por las rutinas habituales del centro, preferencias o comodidad del personal, sino por los recursos reales existentes.
- En caso de que no podamos dar respuesta a las expectativas, necesidades o preferencias de la persona usuaria, le informaremos de tal circunstancia explicando las causas de forma clara y objetiva (falta de recursos, conflicto con los derechos de otros usuarios...).

- En ocasiones se producen situaciones conflictivas como pueden ser la no aceptación por parte de la persona usuaria de una prescripción técnica. Ante una situación de conflicto, se primará el principio de autonomía de la persona (si esta no tiene deterioro cognitivo) con los límites de la no maleficencia en la actuación profesional o el marco normativo y legal al respecto.
- En caso de personas con capacidad suficiente que no quieran seguir alguna prescripción, serán informadas convenientemente tanto de los beneficios esperados como de los riesgos que se asumen en caso de no aceptarla.
- Si la persona competente finalmente renuncia a estas indicaciones, deberá firmar su decisión y asunción de posibles consecuencias negativas.
- Ante la no conformidad entre las partes mencionadas, en situaciones de valoración de riesgo grave, el centro podrá dirigirse a la autoridad jurídica competente.
- La comunicación fluida entre el centro, las personas usuarias y sus familiares, es fundamental para la resolución de conflictos ante pautas o prescripciones que puedan provocar conflictos de intereses entre las partes.
- El PAIV debe ser revisado y actualizado de forma periódica, utilizando la misma metodología que para su elaboración inicial.
- A la hora de realizar nuestras valoraciones y elaborar el PAIV, manejamos datos confidenciales y en muchas ocasiones muy sensibles. La persona usuaria, o su familia en casos de incapacidad, habrá dado consentimiento para el uso de esta información, y habrá sido informada sobre quién puede acceder a la misma.
- La información personal estará custodiada y protegida de quienes no están autorizados a su acceso. Seremos discretos y cumpliremos con nuestra obligación de secreto sobre la información personal, cumpliendo la normativa vigente en materia de protección de datos.
- Es necesario y debido compartir con otros profesionales la información necesaria para una adecuada atención. Sin embargo, hay datos o situaciones íntimas o sociales a los que no tienen por qué tener acceso todos los profesionales. En caso de duda, solicitaremos la autorización de la persona usuaria.
- En la atención de salud debe primar siempre la educación, promoción de salud y prevención de la enfermedad o sus posibles complicaciones.
- Asesoraremos a las personas usuarias para mantener una buena forma física, adoptando modos de vida sanos y naturales. Mejorar la movilidad general, a través de ejercicios activos o pasivos.
- Las actuaciones sanitarias siempre se completarán con educación para la salud (asesoramiento, consejos sobre higiene y otros hábitos...).
- Se deben establecer programas específicos para evitar los síndromes o patologías más frecuentes: caídas, incontinencia, UPP, inmovilidad...

- Debemos estimular a las personas para que utilicen al máximo sus recursos físicos y cognitivos con el objetivo de conseguir la mayor capacidad funcional posible.
- Tener siempre en perspectiva el mantener la capacidad para las ABVD: aseo, vestido, alimentación, transferencias...
- Rehabilitar tras procesos agudos incapacitantes para lograr la máxima independencia posible. Entrenar y educar en estrategias alternativas cuando la forma habitual de realizar sus autocuidados ya no es posible. Se debe buscar la máxima autonomía en función de las capacidades residuales.
- Favorecer y adiestrar en el uso de productos de apoyo para conservar el mayor grado de autonomía.
- Todo el personal de la residencia debe trabajar en la búsqueda del bienestar físico, psíquico y social de las personas usuarias, adoptando un papel dinámico en la observación y recogida de información en el trato cotidiano con el residente (si está tomando medicación correctamente, si descansa durante la noche, relaciones sociales, modificaciones o alteraciones de conducta, participación en actividades...).

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES

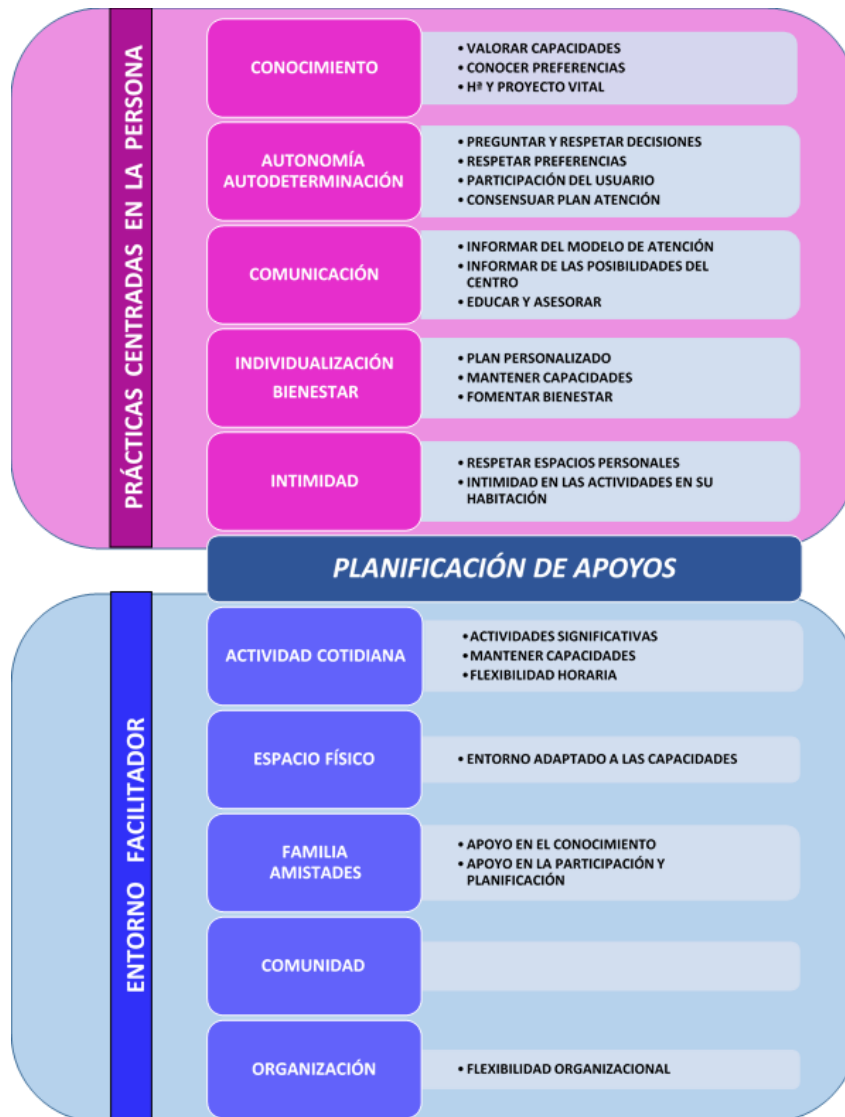


Figura de elaboración propia

4.4 CUIDADOS PERSONALES

Misión:

Proporcionar al residente los apoyos necesarios en el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria, partiendo de sus capacidades, colaborando con el equipo multidisciplinar y atendiendo a los intereses de cada persona.

Objetivos:

- Mejora de la Calidad de Vida del usuario atendiendo a sus preferencias y necesidades personales.
- Individualización en la atención y cuidados prestados.
- Identificación de las capacidades de cada persona. Fomento de la autonomía.
- Satisfacción del usuario con su propia imagen personal.
- Mantener un entorno próximo al usuario adecuado, tanto en lo físico como en lo emocional.
- Prevención de complicaciones, accidentes y lesiones.
- Detección precoz e información de cualquier alteración en su estado.
- Adecuada información y coordinación con otros profesionales.

Las principales actuaciones que se llevan a cabo en el proceso de cuidados personales, con carácter general, consisten en:

- a) Participación en la elaboración del Plan de Atención Integral (PAI). La persona usuaria debe poder participar en la elaboración de su propio plan, con apoyo de su familia y/o su cuidador de referencia.
- b) Recepción de pautas de los diferentes técnicos a través del PAI.
- c) Ejecución de los cuidados: supervisión, ayuda o suplencia en las ABVD, en función de las capacidades del residente.
- d) Detección y comunicación de incidencias o nuevas necesidades a técnico correspondiente.
- e) Participación en el seguimiento y evaluación de los cuidados. La cuidadora de referencia.

Pautas de actuación generales:

- Tener en cuenta las preferencias de la persona es la base de la atención personalizada. Respetando las rutinas agradables generamos seguridad y aumentamos el bienestar en la persona, reduciendo además las alteraciones del comportamiento en las personas con deterioro cognitivo.
- Conoceremos e intentaremos respetar las preferencias y hábitos de las personas usuarias, expresadas por ellas de forma directa, recogidas en su historia y proyecto vital, u observadas en la atención diaria.
- Observaremos y conoceremos las cosas que a cada persona le producen ansiedad o le generan rechazo, y procuraremos evitarlas.
- Si no nos es posible respetar las preferencias, explicamos de forma amable y comprensible las razones que nos lo impiden.
- Al mejorar o conservar la capacidad funcional mejoramos o mantenemos el estado físico y de salud de las personas. Contribuimos también a la mejora de la autoestima y del estado de ánimo.
- Al prestar los apoyos, facilitaremos que las personas realicen las actividades de la vida diaria del modo más independiente posible. Dividiremos y secuenciaremos la actividad en pasos sucesivos, identificando el apoyo necesario en cada uno de ellos (desde la sustitución hasta la mera supervisión).
- Motivaremos y permitiremos a los residentes realizar todas las tareas para las que conserven capacidad funcional, con los productos de apoyo pertinentes, aún con cierta dificultad. La actitud del personal debe ser la de apoyo o supervisión antes que la de suplencia, salvo en los casos de gran dependencia.
- Favorecemos la independencia protegiendo la seguridad (productos de apoyo, medidas ambientales...). El uso personalizado de productos de apoyo facilita el funcionamiento independiente de las personas.
- A veces es necesario la utilización de ayudas técnicas para la realización de baños, transferencias, traslados u otros (grúa, bañera, camilla de baño, asiento...). Dicha utilización debe ir siempre precedida por formación al personal (conocimiento de funcionamiento y ventajas de su utilización) y por información previa a las personas usuarias (sensaciones y seguridad).
- Además, tendremos en cuenta que todas las personas tienen derecho a la protección de su intimidad, y este se puede ver especialmente vulnerado al prestar algunos apoyos en las ABVD.
- Dispensaremos un trato cálido y respetuoso en todas las atenciones, y especialmente en aquellas atenciones corporales que entran de lleno en la intimidad de las personas, de forma que ayude a reducir los sentimientos de pudor y evite el daño a la autoestima.

- Es importante elegir el lugar adecuado para realizar las actuaciones, debiendo cubrir las máximas garantías de intimidad y privacidad.
- Se debe hacer sentir a la persona respetada y considerada. Se debe hablar con ella mientras se la está atendiendo, incluyendo instrucciones.
- En ocasiones podemos estar tentados de subestimar la necesidad de respeto de la intimidad u otras atenciones en el cuidado de personas con deterioro cognitivo avanzado (argumentando que «no se dan cuenta»). Sin embargo, en estas personas cobra mayor importancia si cabe el trato digno y respetuoso, como personas especialmente desprotegidas: solamente desde el respeto sus derechos y dignidad podremos reconocerlos y tratarlos como seres únicos y valiosos.

Los apoyos en los cuidados deben contemplar los principios y criterios de atención integral centrada en la persona, para preservar los derechos y dignidad de las personas usuarias. Con una visión integral de la persona, y desde el conocimiento y respeto de su historia y proyecto vital, procuramos el mayor grado posible de autonomía, participación, personalización y respeto a la intimidad.

Pautas en los apoyos a levantar y asear

El aseo diario es necesario para conseguir las mejores condiciones de salud, estado de la piel, sensación de bienestar e imagen de la persona usuaria, y por lo tanto para aumentar su calidad de vida, estado anímico, autoestima y relaciones sociales.

Pautas de actuación al levantar y asear:

- En la medida de lo posible, se flexibilizarán los horarios en los que las personas usuarias pueden acostarse o levantarse.
- Si en la organización del trabajo existen diferentes posibilidades horarias para levantar a las personas, a estas se les asignará uno u otro horario teniendo en cuenta sus preferencias o necesidades.
- Se debe valorar de forma individual a las personas que se despiertan muy pronto o muy tarde, buscando alternativas personalizadas.
- Intentaremos ser flexibles y adaptarnos en la medida de lo posible a las situaciones que surgen en el día a día (por ejemplo, si un día la persona se encuentra mal o ha dormido peor, podemos levantarla más tarde).
- Observaremos y tendremos en cuenta el ritmo y preferencias de la persona a la hora de despertarla (cómo quiere que nos dirijamos a ella, si usamos luz natural o artificial, acercándole una bata u otro elemento...).

- Mantendremos un trato cálido y respetuoso con las personas mientras las despertamos y les ayudamos a levantarse (pedimos permiso antes de entrar en su habitación, nos acercamos a ella sin brusquedad, le hablamos con cordialidad y respeto).
- Contemplar la flexibilidad al elegir la hora de baño. Valorar si es posible organizativamente realizar el aseo fuera de los horarios habituales ante la solicitud o necesidades de las personas.
- Siempre que sea posible, observaremos y respetaremos las preferencias sobre cómo a cada persona le gusta ser aseada o bañada (por dónde empezar el aseo, temperatura y fuerza del agua, tipo de enseres a utilizar, cremas, colonias...).
- En el reparto diario de tareas, intentaremos tener en cuenta si alguna persona ha expresado el deseo de no ser aseada por profesionales de sexo diferente al suyo.
- Conocer y evitar las situaciones que generan estrés o miedo (ruido del agua, aparatos extraños, temperatura del agua no adecuada, ritmo acelerado...) y evitarlas o minimizarlas reduce la agitación y otras alteraciones del comportamiento.
- Explicar a la persona qué atención vamos a prestarle y cómo lo vamos a hacer antes de empezar el aseo, elimina incertidumbre, ayuda a la orientar en caso de deterioro cognitivo y tranquiliza.
- La ayuda al aseo personal es un apoyo que afecta a uno de los aspectos más íntimos y delicados para las personas, por lo que debemos extremar el respeto a la dignidad e intimidad de la persona, sobre todo la primera vez.
- Tomaremos medidas para proteger la intimidad de la persona cuando se le levanta y aseas (puertas cerradas, pensar en la posibilidad de disponer de separadores entre camas, intervenir solo el personal necesario, no aseamos delante de otras personas, evitamos dejar mucho tiempo a la persona totalmente desnuda, le damos prendas para que pueda taparse alguna parte si siente pudor...).
- En los desplazamientos realizados en tareas de baño o higiene, protegeremos igualmente la intimidad corporal (que las personas vayan correctamente vestidas, que no se les vean partes o prendas íntimas...).

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES

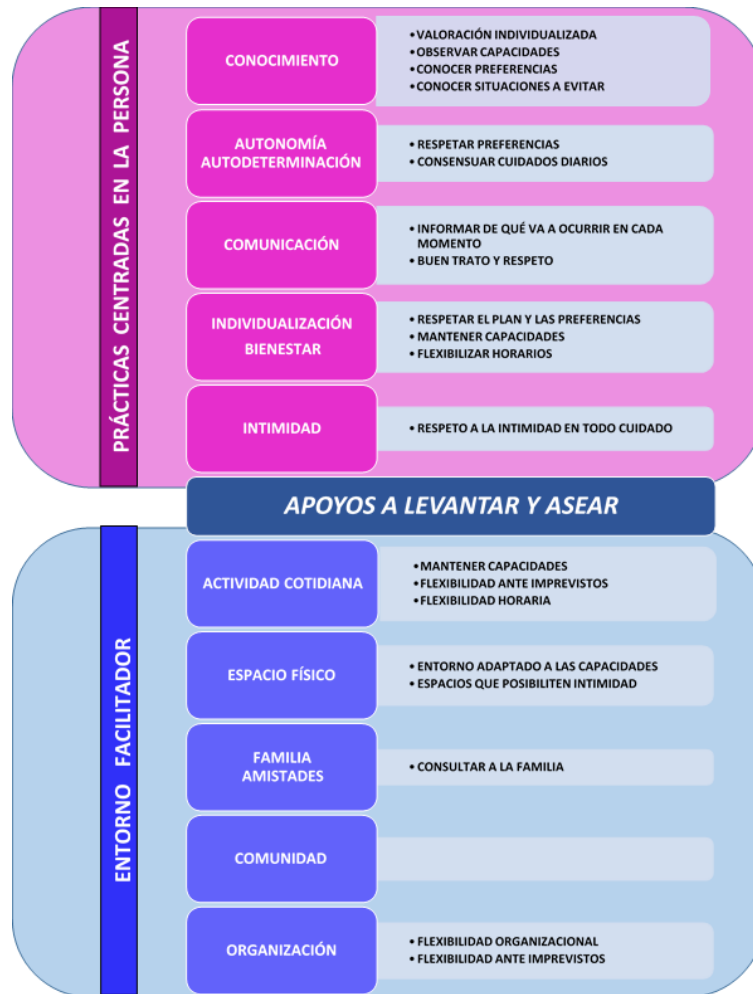


Figura de elaboración propia

Pautas en los apoyos en el vestido y arreglo personal

Nuestra imagen expresa y refuerza la identidad personal, y tiene efecto positivo en la autoestima. Las personas tienen derecho a mantener su imagen personal.

Un aspecto cuidado influye positivamente en la interacción social de las personas y en la aceptación y respeto de los demás. Además, poder decidir en el día a día sobre nuestro aspecto, aumenta la sensación de control de la persona y favorece su bienestar emocional.

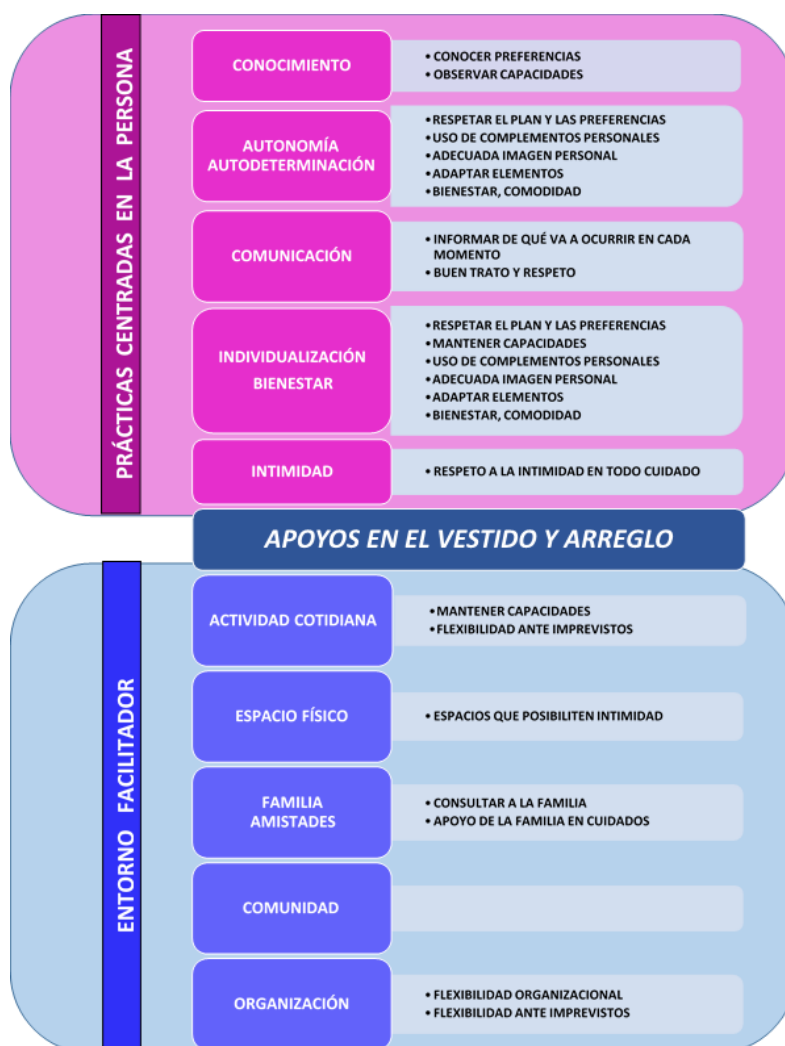
Pautas de actuación en el vestido:

- Procuraremos que las personas estén cómodas y mantengan un aspecto cuidado: ropa en buen estado, acorde a la estación y bien colocada, que estén arregladas y bien peinadas...

- La imagen es un aspecto de gran importancia para las personas, por lo que el vestido no debe ceñirse solamente a la ropa. Se completa con el uso de complementos como reloj, pendientes, colgantes u otros elementos de decoración personal... así como el acicalado.
- Facilitaremos que las personas elijan la ropa a ponerse cada día. En la elección del vestuario deberá requerirse y facilitarse la participación de la persona preservando su autonomía, así como la dignidad en el mantenimiento de su imagen personal.
- En caso de deterioro cognitivo, podemos simplificar sus elecciones (por ejemplo, entre dos prendas que elija una).
- En caso de deterioro cognitivo de la persona, también tendremos en cuenta su estilo de vida anterior y consultamos con la familia. Conservar la imagen y estilo propio ayuda a orientarse, tranquilizarse y reforzar la identidad.
- Aceptaremos y respetaremos las preferencias en cuanto a la imagen personal (peinado, uso de determinada ropa, el maquillaje, llevar las uñas pintadas...).
- Animaremos al uso de detalles especiales o complementos que den un estilo propio a la persona.
- Evitaremos que las personas permanezcan todo el día en pijama o bata. Además, el uso de ropa deportiva se realiza solo si las personas así lo prefieren.
- Si es necesario por dificultad en el vestido, procuraremos o solicitaremos realizar adaptaciones en la ropa (apertura de prendas, supresión de botones, etc.), explicando las razones e intentando que esto no cambie su estilo e imagen personal.
- A la hora del aseo y vestido, no olvidaremos facilitar y ayudar en la colocación adecuada de productos de apoyo como dentadura postiza, audífonos, gafas... que a lo largo del día mantendrán la capacidad funcional de la persona usuaria y su relación con el entorno.
- En caso de que las personas o familias deleguen en el centro la responsabilidad de comprar parte o toda la ropa, consultaremos o tendremos en cuenta sus preferencias, evitando la uniformidad de las personas usuarias (por ejemplo al adquirir todo en el mismo establecimiento y con la misma imagen...)
- Tomaremos medidas para proteger la intimidad de la persona cuando se viste y arregla (no se hace delante de otros, se realiza en espacios privados, participan solo los profesionales que hace falta, se procura que la persona no se quede en ningún momento totalmente desnuda...).

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES



Pautas en los apoyos en la alimentación e hidratación

El comer es un acto social, estimula las relaciones y la conversación. Además, constituye una fuente de placer para la mayoría de las personas.

La vida de muchas personas alojadas en un centro residencial gira en torno a este momento, que constituye uno de los principales puntos de interés y aspecto clave en la calidad de vida percibida por los residentes.

Por esto, aumentar las oportunidades de elegir sobre la comida, cobra gran relevancia para aumentar la satisfacción con el servicio prestado.

Pautas de actuación en relación a la alimentación:

- Procurar una decoración atractiva del comedor y de los elementos que lo componen, mesas, sillas, manteles y ambientación general.

- Las mesas estarán limpias, con una cuidada presentación (mantel y vajilla bonitos, hay detalles como flores, velas, etc.).
- Procuraremos un ambiente tranquilo a la hora de comer.
- Dentro del comedor, contemplaremos la posibilidad de cambios para que las personas elijan dónde y al lado de quién comer.
- Se debe posibilitar la elección al menos entre dos opciones de menú o contemplar la adaptación a los gustos de las personas (variaciones en alimentos que no son de su agrado...) y a su cultura (alimentos prohibidos en algunas religiones, vegetarianos...).
- Evitaremos la monotonía en la planificación de los menús y su presentación, con menús especiales en fechas señaladas, domingos y festivos.
- Se puede animar y facilitar la participación de los residentes en la planificación de menús, sugerencias de modificación... así como la información de los mismos con tiempo suficiente.
- En la oferta de menús, habrá diversas opciones que se adapten a las diferentes necesidades, capacidades de masticación y deglución de los residentes.
- Se tendrán en cuenta dichas necesidades en la elaboración de los platos y presentación, adaptada a cada persona.
- Los alimentos se ofrecerán con una presentación esmerada.
- Se debe cuidar especialmente la presentación y explicación del contenido de los platos triturados. Estos deberían corresponderse en su mayor parte con platos de consistencia normal del menú, evitando mezclas que hagan perder la identidad y aumenten la monotonía de los mismos.
- En las personas con problemas de deglución de líquidos, se deben utilizar presentaciones con consistencia adaptada (zumos, aguas gelificadas, espesantes...).
- El tipo de alimentación de cada residente, tanto en lo cuantitativo como en lo cualitativo, debe estar valorado y reflejado en su plan de cuidados, que reflejará las capacidades y preferencias de la persona.
- Se deben evitar restricciones alimentarias de forma unilateral, respetando el ejercicio del derecho a la autonomía de la persona usuaria y proporcionándole la información necesaria para que pueda tomar sus decisiones (en caso de capacidad).
- El principio de autonomía debe primar respecto al resto. Se debe intentar preservar esta autonomía, con una valoración personalizada de posibles riesgos. La prescripción personalizada de las dietas se realizará de forma consensuada con la persona usuaria y/o familiares si esta no tiene capacidad, favoreciendo la asunción del máximo grado de riesgo calculado.

- Se deben establecer protocolos y pautas de intervención que den respuesta a situaciones de disparidad entre el profesional y la persona usuaria o su familia/tutor.
- Todos los apoyos en nutrición, como en el resto de los cuidados, se realizarán cuidando el respeto y la dignidad. Para una adecuada relación, es mejor sentarse con las personas para ayudarles a comer estando en la misma situación.
- La utilización de productos de apoyo para la alimentación se realizará por prescripción técnica, consensuada con la persona usuaria si esta tiene capacidad.
- Se fomentará la autonomía de las personas en la actividad de comer. Además del uso de los productos de apoyo que la favorezcan, se dará tiempo necesario a las personas dentro de los límites posibles.
- En caso de que la persona precise que le prestemos apoyos para realizar la actividad de comer, respetaremos y nos adaptaremos a su ritmo de ingesta.
- Facilitaremos que las personas con mayores dificultades para comer puedan hacerlo en un lugar más privado evitando miradas que les incomoden.
- Buscaremos alternativas a los baberos con aspecto infantil: servilletas grandes, delantales, diseños adultos... y si es necesario usar estos protectores, hacerlo solo en la comida, no durante todo el tiempo.
- Posibilitaremos comer con la familia o con amistades (en el comedor, en su habitación o en algún sitio habilitado para ello).
- Intentaremos ser flexibles con los hábitos de alimentación de las personas (por ejemplo, es posible tras la cena tomar un vaso de leche o una infusión, comer algo entre horas...).
- Para la flexibilización horaria en las comidas, se pueden contemplar medidas como el uso de bandejas que conserven el calor, aparatos microondas... en caso de capacidad de uso.

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES



Figura de elaboración propia

Pautas en los apoyos en la eliminación

La incontinencia vesical tiene gran importancia por su repercusión física (infecciones y otras patologías), psicológica, social y económica pudiendo provocar en la persona usuaria discomfort, inseguridad, disminución de autoestima y aislamiento.

Requiere, por lo tanto, de especial atención tanto la prevención como la atención prioritaria de las demandas relacionadas con su aparición.

No olvidemos además, que los apoyos prestados en esta actividad afectan directamente a la intimidad corporal de la persona, y debemos ser escrupulosos en el respeto de la misma.

Pautas de actuación en los apoyos relacionados con la eliminación:

- Favoreceremos que las personas vayan al baño y cuiden su higiene ellas mismas, según sus capacidades, del modo más independiente posible.
- Se deben procurar medios y medidas para favorecer la independencia y la seguridad (productos de apoyo, espacios accesibles, medidas ambientales...).
- Propondremos pautas personalizadas para favorecer la continencia y evitaremos el uso de absorbentes siempre que sea posible.
- Los programas de rehabilitación y prevención de la incontinencia (reeducación vesical, control de esfínteres...), para que sean eficaces, han de realizarse desde pautas personalizadas y coordinadas.
- Los absorbentes se utilizarán bajo estricta prescripción facultativa (especificando su uso parcial o total) en función de los problemas de control de la eliminación y como último recurso.
- Los absorbentes deben ser utilizados, siempre que sea posible, complementariamente a programas de reeducación vesical.
- La necesidad de utilizar absorbentes debe ser adecuadamente explicada al residente, solicitando posteriormente su consentimiento para la utilización.
- En caso de tener horarios uniformes para ir al baño o cambiar los absorbentes, atenderemos igualmente las necesidades o solicitudes de las personas fuera de los mismos.
- Se debe tener especial cuidado con los comentarios y la forma de abordar la incontinencia de la persona usuaria, de forma que se garantice su respeto y dignidad.
- Facilitaremos que las personas no sientan apuro en pedir ayuda para ir al baño o ante episodios de incontinencia (seremos empáticos, evitaremos reproches o hacer comentarios, no pondremos mala cara...).
- Cuando las personas usuarias solicitan ir al baño o tienen un episodio de incontinencia las atenderemos lo antes posible, no haremos que esperen.
- Seremos discretos y respetaremos su intimidad y confidencialidad.
- En el baño, guardaremos las medidas que cuidan la intimidad (puerta cerrada, el personal imprescindible, si entra solo con cerradura o sistema que indique que el WC está ocupado...).

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES



Figura de elaboración propia

Pautas en los apoyos en la movilidad

Mantener actividad física contribuye a mejorar o mantener la salud, repercutiendo positivamente en todos los sistemas del cuerpo humano. Promoviendo la movilidad prevenimos la aparición y el incremento de la dependencia.

Además, a nivel psicológico, este es un factor importante para la autoestima y el estado de ánimo.

Pautas de actuación en los apoyos relacionados con la movilidad:

- Debemos procurar actividades y programas dirigidos a fomentar la actividad física y la movilidad de las personas.

- Debemos procurar un entorno que favorezca la movilidad autónoma y segura: iluminación adecuada, eliminación de barreras, antideslizantes, rampas, pasamanos y otros productos de apoyo...
- Se puede estimular a las personas que tienden a estar mucho tiempo sin moverse a dar paseos o a realizar actividades que impliquen movimiento.
- Recursos escasos en esta área pueden coordinarse y complementarse: profesionales, familias, voluntariado, personas que colaboran en el cuidado...
- Debemos valorar de forma individualizada las capacidades y riesgos de cada persona usuaria.
- Se facilitarán (con pauta técnica) los productos de apoyo necesarios para que cada persona pueda moverse de la forma más autónoma posible, animando a utilizarlos y adiestrando en el uso si es preciso.
- La autonomía en la movilidad, en general debe prevalecer sobre otros criterios o necesidades de la organización (prisas, falta de recursos o comodidad...).
- Las personas que tienen dificultades contarán con valoración de los riesgos asumibles, y vigilancia del personal.
- Debemos disponer de un protocolo para la prevención de caídas y actuación ante las mismas.
- El tiempo invertido en actividades de movilidad o traslados no es tiempo perdido. Además, podemos aprovechar este momento para conversar e interesarnos por la persona mientras le ayudamos a desplazarse.
- Cuando ayudamos en los desplazamientos a las personas, evitaremos ser bruscos e informaremos de modo comprensible de a dónde les llevamos y para qué.
- En caso de personas con inmovilidad, se deben pautar movilizaciones o cambios posturales de forma personalizada.
- Evitaremos el uso de contenciones físicas como primera y única alternativa.

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES



Figura de elaboración propia

4.5 APOYO EMOCIONAL Y ATENCIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO

Misión:

Valorar las necesidades emocionales y establecer las medidas de carácter psicológico, educativo y/o habilitador de aplicación individual necesarias para el desarrollo personal de los usuarios del centro.

Objetivos:

- Realizar la valoración del residente según criterios de deficiencias del funcionamiento cognitivo y del comportamiento adaptativo.
- Realizar gestiones organizacionales para facilitar la adaptación del centro a las necesidades individuales.
- Coordinar medidas multidisciplinarias para potenciar y mantener las capacidades del residente.
- Planificar intervenciones integrales e individualizadas de apoyo conductual positivo en el caso que se requiera.

Apoyo emocional de las personas

Dentro del concepto global de salud, el componente psicológico es de especial importancia, y más aún si cabe en personas dependientes que ingresan o viven en una residencia.

Este aspecto debe tenerse presente desde la fase de preingreso para lograr las condiciones oportunas para la adaptación de la persona usuaria al centro residencial y garantizarse, en caso de necesidad, durante las fases de adaptación y la posterior atención continuada.

La adaptación al nuevo entorno convivencial puede ser de por sí factor de estrés y causa de malestar psicológico a tener en cuenta para prever posibles complicaciones. Además, se deben valorar y atender necesidades derivadas de procesos clínicos previos al ingreso, y que pueden ser reagudizados o agravados tras el mismo.

Dentro de la esfera psicológica se debe cuidar especialmente la dimensión espiritual, que es más amplia que la religiosa. Se refiere al mundo de los valores, de la pregunta por el sentido último de la existencia... Esta dimensión también es muy importante para las personas que residen en un centro, pues se encuentran en una etapa en la que se enfrentan a situaciones desconocidas, repasan su vida, se pueden plantear cómo será el final de la misma y experimentar inseguridad o dudas acerca del significado o sentido de esta existencia.

Acompañar espiritualmente a los residentes consiste en atender sus necesidades en la vivencia de los valores, en el manejo de las preguntas existenciales y en la celebración de esta experiencia, si la persona es creyente, de la forma adecuada a su propia fe.

Las personas que pasan a vivir en una residencia pueden tener necesidades psicológicas derivadas de procesos anteriores, de su situación de dependencia o del proceso de adaptación. Debemos valorar y atender las necesidades emocionales, afectivas, valores y creencias.

Las principales actuaciones que se llevan a cabo en los apoyos emocionales consisten en:

- a) Valoración inicial al ingreso.
- b) Análisis funcional, en el periodo de adaptación a la institucionalización.
- c) Elaboración multidisciplinar del plan de cuidados. Planificación de apoyos con participación de usuario (y familia s/p).
- d) Seguimiento de la evolución.
- e) Colaboración con otros profesionales ante necesidades detectadas.
- f) Contacto con la familia s/p para información y coordinación.
- g) Revisión del plan de atención y pautas en las reuniones de supervisión de casos y reuniones multidisciplinarias

Pautas generales a tener en cuenta en el ámbito emocional:

- El plan de atención deberá recoger las pautas y objetivos de atención en los aspectos emocionales.
- Los sentimientos y valores de las personas usuarias deben tenerse en cuenta en cualquiera de las actuaciones asistenciales.
- La relación de ayuda desde la parte del profesional se debe establecer desde una relación de igualdad con la persona usuaria, partiendo del conocimiento e interés por lo que ésta siente.
- Animaremos a la persona mayor a que exprese sus creencias y valores.
- Trataremos estos aspectos desde el respeto y reconocimiento a la persona.

- Conoceremos los hábitos en cuanto a la expresión de sus creencias y facilitaremos la práctica religiosa a aquellas personas que lo deseen: cultos, tradiciones...
- Respetamos las relaciones afectivas guardando discreción, respetando las distintas opciones y orientaciones sexuales y apoyando la privacidad.
- Las personas con capacidad para ello, podrán mantener relaciones afectivas y sexuales en privacidad. Facilitaremos espacios privados.
- Protegeremos a las personas de extorsiones y abusos por parte de otras, prestando especial atención a quienes tienen deterioro cognitivo.
- Trataremos con respeto, discreción y confidencialidad las relaciones sociales y afectivas que mantienen las personas. No haremos bromas con las relaciones afectivas y sexuales que las personas puedan mantener.
- La identificación del estado de ánimo, detección de distintos signos conductuales o cambios en los hábitos, reacciones inusuales... en las personas usuarias, así como su registro y comunicación deben estar presentes en la intervención de todos los profesionales de atención directa de las residencias.

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES

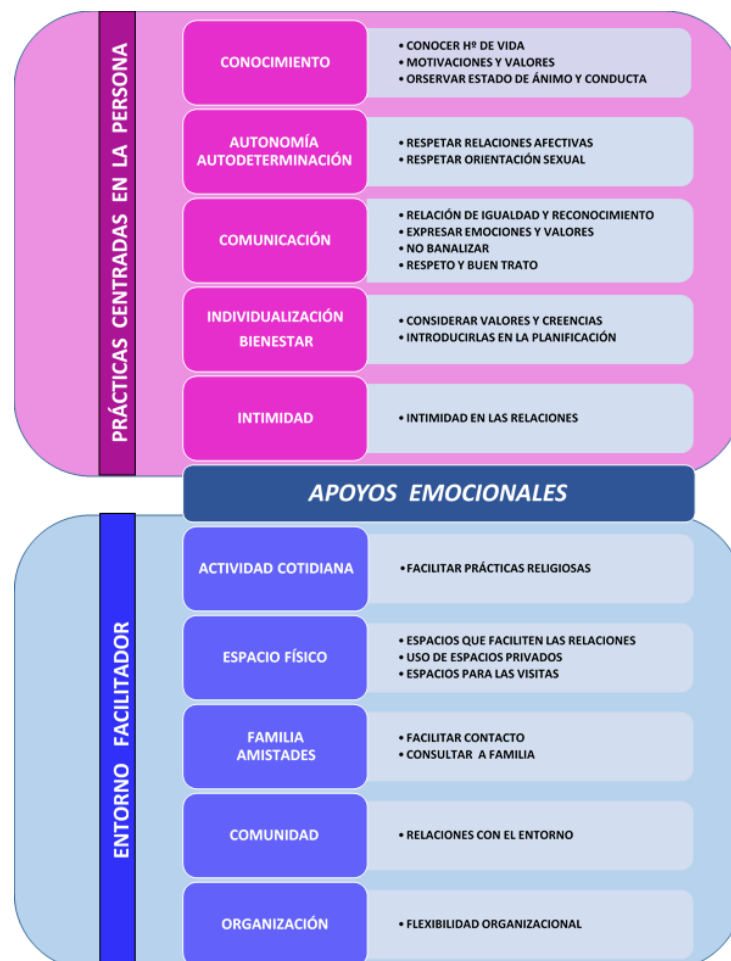


Figura de elaboración propia

Atención a personas con deterioro cognitivo

Las personas con demencia o deterioro cognitivo son seres humanos con los mismos derechos y dignidad, y merecen el mismo respeto que el resto.

La enfermedad y estado mental no resta derechos, aunque para su ejercicio tengan que ser representados total o parcialmente por terceros.

A menudo, las personas con deterioro cognitivo muestran alteraciones de la conducta o comportamientos especiales difíciles de comprender. Buscar sentido a las mismas facilita la implicación del personal de atención directa y previene las actitudes nihilistas (pensar que "nada se puede conseguir o hacer" con las personas con grave afectación). El modo de comprender y actuar de los profesionales de atención directa es clave en la prevención y abordaje de las alteraciones del comportamiento.

Las alteraciones del comportamiento requieren siempre un abordaje individual que incluya su historia de vida, la observación de la persona en el entorno, la interpretación de la conducta y la modificación de dicho entorno (físico o relacional).

Igualmente importante es el entorno. El ambiente físico influye en la aparición y mantenimiento de algunos comportamientos (iluminación, ruido, espacios no orientadores, claves visuales...). Además, los entornos predecibles reducen las alteraciones del comportamiento en las personas con deterioro cognitivo.

Las estrategias de apoyo conductual positivo han demostrado resultar eficaces en el abordaje de las alteraciones del comportamiento de las personas con discapacidad intelectual.

Las terapias no farmacológicas, siguiendo las pautas anteriores, han demostrado efectos positivos relacionados con ganancias en calidad de vida en las personas con deterioro cognitivo.

Pautas a tener en cuenta:

- Conoceremos la biografía de la persona y nos relacionaremos desde el reconocimiento de su singularidad e identidad respetando los hábitos y rutinas que le dan seguridad.
- Identificaremos las capacidades en la persona y nos relacionaremos e intervendremos desde esta mirada.
- Procuraremos empatizar y comprender sus emociones y comportamientos.

- Tendremos en cuenta a la persona y la incluiremos en las conversaciones (siempre nos dirigiremos a ella, no hablamos con los demás como si ella no estuviera o no se enterara...).
- Protegeremos su dignidad y sus derechos al igual que el resto de personas usuarias (integridad, imagen personal, honor, intimidad, confidencialidad, etc.).
- Procuraremos siempre un trato cálido y respetuoso al prestar apoyos (sobre todo aquellos que comprometen la intimidad personal).
- Respetaremos su edad adulta y no les hablaremos y trataremos como si fueran niños/as.
- Adaptaremos nuestra comunicación (verbal y no verbal) para lograr cercanía con las personas con deterioro cognitivo y facilitar su orientación y comprensión de lo que en ese momento sucede a su alrededor.
- Observaremos el bienestar o el malestar de la persona en relación con su entorno y las actividades de la vida diaria u otras. Podemos usar instrumentos que nos permitan una observación y registro sistemáticos de las conductas.
- Fomentaremos los entornos comprensibles y predecibles (rutinas) para que las personas se sientan seguras.
- Procuraremos especial cuidado en que la persona con deterioro cognitivo comprenda qué ocurre en su entorno próximo, y al prestarle los cuidados.
- Explicaremos qué atención vamos a prestarle y cómo va a realizarse.
- Respetaremos los tiempos de las personas al prestar los apoyos.
- Podemos organizar actividades que han mostrado resultados en las personas con demencia (reminiscencias, arte, terapia asistida con animales, estimulación sensorial, musicoterapia, aromaterapia, o contacto con plantas y naturaleza...).
- Ajustaremos los objetivos de cada actividad a la persona. Daremos importancia al mantenimiento de habilidades existentes y al bienestar físico y emocional, no solo buscamos la recuperación o a la mejora.
- Procuraremos que las personas con deterioro cognitivo severo se integren también en las actividades, con un acercamiento gradual y los apoyos que cada persona precise.
- Debemos contemplar que hay muchas formas de participar (mirar, realizar tareas concretas de una secuencia...).
- Debemos preguntarnos qué motivos que hay detrás de los comportamientos más difíciles y de las reacciones desmesuradas de las personas con demencia. Buscar "su lógica" desde la perspectiva de la persona.

- Debemos abordar los comportamientos complejos en el marco de reuniones interdisciplinarias realizando un análisis siempre individual y buscando pautas personalizadas.

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES



Figura de elaboración propia

4.6 ACTIVIDADES

Misión:

Ayudar y capacitar a la persona para alcanzar el equilibrio en sus ocupaciones, utilizando la actividad significativa como herramienta rehabilitadora para evaluar, facilitar, restaurar y mantener la función.

Objetivos:

- Ayudar a adquirir, mejorar y/o potenciar las capacidades y destrezas necesarias para un desempeño ocupacional lo más satisfactorio y funcional posible.
- Facilitar y apoyar la participación en actividades de ocio para cubrir las necesidades de disfrute, placer, exploración e integración social.
- Aconsejar y adiestrar en el uso de las ayudas técnicas necesarias.
- Ayudar a mejorar la motivación y abordar las conductas que interfieran en el desempeño ocupacional.
- Favorecer el desarrollo de habilidades sociales y emocionales adecuadas.

Las actividades en las que pueden participar las personas usuarias de un centro residencial pueden tener un carácter terapéutico o lúdico más o menos marcado, pero independientemente de esto, todas pueden contemplarse desde una triple perspectiva:

- Mantener o recuperar las capacidades funcionales de la persona. Mantener la actividad contribuye a conservar el estado de salud y prevenir la dependencia.
- Satisfacer la necesidad de socialización del individuo, integración y participación en el entorno.
- Responder a sus preferencias y proyecto vital con actividades estimulantes que tengan sentido.

Las actividades plenas de sentido son esenciales para favorecer el interés, la motivación y la participación de las personas en las mismas. En este sentido, las actividades cotidianas han demostrado ser eficaces para mejorar el nivel funcional, la actividad y el estado de ánimo de las personas en situación de dependencia.

Las principales actuaciones que se llevan a cabo en las actividades consisten en:

- a) Valoración de la persona usuaria tras el ingreso.
- b) Elaboración de plan un terapéutico y de ocio, incluido en el plan integral.
- c) Ejecución del plan:
- d) Apoyos terapéuticos a nivel individual y grupal.
- e) Pautas a otros profesionales.
- f) Prescripción de productos de apoyo si se precisa.
- g) Seguimiento de la evolución.
- h) Evaluación semestral (y siempre que sea necesario) de los objetivos trabajados con el usuario.

Pautas a tener en cuenta:

- Debemos aspirar a poder disponer de una oferta lo más amplia posible de actividades e iniciativas, desde un enfoque centrado en las personas usuarias y en sus intereses. La diversidad de opciones facilita el ejercicio de la autonomía y las posibilidades de participación.
- Planificaremos las actividades de forma que se asegure una participación mínima a todos los residentes, independientemente de sus capacidades.
- La oferta de actividades debe variar y adaptarse a nuevas necesidades y demandas de las personas usuarias.
- Las actividades fuera del centro favorecen la inclusión social. Las potenciaremos siempre que sea posible.
- Procuraremos que las actividades propuestas tengan sentido para las personas y no les resulten aburridas o extrañas. Para ello,
- Partiremos de la biografía e intereses de las personas en el diseño de las actividades terapéuticas, identificadas en la valoración inicial, entrevistas o posterior observación.
- Evitaremos formatos o dinámicas infantiles en el diseño y desarrollo de las actividades.
- Podemos fomentar la participación de las personas en la planificación y programación de actividades, recogiendo propuestas, preguntándoles directamente... así favorecemos que éstas sean más significativas y tengan mayor aceptación.

- Animaremos a que familias y amigos también participen y se impliquen en la organización de algunas actividades, junto con las personas usuarias.
- Promoveremos y daremos importancia a actividades espontáneas que surjan del grupo, aunque suponga dejar lo planificado. Las actividades espontáneas se adaptan a los gustos de las personas y facilitan el que lo pasemos bien.
- Debemos informar a las personas usuarias de todas las actividades que se realizan en el centro, y podrán elegir entre las mismas si les gusta alguna.
- Las personas podrán elegir participar o no en cada actividad. No se les debe obligar a acudir a actividades que realmente no les agradan o interesan.
- Debemos ser flexibles: graduaremos las actividades en función de las necesidades y demandas del usuario. Se podrá dar la opción de tomarse un descanso o no participar todos los días. En el caso de terapias que así lo requieran, explicaremos la necesidad al usuario y buscaremos un acuerdo con él.
- Si la persona no quiere realizar actividades terapéuticas que consideramos beneficiosas informaremos adecuadamente de los beneficios previstos. Respetaremos su voluntad cuando la persona tiene competencia para asumir esta renuncia.
- En caso de que consideramos que es claramente perjudicial participar (o no participar) en alguna actividad, informaremos debidamente y con cordialidad de nuestros argumentos a la persona o a su representante.
- Los profesionales han de conciliar la promoción de la autonomía con la obligación de protección y no generar daño. La obligación de no maleficencia permite de forma excepcional y con causa justificada (por ejemplo, evitar un daño grave y cierto a terceros) limitar la autonomía de las personas.
- Podemos ofrecer oportunidades y apoyos para participar en actividades de la vida cotidiana (relacionadas con la limpieza, mantenimiento de su ropa, ocuparse de sus cosas, ir de compras, cuidar plantas, etc.). Animaremos a las personas a realizar estas actividades y les daremos valor terapéutico.
- Cuando propongamos estas actividades, informaremos de su valor terapéutico (tanto de sus posibles beneficios como de sus limitaciones).
- Es importante que las actividades no solo se orienten hacia temas y recuerdos del pasado (trabajo de reminiscencia). Buscaremos además propuestas de orientación a la realidad, que centren a las personas en asuntos de actualidad y les acerquen a su comunidad.
- Fomentaremos y organizaremos actividades especiales que nos eviten caer en lo rutinario (celebraciones individuales de cumpleaños, actividades festivas relacionadas con fechas señaladas, visitas, días especiales, etc.).

- Fomentaremos actividades en el centro que faciliten la integración en la comunidad: encuentros, visitas de colegios u otras instituciones, actividades en las que participen personas no residentes...
- Planificaremos actividades en el exterior que faciliten la participación e integración en la comunidad.

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES

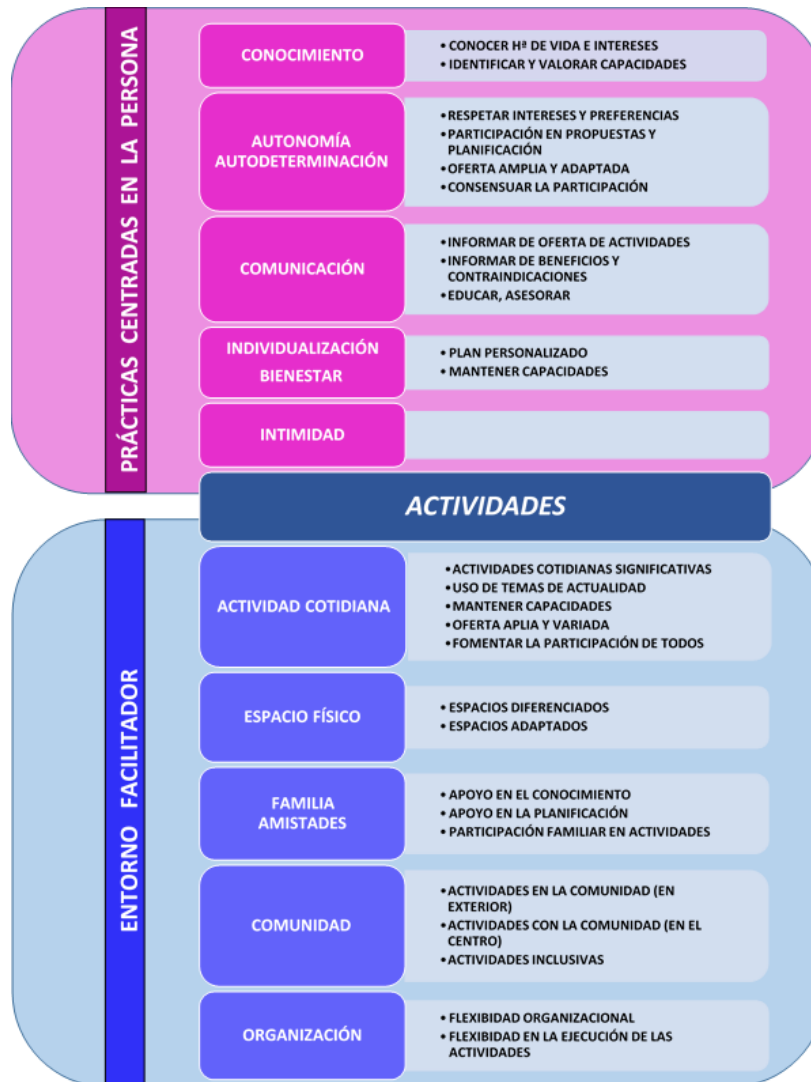


Figura de elaboración propia

4.7 SEGURIDAD

Misión:

Identificar y facilitar los factores ambientales e individuales necesarios para promover la autonomía, la integridad física y la convivencia en la residencia.

Objetivos:

- Garantizar la integridad física y seguridad de todas las personas que conviven en la residencia.
- Intervenir en los factores individuales y ambientales para aumentar la autonomía facilitando la seguridad.
- Identificar las alteraciones de conducta adaptativa de las personas y realizar intervenciones integrales e individualizadas para la adquisición de habilidades mediante un apoyo conductual positivo.
- Realizar intervenciones en equipo y de manera unificada frente a las alteraciones de conducta.
- Facilitar la convivencia en el centro.

El abordaje de casos y situaciones donde entran en conflicto la autonomía con la seguridad de la persona requiere reflexión y deliberación por parte de los equipos profesionales.

Proteger a las personas y evitar que se hagan daño es un deber del centro, pero es necesario conciliarlo con su libertad y su bienestar subjetivo.

También es primordial conjugar la autonomía y bienestar de la persona con los derechos de las demás.

Hoy en día, las medidas no farmacológicas se están mostrando eficaces a la hora de abordar las alteraciones del comportamiento. Estas deberán ser siempre la primera opción, en la que desde una perspectiva multidisciplinar se analice cada caso de forma individualizada teniendo en cuenta la historia de vida de la persona (ver apartado de atención a las personas con deterioro cognitivo).

La aplicación de contenciones físicas supone una limitación de la libertad de acción de la persona y por ello su uso debe estar muy justificado y considerarse siempre como última alternativa. Esta limitación precisa ser revisada periódicamente, así como el alcance de la misma.

La persona usuaria y, en caso de incapacidad, su representante o familiares, deben ser informados previamente del uso de contenciones físicas. Es necesario explicar las razones de esta actuación, el alcance de la limitación y cómo se realizará la supervisión y el seguimiento. Cuando no sea posible prestar la información con carácter previo debe informarse posteriormente a la mayor brevedad de todas las cuestiones que acaban de ser citadas.

La aplicación de contenciones farmacológicas supone igualmente en muchos casos una limitación de la libertad de acción de la persona y puede tener efectos secundarios negativos. Por ello deben ser utilizadas de forma muy justificada, revisadas y realizarse siguiendo las indicaciones de guías clínicas contrastadas.

El uso de contenciones físicas está claramente limitado tanto en la Ley de Servicios Sociales de Aragón de 2009 como en el posterior decreto 66/2016 de derechos y obligaciones de los usuarios de los servicios sociales. Según estos, las personas tienen derecho a no ser sometidas a ningún tipo de inmovilización o restricción de la capacidad física o intelectual por medios mecánicos o farmacológicos sin prescripción y supervisión facultativa, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física de la persona usuaria o terceras personas.

En 2014 se desarrolló en Aragón un protocolo para la aplicación de sujeciones físicas, revisado en 2019, en el que se establece la indicación facultativa y la obligatoriedad del consentimiento informado y supervisión de las mismas.

Pautas a tener en cuenta:

- En el centro se debe primar la autonomía y libertad de las personas por encima de restricciones para la seguridad siempre que sea posible.
- En este sentido, valoraremos cada situación de forma individual y adoptaremos medidas alternativas de apoyo individual y ambiental.
- Medidas de apoyo físico individual son el uso de productos de apoyo (para seguridad en la movilidad, o de protección física), actividades para enseñar a caer y evitar lesiones a las personas, rehabilitación y mantenimiento físico...
- Medidas ambientales son: adecuada iluminación, eliminación de barreras, espacios adecuados para la deambulación, uso de antideslizantes, camas bajas o colchonetas en el dormitorio, sillones reclinables, etc.
- Se pueden buscar recursos o apoyos (voluntarios u otros) para permitir salidas con acompañamiento a las personas que consideramos que no tienen competencia suficiente para hacerlo solas.
- Las personas con deterioro cognitivo avanzado dispondrán de zonas seguras y que favorezcan la orientación, donde pasear y moverse libremente.
- Las zonas del centro a las que no está permitido el acceso (por privacidad de otros o riesgos) deben estar claramente señalizadas.

- Con carácter general las personas usuarias con suficiente competencia para ello podrán entrar y salir del centro sin tener que pedir permiso ni explicar los motivos.
- En el caso de las personas que tienen riesgo de perderse o hacerse daño (caídas, abuso de alcohol, etc.) valoraremos la situación de forma individual y propondremos pautas individualizadas.
- No utilizaremos indiscriminadamente las contenciones físicas. Las aplicamos solo como última medida cuando otras opciones no han funcionado.
- A la hora de aplicar restricciones físicas, seguiremos el protocolo de nuestra comunidad autónoma: información/consentimiento previo, prescripción médica, supervisión, revisiones...
- Analizaremos cada caso de forma individual, evitando las medidas y pautas idénticas aunque las situaciones sean, de partida, similares.
- Estudiaremos los riesgos y beneficios en relación a la protección/seguridad de la persona, el respeto a su autonomía y a su bienestar emocional.
- Propondremos, una vez analizado cada caso y situación, pautas personalizadas.
- Si es posible se consensuarán las medidas, buscando la aceptación de la persona usuaria y familia. En el caso de personas con capacidad cognitiva, su decisión responsable es determinante. En el caso de personas con deterioro cognitivo lo será la de su representante.
- Se debe realizar un proceso de consentimiento informado con autorización expresa de la asunción de riesgo por parte de la persona y, en su caso, su representante.
- Aunque exista consentimiento previo, informaremos a la familia o tutor de cualquier modificación o inicio de restricción aplicada.
- Si es preciso realizar por motivos de urgencia una contención en ausencia de dicha prescripción facultativa, se comunica y se revisa la actuación lo antes posible.
- Los profesionales de atención directa deben estar formados en el manejo de alternativas no farmacológicas ante las alteraciones del comportamiento.
- Procuraremos igualmente formación en el uso adecuado de las contenciones físicas.
- Las contenciones farmacológicas se aplicarán con prescripción y bajo control médico.
- Si es necesario el uso de psicofármacos, valoraremos y propondremos además alternativas y medidas no farmacológicas.

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES

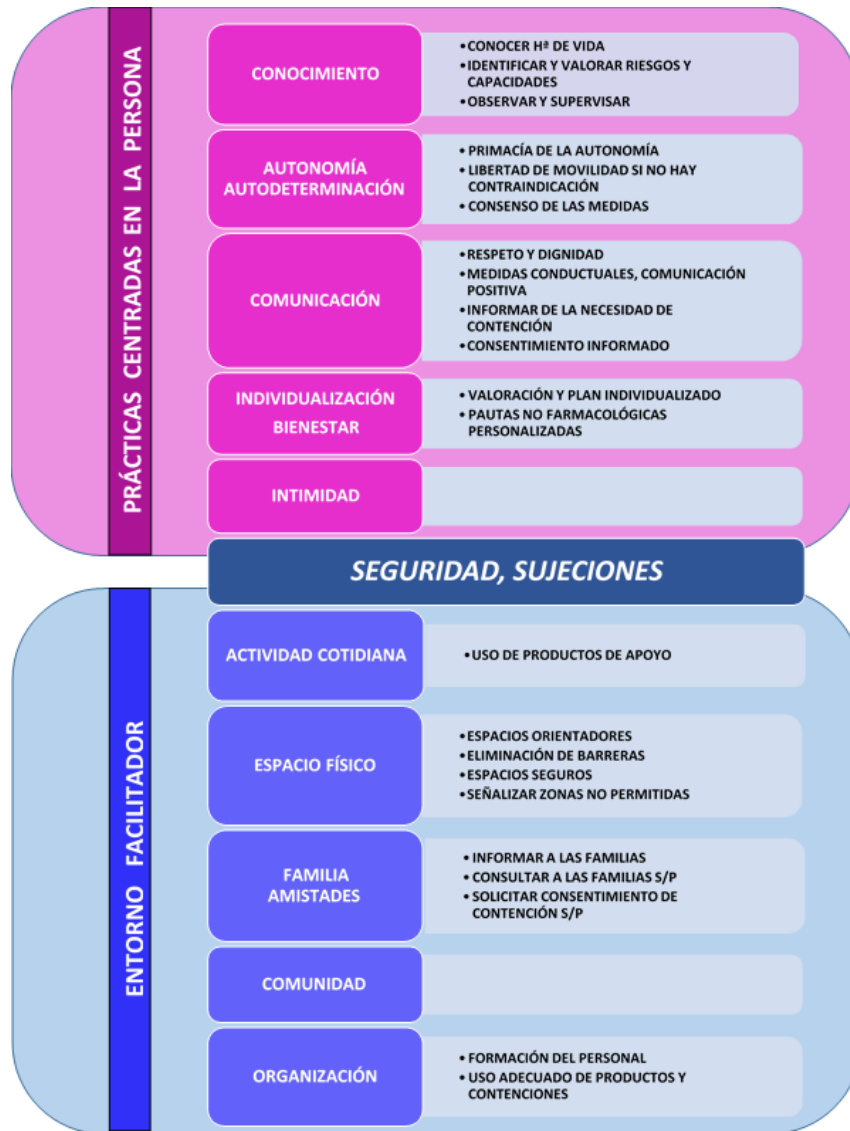


Figura de elaboración propia

4.8 APOYOS A LAS FAMILIAS Y PARTICIPACIÓN FAMILIAR

Misión:

Conocer la situación social y personal de los familiares del usuario y establecer canales de comunicación y participación claros y fluidos con ellos, de manera que se pueda crear una relación de apoyo que repercuta positivamente en el mismo usuario, su familia y el centro.

Objetivos:

- Conocer la realidad familiar del residente.
- Mantener a la familia siempre que sea posible como lugar afectivo de referencia de la persona.
- Posibilitar la participación indirecta del usuario en su plan de atención, en el caso que no pueda hacerlo de forma directa.
- Establecer con la familia una relación de apoyo y confianza.
- Estimular y garantizar la participación y la colaboración de las familias y el derecho que tienen a ser oídas.

En general, la familia es el referente natural y un apoyo muy importante para las personas y en algunas cuestiones (apoyo emocional, identidad grupal, etc.) son difícilmente sustituibles. Incluso en situaciones en las que no haya contacto por uno u otro motivo, es una fuente de preocupación.

Cuando una persona se traslada a vivir a un centro, se ha de facilitar en todo lo posible el contacto con la familia, y que esta continúe participando en las actividades y cuidados si así lo desea.

El trabajo con las familias en la residencia se inicia previo al ingreso y continúa durante el periodo de adaptación al centro y el resto de la atención continuada.

Además de la familia, la persona que ingresa en un centro puede tener amistades que querría conservar. Mantener el contacto social con las personas del barrio o con quienes se relacionaba antes de vivir en la residencia evita que las personas se sientan desarraigadas y aisladas.

La visión que el personal del centro tenga de las familias y visitas, la forma de entender su colaboración y la actitud que se mantenga hacia ellos, influirá en lograr una buena colaboración y relación.

Los profesionales de referencia y la trabajadora social deben hacer de puente entre el residente, el centro y las familias o grupos de apoyo, fomentando y facilitando la

comunicación y participación de las personas en la vida del centro, las actividades programadas y su plan de atención.

En general, la familia siempre será el referente natural y difícilmente sustituible en algunas cuestiones. Debemos facilitar el contacto y hacer de puente entre las personas usuarias y su familia o entorno próximo.

Las principales actuaciones que se llevan a cabo en los apoyos a familias y participación familiar consisten en:

- a) Elaboración de la historia social e Historia y Proyecto Vital del usuario.
- b) Planificación de la comunicación y participación familiar:
- c) Apoyos sociales y comunicación con la familia.
- d) Participación de la familia en los apoyos al usuario.
- e) Planificación de actividades del centro en las que pueda participar la familia.
- f) Ejecución del plan de comunicación/participación de los apoyos:
- g) Entrevistas presenciales o telefónicas, programadas o a demanda.
- h) Información y participación en el Plan de Atención Integral.
- i) Apoyos sociales a familias en las necesidades relacionadas con el usuario.
- j) Participación de familiares en los apoyos al usuario y actividades.
- k) Revisión y evaluación de las actuaciones planificadas. Programada, al mismo tiempo que la revisión del Plan de Atención Integral, o siempre que se requiera.
- l) Traslado de la información relevante pertinente a profesionales de referencia para que conozcan la situación y su incidencia en la vida del residente.

Pautas a tener en cuenta:

- Favoreceremos la adaptación e integración tanto de la persona mayor como de la familia, considerándoles como una unidad objeto de atención con distintos niveles de intervención.
- Escuchamos sus preocupaciones y temores. Evitaremos enjuiciar sus actitudes y comportamientos. Procuramos reducir los sentimientos de culpa que puedan sentir por el hecho de que su familiar sea atendido en un centro.

- Facilitar la información y la comunicación anciano-familia-residencia ayudará a evitar mal entendidos y aclarar situaciones.
- Debemos dedicar a la familia atención específica fomentando la implicación responsable, favoreciendo la relación estimulante, manteniendo el vínculo con la persona usuaria.
- Aclararemos su papel, en qué cosas pueden colaborar y qué otros aspectos dependen de los profesionales, evitando así ambigüedades o malos entendidos.
- La familia es especialmente importante en casos de personas que precisen de apoyos para la toma de decisiones. A ellos les podemos consultar aspectos de la historia de vida y hábitos de la persona usuaria.
- En los casos de deterioro cognitivo (y en los demás, si así lo quiere la persona usuaria), debemos informar a la familia de la propuesta de plan de cuidados, propiciaremos su participación y buscaremos su aprobación final.
- Animaremos a que las familias estén presentes y participen en la vida cotidiana del centro.
- Se puede contemplar la posibilidad de fomentar su participación como voluntarios.
- Debemos respetar las decisiones de las personas usuarias, también sobre la participación de su familia en el centro y sobre el contacto que quieren mantener con esta.
- Si se presentan dificultades en la relación entre la persona mayor y su familia, escucharemos a ambas partes, no juzgaremos. Intentamos propiciar acuerdos.
- Apoyaremos a las personas para que mantengan o retomen el contacto con amigos, vecinos y familia. Facilitaremos este contacto por teléfono, correo, internet...
- El centro tendrá un horario de visitas amplio. En ocasiones especiales, este se puede flexibilizar.
- Facilitaremos espacios para recibir visitas en privado.
- Facilitaremos que familia o amistades realicen con las personas usuarias actividades de la vida cotidiana, como comer, salir a pasear...
- Debemos compatibilizar el acceso de visitas y actividades de algunas personas usuarias con el respeto a las normas de funcionamiento del centro, o el derecho de otras personas usuarias a la intimidad o el descanso.
- En cuanto a la información que tenemos sobre las familias y su relación con las personas usuarias, se tratará con respeto y preservaremos la confidencialidad.

- El centro puede organizar acciones formativas, o espacios para el intercambio y apoyo mutuo entre familias.

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES

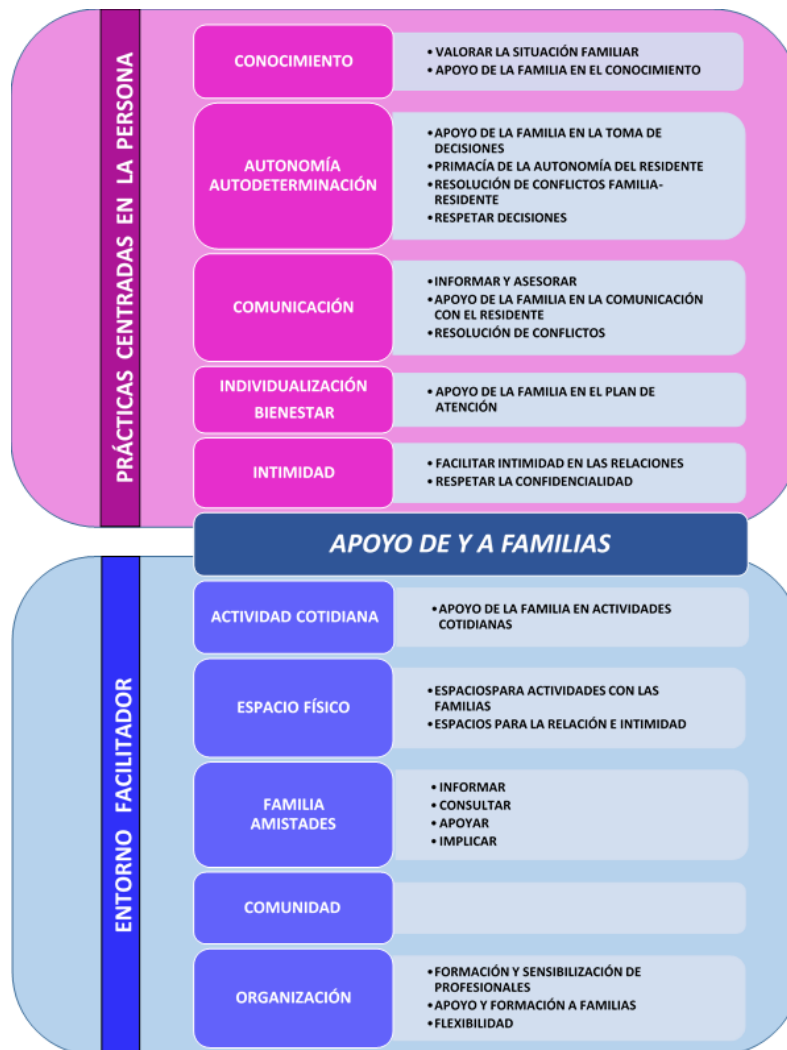


Figura de elaboración propia

4.9 ATENCIÓN EN LOS ÚLTIMOS DÍAS

Misión:

Proporcionar de manera racional, planificada y eficiente, el mayor bienestar posible a la persona usuaria y su entorno próximo en los últimos días de vida.

Objetivos:

- Prestar una atención personalizada, que contemple los principios y preferencias de la persona usuaria.
- Respetar la autonomía de la persona usuaria expresada de forma directa, o indirecta a través de su historia de vida, proyecto vital o documento de voluntades anticipadas.
- Valoración integral y satisfacción de necesidades físicas (control de síntomas), psicológicas (bienestar emocional, espiritualidad...) y sociales.
- Información, comunicación y apoyo emocional tanto a la persona usuaria como a otras personas de su entorno (familia, amigos, otros residentes...)

En los últimos días en la existencia de la persona, las intervenciones de los profesionales de la residencia se dirigen, por un lado a buscar su alivio mediante el control de los síntomas que puedan aparecer o agudizarse, facilitando una muerte digna, y por otro lado a acompañar y apoyar a los familiares para ayudarles ante la inminente pérdida que van a sufrir.

Nuestro deber es el de procurar el bienestar en estos difíciles momentos, desde el reconocimiento de la persona usuaria y su historia y proyecto vital, que le confieren una forma de ser e identidad únicas, y que deben ser respetadas hasta el final e incluso después, en sus últimas disposiciones.

Uno de los temores asociados al morir es el hecho de morir solos. Garantizar el acompañamiento en este momento es fundamental. En este sentido, la atención en la residencia frente al entorno hospitalario permite una atención más cálida, más serena y más personalizada.

Cuando afrontamos los últimos días de vida de una persona, debemos tener en cuenta el control de los síntomas (que facilitará su bienestar y muerte digna), otras necesidades personales (partiendo de su reconocimiento, autonomía, biografía) y el apoyo a las personas de su entorno.

El fallecimiento de la persona usuaria tiene repercusión global en el centro, abarcando a sus familiares, al personal, al resto de las personas usuarias (principalmente las más allegadas) y al ambiente residencial. Debemos tener esto en cuenta a la hora de afrontar este tipo de situaciones, con una atención integral.

Pautas a tener en cuenta:

- Al igual que en otros aspectos de la atención, en el proceso de morir cada persona requiere una atención personalizada. La persona debe ser atendida procurando su autonomía y bienestar hasta el final.
- Las personas tienen derecho al respeto de su dignidad en el proceso de la muerte, y ello implica la atención integral a sus necesidades en esta fase final de la vida.
- El control del dolor y el confort físico cobran una importancia extrema para garantizar la calidad de vida, aspecto que será prioritario en la atención sanitaria.
- Evitaremos estrategias de "encarnizamiento terapéutico", impidiendo así altos niveles de sufrimiento.
- Además de los procesos físicos, cuidaremos de forma especial las necesidades psicológicas y sociales.
- Mantenemos una actitud de escucha y cercanía. Flexibilizaremos normas y rutinas para atender los asuntos pendientes que puedan expresar las personas.
- Se debe tener en cuenta si existe documento de Voluntades Anticipadas. Procuraremos que estas sean respetadas, tanto en la fase final como tras el fallecimiento.
- Respetaremos igualmente información transmitida por la persona usuaria referente a creencias, ritos, preferencias, disposiciones...
- Respetaremos la expresión de las emociones, favoreciendo la intimidad y proporcionando seguridad y compañía cuando apreciemos que así se necesite...
- Debemos valorar la situación familiar. Si la familia desea permanecer a su lado, ofreceremos apoyo y ayuda, respetando la intimidad.
- Seremos flexibles con los horarios o límites de tiempo a amigos o familia para que acompañen a su ser querido.
- El abordaje de la intervención con la familia se basa en la comunicación sincera y la empatía. La información transmitida en los últimos días y en el duelo ayuda a esta a afrontar este proceso.
- Informaremos y asesoraremos a la familia en relación al fallecimiento y trámites necesarios, si fuera preciso.

- Identificaremos y afrontaremos como normales las distintas reacciones de la familia ante el proceso de duelo mediante la cercanía, el apoyo y la escucha.
- La comprensión y la información a la familia sobre la normalidad de sus sentimientos y reacciones ante el proceso de duelo, sus fases y la necesidad de un tiempo para la superación del mismo, les ayuda a superar anímicamente rehacer su vida tras la pérdida.
- Si la persona está en habitación compartida sería bueno preguntar al compañero cómo desea acompañar este proceso. Si quiere estar a su lado deberemos respetarlo y si decide no hacerlo intentaremos poder ofrecer el traslado a alguna otra habitación.
- Valoraremos la probable afectación de otras personas usuarias, especialmente las más cercanas para establecer pautas de intervención: acompañamiento y respeto de su proceso de duelo, oportunidad de expresar sentimientos, pensamientos relacionados con la muerte...
- En aquellas circunstancias de fallecimiento de una persona usuaria sin familiares o personas allegadas se debe procurar el especial acompañamiento por parte de la residencia y la gestión de un entierro digno.
- Procuraremos en el centro un ambiente facilitador basado en la información, naturalidad y normalidad de un proceso que forma parte de la atención del centro residencial.
- El personal debe estar adecuadamente formado en el conocimiento técnico, mecanismos para afrontar su propio proceso y modos de comunicación con la familia en proceso de duelo.

ACP GERONTOLOGÍA

PAUTAS DE ACTUACIÓN IDENTIFICADAS EN LOS DIFERENTES COMPONENTES



Figura de elaboración propia

5. BIBLIOGRAFÍA

- Aguado Díaz, A.L. (coord.). (s.f.). *Necesidades de las personas con discapacidad intelectual en el proceso de envejecimiento*. Diputación foral de Bizkaia.
Recuperado de:
<http://www.ifas.bizkaia.eus/fitxategiak/dokumentuak/Necesidades%20ppdd.pdf?hash=3f9b02112cbdaced40f26db7aaf78840>
- Bermejo García, L. (2009). *Guía de buenas prácticas en residencias de personas mayores en situación de dependencia, parte I*. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies. Recuperado de:
https://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/1.1_Residencias%20Mayores-Parte%20I.pdf
- Campoy Cervera, I. (coord.). (2004). *Los derechos de las personas con discapacidad: perspectivas sociales, políticas, jurídicas y filosóficas*. Madrid, Dykinson.
- Caritas. (2003). *Guía de protocolos para centros residenciales de mayores*. Ed. Caritas Española.
- Castilla la Mancha. Consejería de Salud y Bienestar Social. (2012). *Modelo básico de atención en residencias para personas mayores*. Recuperado de:
<http://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/20120511/modelobasicoatencionresidenciaspersonasmayorespdf.pdf>
- Centro de Documentación y Estudios SIIS Dokumentazio eta Ikerketa Zentroa (2011). *Vivir mejor, cómo concebimos la asistencia residencial. Pautas básicas para una atención de calidad a las personas con discapacidad*. Diputación Foral de Álava.
- Cerezuela Martínez, J.B., Moreno Fernández, M.J., y Sánchez Herrero, M.J. (2000). *Los mayores y su hogar*. Madrid. IMSERSO.
- Díaz-Veiga, P. y Sancho, M. (2012). *Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para vivir como en casa*. Informes Portal Mayores, nº 132
- Diputación Foral de Bizkaia. (2016). *Plan para la participación y calidad de vida de las personas con discapacidad en Bizkaia 2016-2019*. Recuperado de:
<http://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/CASTELLANO-COMPLETO.pdf?hash=9a38550d27f250243e3d0475d929b21c&idioma=CA>
- Diputación Foral de Bizkaia. *Manual de buena práctica, . Residencias de personas mayores*. Recuperado de:
<http://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO3/Temas/Pdf/Manual%20de%20Bu>

[ena%20pr%C3%A1ctica%20en%20residencias%20de%20personas%20mayores.pdf?hash=fde1a46fac8618d0a016aac244f0405a&idioma=CA](http://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/doc_100_propuestas.pdf?hash=fde1a46fac8618d0a016aac244f0405a&idioma=CA)

- EULEN servicios sociosanitarios. (2002). *Gestión asistencial de residencias para mayores: manual práctico*. ARS médica.
- Fundación MATIA, Gobierno Vasco: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. (2012). *Cien propuestas para avanzar en el bienestar y el buen trato a las personas que envejecen*. Recuperado de:
http://www.Matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/doc_100_propuestas.pdf
- Genua Goena, M.I. (coord.). (2012). *Modelo de atención centrada en la persona mayor frágil institucionalizada*. Gobierno Vasco, Fundación INGEMA.
- IMSERSO. (2011). *Modelo de calidad de vida aplicado a la atención residencial de personas con necesidades complejas de apoyo*. Recuperado de:
http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/doc_tec_21020.pdf
- Lourdes Bermejo García. (2009). *Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia*. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principáu d'Asturies.
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Gobierno Vasco.
- Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M. Y Rodríguez, P. (2014). *Atención Centrada en la Persona. Cuadernos prácticos*. (11 cuadernos). Gobierno Vasco, Matia Instituto. Rescatado de: <http://www.euskadi.eus/publicaciones-servicios-sociales/web01-a2gizar/es/>
- Martínez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Martínez, T. (2017). *Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona*. Revista argentina de Gerontología y Geriátría, volumen 31(3):83-89. Recuperado de
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/evaluacionACPRAGG.pdf>
- Martínez, T. (2018). *Uso y utilidades de la herramienta para la revisión participativa AVANZAR-AGCP*. Recuperado de:
<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/informacpgerontologia6EvAvanzarAGCP.pdf>

- Morel, M.A. (coord.). (2010). *Proyecto de gestión: marco y modelo de atención. La gestión de calidad, manual de procesos e indicadores de evaluación*. Instituto Aragonés de Servicios Sociales
- Morel, M.A. (coord.). (2010). *Proyecto de gestión: protocolos de actuación y normas de funcionamiento en el CAMP*. Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
- Navarro, F et al. (2014). *50 recomendaciones básicas de aplicación práctica del modelo de planificación y atención gerontológica centrada en la persona (PAGCP)*. SEGG. Recuperado de: https://www.segg.es/media/descargas/50_Recomendaciones_PAGCP_SEGG.pdf
- Rodríguez, P. (2012) *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir*. Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Rodríguez, P. (2013). *La atención integral centrada en la persona*. Fundación Pilares para la autonomía personal.
- Schalock, L.R. y Verdugo, M.A. (2003). *Calidad de Vida. Manual para profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales*. Madrid. Alianza Editorial.
- Schalock, R. y Verdugo, M.A. (2007). *El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual*. Revista española sobre discapacidad intelectual. Vol 38 (4), nº 224, 21-26.
- Verdugo, M. A. y Jordán de Urríes, F. B. (2001). *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Salamanca, Amarú.
- Verdugo, M.A. (2003). *Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la AAMR de 2002*. Siglo Cero. Volumen 34 (1) nº 205, 4-19.
- Verdugo, M.A., Gómez Sánchez, L.E. y Arias Martínez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la Escala FUMAT*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.