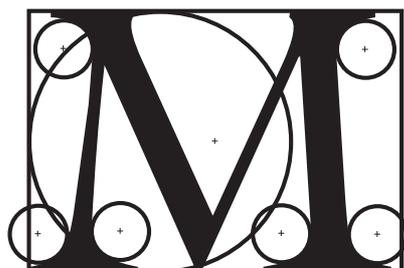




# MANUAL DE BUENAS PRÁCTICAS EN RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES



Asociación "Edad Dorada"  
Mensajeros de la Paz



ANUAL  
DE BUENAS PRÁCTICAS  
EN RESIDENCIAS  
DE PERSONAS MAYORES

*COORDINADORES*

AGUSTÍN GARCÍA BELZUNCE  
CARMELO GÓMEZ MARTÍNEZ

Título: Manual de Buenas Prácticas en Residencias para Personas  
Mayores

1.ª Edición: Febrero, 2010

Edita: Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia

Todos los derechos reservados

Autores: Agustín García Belzunce y Carmelo Gómez Martínez

Depósito Legal: MU-395-2010

ISBN: 978-84-692-9684-7

© Agustín García Belzunce y Carmelo Gómez Martínez. Año 2010

Diseño e Impresión: Grafidemar, S.L. (Águilas)

Impreso en España

# SUMARIO

	Pág.
Los Autores del Manual .....	5
Otros autores. ....	6
Agradecimientos. ....	7
Presentación. ....	8
Introducción. ....	10
El trabajo en equipo. El abordaje Multi e Interdisciplinar. ....	15
Esfera Social. Preingreso, ingreso y adaptación en Residencias. ....	19
Consideraciones sobre las Actividades de la Vida Diaria (AVD). ....	27
Esfera sanitaria. El papel de la Enfermería en las Residencias. ....	34
Esfera sanitaria. El papel de la Terapia Ocupacional en las Residencias. ....	38
Esfera sanitaria. El papel de la Fisioterapia en las Residencias. ....	43
Esfera psicológica. Abordaje profesional en Residencias. ....	47
Esfera Sociocultural en Residencias. ....	52
Área de Organización General de la Residencia. ....	54
Bibliografía. ....	60
Anexos. ....	64





## LOS AUTORES DEL MANUAL

- García Belzunce, Agustín (Coordinador). Director Gerente de la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia. Máster en Gestión y Dirección de Residencias de Personas Mayores por la Universidad de Barcelona. Miembro Fundador e impulsor del Comité de Ética Asistencial en Residencia de la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz, acreditado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Murcia. Presidente del Comité Organizador de las Jornadas Gerontológicas de la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz. Coordinador de la elaboración del presente Manual de Buenas Prácticas en Residencias de Personas Mayores.
- Gómez Martínez, Carmelo (Coordinador). Coordinador de Dirección de la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia. Diplomado Universitario en Enfermería (Universidad de Murcia. UMU) y Licenciado en Antropología Social y Cultural (Universidad Católica San Antonio de Murcia. UCAM). Profesor asociado de la Escuela Universitaria de Enfermería de la UCAM. Coordinador de la elaboración del presente Manual de Buenas Prácticas en Residencias de Personas Mayores.
- Martínez Escámez, Inmaculada. Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Murcia (UMU). Máster en Gestión y Dirección de Residencias de Personas Mayores. Directora de la Residencia San Pedro gestionada por la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia.
- Carrasco Martínez, Elena. Diplomada Universitaria en Enfermería por la Universidad de Murcia (UMU). Máster en Gestión y Dirección de Residencias de Personas Mayores. Directora de la Residencia Santa Isabel gestionada por la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia.
- Sánchez Recio, Paloma. Licenciada en Pedagogía por la Universidad de Murcia (UMU). Máster en Gestión y Dirección de Residencias de Personas Mayores. Directora de la Residencia La Purísima gestionada por la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia.
- Villanueva Gutiérrez, Tino. Licenciado en Historia por la Universidad de Oviedo. Máster en Prevención de Riesgos Laborales. Director de la Residencia Virgen del Mar gestionada por la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia.
- Casas Jiménez, María. Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Murcia (UMU). Trabajadora Social de la Residencia Virgen del Mar gestionada por la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia.



## TROS AUTORES:

- Yelo Yelo, Míriam. Diplomada en Terapia Ocupacional por la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). Terapeuta Ocupacional de la Residencia Santa Isabel gestionada por la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia.
- Torrano Candel, Antonio. Diplomado en Fisioterapia por la Universidad de Murcia (UMU). Fisioterapeuta de la Residencia Santa Isabel gestionada por la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia.
- Romero Gómez, Elvira. Técnica Especialista en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Coordinadora del cuerpo de Auxiliares de Enfermería y Geriátrica de la Residencia San Pedro gestionada por la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia.
- Martínez Lajarín, Yolanda. Técnica en Animación Social, Ocio y Cultural. Responsable de esta área en la Residencia San Pedro gestionada por la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia.
- Andreu Olmos, Asunción. Licenciada en Psicología por la Universidad de Valencia. Máster en Gestión y Dirección de Residencias de Personas Mayores. Coordinadora Técnica del Servicio de Estancias Diurnas para enfermos de Alzheimer de Totana (Murcia) gestionado por la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia.
- Esteban Nicolás, Antonia. Licenciada en Psicología por la UNED. Profesora asociada de Psicología en la UNED. Coordinadora Técnica del Servicio de Estancias Diurnas para enfermos de Alzheimer de El Algar (Murcia) gestionado por la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia.



## GRADECIMIENTOS

No podemos olvidar al final del largo proceso de elaboración del presente documento a todas aquellas personas que con su apoyo moral y/o profesional nos han animado en la consecución de esta agotadora aventura.

Muchísimas gracias a todas las personas mayores que viven en nuestras residencias y que voluntariamente han aportado opiniones, pensamientos, sugerencias y correcciones, valiosísimas para la consecución real y práctica del presente Manual.

Gracias a Antonio Romero Hoyuela, especialista en Urología del Hospital Morales Meseguer, miembro del Comité de Ética Asistencial del citado Hospital y Presidente de nuestro Comité de Bética Asistencial, por sus ánimos y asesoramiento.

Gracias a Lourdes Cantero González, Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de Cartagena (Adscrita a la E.U. E. de la Universidad de Murcia), miembro de nuestro Comité de Bética Asistencial, amiga de todos,

excelente compañera e inestimable asesora.

Gracias a D<sup>a</sup> Paloma Echevarría Pérez, Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, a D Enrique Santo Medina, Presidente de La Sociedad Murciana de Geriátría y Gerontología, a D Diego Nicolás Torres, Presidente de La Sociedad Murciana de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, y a D Diego Gutiérrez Gambín, Presidente del Ilustre Colegio de Diplomados en Enfermería de la Región de Murcia, por la lectura atenta de este manuscrito y las cariñosas correcciones sugeridas.

Gracias a todos aquellos compañeros, y muy especialmente a las auxiliares de enfermería y/o geriatría, que de manera indirecta han participado amable y cariñosamente en la ardua tarea de materializar ideas y pensamientos, trabajadores todos ellos en las residencias gestionadas por la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia.

## P RESENTACIÓN

Nuestra Asociación “Edad Dorada Mensajeros de la Paz Murcia”, es una entidad no lucrativa que nació hace unos 7 años, emanando de la Organización No Gubernamental Mensajeros de la Paz, fundada en los años 60 por el Padre Don Ángel García Rodríguez, con presencia en más de 35 países en distintos ámbitos asistenciales, niños, mayores, violencia de género, etc...

Mensajeros de la Paz Murcia persigue como objetivo prioritario el cuidado de las personas mayores con la máxima calidad posible. Si bien el término calidad es ambiguo en su definición, al tiempo que empleado por todos sin pensar en su significado, debemos señalar que para nuestra entidad la calidad asistencial en mayores se define en función de la consecución de una vivencia de la vejez por el mayor, que sea armónicamente percibida por este, de manera que nuestras intervenciones por defecto irán encaminadas, en primer lugar, a evitar en lo posible situaciones de daño físico, psicológico y/o social, al tiempo que, en segundo lugar, se intervenga para paliar en lo posible estos daños cuando han aparecido o se han agravado; todo ello, en un ambiente cálido y afable dentro de una residencia de personas mayores. El entorno en el que viven los mayores en las residencias debe colaborar en la promoción de la

autonomía de los mismos así como a preservar y potenciar una autoimagen positiva de la vejez. Al mismo tiempo es necesario incidir en el carácter especial del conjunto de profesionales que desarrollan su labor con personas mayores, ya que debe ir impregnado de una forma de ser y estar afable y empática, donde el cariño en las palabras y en los actos sea patente y del que no quede la menor duda de su autenticidad. Podemos decir al día de hoy, que este carácter personal que deben tener los profesionales de la atención gerontológica, es una señal de identidad de nuestras trabajadoras y trabajadores. Nuestra labor no solo es un trabajo, es una forma de vivir y de ver la vida con otras personas, es compartir y dar, es vivir el momento con alegría sin perder la esperanza del mañana. Estamos convencidos que este carácter es y debe ser complementario a una formación cada vez más especializada en aspectos geriátricos y gerontológicos. Es fundamental incidir en el enfoque integral de la vejez sana y de la patológica, pues es de pocos conocido que vejez no es sinónimo de enfermedad, sino una fase vital, como lo fue la edad adulta, o la adolescencia, con sus ventajas y sus desventajas. Debemos empezar a entender que la vejez se debe vivir y no se la debe padecer y esperar con resignación.

Nuestra entidad empezó gestionando en Murcia 2 Residencias y 2 Servicios de Estancias Diurnas, y en la actualidad hacemos frente al reto diario de gestionar 4 Residencias y 10 Servicios de Estancias Diurnas, todos ellos para personas mayores. Estamos distribuidos por toda la geografía regional intentando llegar a todos los rincones donde se nos necesita y desde donde nos llaman. Hemos ido creciendo en número al tiempo que experimentado una madurez desde el punto de vista asociativo. Salimos de nuestros centros y servicios para intentar contagiar a los demás este ánimo de servicio a nuestros mayores murcianos. Realizamos actos con el intento de promover una mayor sensibilización con el entorno del cuidado de los mayores, celebramos desde hace cuatro años unas jornadas regionales que año tras año han ido mejorando tanto en organización como en los temas a tratar lo cual se ha visto traducido en un incremento exponencial de las inscripciones recibidas, editamos publicaciones como la presente con el objetivo de compartir nuestras inquietudes con los demás que como nosotros se encuentran inmersos en esta bella tarea como es la del cuidado de personas mayores, con mayor o menor grado de dependencia.

Por lo que nos dicen nuestros amigos, nuestros centros y servicios

son innovadores en el planteamiento de las intervenciones con los mayores. Creemos que dicha innovación no es fruto de técnicas o procedimientos de última generación, al menos no solamente, sino que es el resultado de poner en práctica unos principios filosóficos, y cabe decir en este contexto, que éticos, los cuales ponen en el centro de todo a la persona, al ser humano junto al que vivimos y que, como consecuencia final del proceso vital, acompañamos en el último paso.

Esta publicación no es más que una mera buena intención de ayudar en lo posible, y siempre desde la mayor humildad, a todos aquellos compañeros y compañeras que día tras día se ven bendecidos con el mayor don que nos ha dado la vida: hacer el bien a la persona que lo necesita. Es un trabajo en equipo entre profesionales y entre entidades, en este caso Serproyec Murcia y Mensajeros de la Paz.

Esperamos no defraudarles demasiado y les rogamos nos hagan llegar si así lo consideran cualquier sugerencia o comentario que pueda mejorar este documento.

Gracias de antemano.

Agustín García Belzunce  
DIRECTOR GERENTE  
MENSAJEROS DE LA PAZ  
MURCIA  
Febrero 2010

# I NTRODUCCIÓN

*García Belzunce, Agustín  
Gómez Martínez, Carmelo*

Es bien sabido de la importancia que tiene el abordaje profesional en las residencias de personas mayores. Actualmente parece ser una meta que una vez conseguida ya garantiza la calidad asistencial. Es algo más complicado que llevar a cabo una serie de protocolos y de procedimientos, así sin más. Si bien es cierto que la asistencia a las personas mayores en las residencias se está “geriatrizando”, esto parece estar desplazando la dimensión social con la que nació este dispositivo asistencial a favor de un enfoque mucho más sanitario. Esto conlleva no solo la pérdida de visión amplia sobre el ámbito y unidad de actuación sino que está sustituyendo el punto de vista gerontológico por el punto de vista reduccionista geriátrico. No podemos estar los autores de este manual más en desacuerdo con la calificación de nuestras residencias como “centros geriátricos”, pues pensamos que si seguimos al pie de la letra el significado de geriatría frente a la concepción de gerontología con esta calificación estamos circunscribiendo el papel de las residencias de mayores a su faceta meramente sanitaria, que si bien es muy importante, no es exclusiva de nuestros centros.

La dimensión ética de los cuidados contempla de por sí un

abordaje centrado en la persona humana, en el anciano, y no solo en su esfera biológica-sanitaria. Y esto es así, pensamos, que por varios motivos entre los que destacamos dos fundamentalmente; a saber, por un lado el apoyo que esta forma de trabajar brinda a la defensa del abordaje holístico, multidimensional y en definitiva gerontológico de nuestro quehacer diario; y por otro lado, por la necesidad que la profesionalización y la especialización de los cuidados en las residencias demanda en el campo ético (ausencia del consentimiento informado ante intervenciones invasivas, por ejemplo).

Este manual ofrece un apoyo más en el abordaje profesional en las residencias de personas mayores sin perder el punto de vista humano de la atención. Existen en la bibliografía algunos manuales anteriores a este de calificación excelente y en los que también nos hemos basado para confeccionar nuestro documento; manuales de los que destacamos la preocupación de sus autores por que los cuidados que se ofrezcan a los mayores en las residencias sean lo más integrales posibles. No hay demasiados manuales sobre buenas prácticas en residencias, lo cual puede deberse, pensamos, a que hay pocas personas que se deciden a escribir sobre su

punto de vista al respecto; también cabe la posibilidad de que el motivo sea la falta de demanda de información y formación sobre el tema lo cual a su vez puede deberse a que o bien todos lo tenemos claro respecto a lo excelentemente bien que se está haciendo respecto a los cuidados en las residencias o bien no tenemos nada con lo que comparar y no tenemos conciencia de esta demanda social.

Este manual no es un manuscrito definitivo, ni lo pretende, sobre lo que se debería realizar en las residencias para asegurarnos una buena atención a nuestros mayores. Sería de entrada un gran error caer donde otros antes que nosotros, y en otros campos, han caído, es decir, en pensar que poseemos toda la verdad sobre el tema. La atención a personas mayores es un hecho dinámico condicionado a las demandas que tanto los residentes como la sociedad en general nos reclaman, en función de distintos parámetros (esperanza de vida, sexo, dispositivos sociales de atención primaria en el sector, entre otros). También está condicionada la atención residencial a fenómenos históricos, económicos y sociales, en definitiva culturales; si hace unos treinta o cuarenta años la atención ofrecida en nuestro sector era destinada a satisfacer necesidades sociales básicas (de asilo, acogimiento y manutención), en la actualidad se nos exige una atención altamente especializada que englobe todas las esferas y dimensiones de la persona. Si siguiéramos a Maslow

en el modelo piramidal de necesidades hemos pasado de conformarnos con estar a la altura del primer escalón a exigirnos promover en la medida de lo posible la consecución de todos y cada uno de los cinco escalones que la componen.

Los autores de este manual pertenecen a la plantilla profesional de las distintas residencias que la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz gestiona en la Comunidad Autónoma de Murcia desde hace años. Se han formado en el ámbito de la bioética teniendo como profesores a ilustres personajes de este sector tan desconocido para la mayoría. No son muchos los libros escritos dirigidos específicamente a este sector, pero los que existen son excelentes (Prat, F. 2008). Son médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, y también psicólogas, trabajadoras sociales, monitoras de ocio y tiempo libre, además de personal relacionado con la gestión de este tipo de servicios y centros.

En la Comunidad Autónoma de Murcia existe desde el año 2005 (Decreto 69/2005, publicado en el BORM de 13 de Junio, sobre Regulación de Condiciones Mínimas que deben cumplir las Residencias de Personas Mayores, entre otros servicios) normativa legal que viene a completar la ya existente de 2003 (Ley General de Servicios Sociales de la Región de Murcia) y que detalla muy

claramente muchos parámetros que toda residencia debe cumplir para garantizar una asistencia digna a los mayores murcianos. En cualquier caso, una Disposición posterior a este decreto (69/2005) establece los criterios por los que toda residencia verá asegurada una calidad mínima en su atención.

Entendemos que, si bien hay algunos autores que han pretendido marcar unas pautas de elaboración de manuales de buenas prácticas, estas a nuestro parecer son demasiado rígidas en su aplicación y no nos permiten abarcar todas las esferas del ser humano sin caer en la demagogia y/o la utopía. Pretendemos que este Manual sea una herramienta práctica y no solo desde el punto de vista de un manifiesto de intenciones que a todos nos gustaría cumplir; preferimos circunscribirlo al ámbito de lo realizable sin quedarnos en el ámbito de las aspiraciones. Todas las intenciones, puntos de vista y recomendaciones que aparecen en este Manual están siendo abordados en la práctica diaria. Quizás por ello se trate de un Manual no demasiado extenso pues hemos preferido tratar en profundidad aquellos puntos de los cuales podemos dar fe de su realización en la vida real del día a día de una residencia de personas mayores.

Es estimulante, y urgente de resolver, como podríamos conjugar la obligatoriedad de la aceptación de las condiciones de convivencia y de relación residencia-persona mayor establecidas a priori en el

Reglamento de Régimen Interno y Contrato Convivencial (la obligación a tenerlos y a hacerlos firmar por los residentes viene claramente establecido en el Decreto 69/2005, publicado en el BORM de 13 de Junio, Regulador de las Condiciones Mínimas que deben cumplir las Residencias de Personas Mayores de la CARM) rubricado mediante la firma del residente y/o su representante legal.

También pretendemos que el presente Manual sirva para algo, que tenga un eminente carácter pragmático para lo cual, y siguiendo a nuestros predecesores en esta tarea de elaborar Manuales de Buena Praxis, hemos intentado que lo expuesto se corresponda con la realidad vivida. No sería lógico terminar un apartado dedicado al cuidado echándole la culpa de la falta actual de cumplimiento a la institución, es decir a la Residencia como tal, sin contemplar las presiones funcionales a las que a su vez estas se ven sometidas (por ejemplo, bajos presupuestos para adquisición de equipos de última generación, la falta de mayor formación específica en gerontología del personal, etc.), que sin eximir las convierten a las residencias en unas afectadas más.

Estamos convencidos de que para lograr una atención excelente es necesario la reestructuración interna de las residencias, pero también una nueva concepción social de las mismas, ya que la empiria nos dice que el dispositivo

social representado por la residencia ha evolucionado a diferentes velocidades, en función del mayor a atender en ellas y de lo exigido por la sociedad; igualmente, se entiende como precursora en el cambio la influencia de las políticas regionales y del papel de los propios profesionales que a ellas se han ido incorporando remodelando con sus nuevos conocimientos la estructura subyacente de la propia residencia. Este Manual representaría este empuje por los profesionales, al tiempo que intenta acoger las necesidades que a nivel social se nos exigen.

Para facilitar su lectura hemos organizado los capítulos en las siguientes secciones:

- Trabajo Multi e Interdisciplinar: Aspecto fundamental a tratar desde el principio pues es la piedra angular del funcionamiento de una residencia (y de cualquier estamento parecido), muchas desviaciones en la praxis diaria se deben a la descoordinación entre los profesionales y entre estos y la dirección del centro.
- Preingreso, ingreso y adaptación de los residentes: Debemos contemplar este capítulo poniendo como centro de todo a la persona mayor y a su familia, obviando a veces los excesivos y rígidos trámites burocráticos a favor de un conocimiento adecuado de la persona que viene a pasar el resto de su vida a nuestro centro.
- Actividades de la Vida Diaria:

Esta sección merece un capítulo aparte y separado del resto como apoyo complementario al destinado a tratar el trabajo multi e interdisciplinar, pues las actividades de la vida diaria deben contemplarse como el lienzo en el que los distintos profesionales pincelan a diario los objetivos a conseguir para que la persona tenga un envejecimiento normal, sin exclusividades disciplinares que no hacen más que reducir a la persona a una composición de partes separadas.

- Papel de la enfermería en las residencias: Si bien hemos dicho que las residencias deben contemplarse desde el punto de vista gerontológico, y no solo geriátrico, no podemos obviar este último, al tiempo que defendemos que los profesionales de la Enfermería (cuando hablamos de Enfermería nos referimos tanto a las/os Diplomadas/os de Enfermería, como a las auxiliares de enfermería y/o de geriatría) son la cara de la verdadera asistencia especializada en las residencias, la cual se centra en los cuidados frente a la cada vez mayor demanda de asistencia médica de diagnóstico y tratamiento.

- Papel de la Terapia Ocupacional en las Residencias: Este capítulo si bien es corto no se puede olvidar, ya que pensamos que no se conoce oportuna y adecuadamente la importancia de la Terapeuta Ocupacional en las residencias o bien el papel descrito en otros manuales lo consideramos

insuficiente. Es una figura de apoyo general en el día a día de las residencias, y que forma una excelente compañera de viaje junto a las enfermeras y las fisioterapeutas.

- Papel de la Fisioterapia en las residencias: Es un punto incesante en el que detenernos pues es interesante como se conjuga el papel de la Fisioterapia con el de la Terapia Ocupacional y la Enfermería, compañeros inseparables en el cuidado de los mayores.

- La esfera psicológica de los mayores que viven en residencias: Si bien se trata mucho y muy extensamente en otros manuales es un área que no podemos dejar de tratar por su trascendencia e importancia, aportando algunos puntos de vistas complementarios a lo ya expuesto en dichos manuales.

- Área y/o esfera sociocultural: El ser humano es un depósito de cultura y por ello merece un capítulo aparte. Es importante personalizar los cuidados, actividades e intervenciones en esta área, al igual

que en las otras, para poder seguir dejando que el mayor preserve su personalidad a pesar de vivir en una institución.

- Área organizativa: Es un área complementaria pues si bien es una de las más obviadas por todos los profesionales es fundamental para entender fenómenos indeseables de las Instituciones Totales.

En definitiva este Manual ha sido pensado para que sus potenciales, y esperamos que numerosos, lectores puedan tener un punto de vista más sobre el cual poder hacer las críticas constructivas oportunas, al tiempo que le sirva de estímulo para la reflexión de todos los profesionales que trabajamos en el ámbito de las personas mayores en residencias.

No pretendemos manifestar que somos poseedores de la verdad, pues esta va ligada a la realidad de la persona, de la que cuidamos y de la que cuida, por lo que pobre de aquel que crea que ya está todo escrito y que la verdad es única y absoluta.

# **E**L TRABAJO EN EQUIPO. ABORDAJE MULTI E INTERDISCIPLINAR

*Sánchez Recio, Paloma  
García Belzunce, Agustín*

Hemos de considerar, que la intervención en residencia, requiere de un abordaje interdisciplinar y de la necesidad del trabajo en equipo para planificar acciones desde una perspectiva holística utilizando la reunión de equipo interdisciplinario como instrumento básico, donde se trabajaran y consensuaran las necesidades de la persona mayor bajo la perspectiva de los cuatro principios éticos fundamentales: Autonomía, Beneficencia, Justicia y No Maleficencia.

Tras esta consideración damos paso a cuestiones importantes como: ¿Que es un equipo interdisciplinario?, Fases del trabajo en equipo, Importancia de la realización de reuniones de equipo interdisciplinar, y Elaboración de Planes de Atención Individualizada Interdisciplinar.

El equipo interdisciplinario esta formado por un grupo de profesionales que trabajan un área común de forma independiente y coordinada, compartiendo una metodología y trabajando juntos para conseguir objetivos comunes entre ellos en la aplicación y puesta en marcha del Plan de Atención individualizada Interdisciplinar desde el consenso y el dialogo interprofesional. Cada profesional (Médico, Enfermeros/as, Fisioterapeuta, Terapeuta

Ocupacional, Trabajador/a Social, Psicólogo/a, etc...) debe aportar su contribución específica al cuidado del mayor.

Las dos fases fundamentales del trabajo en equipo en residencia serán:

- Fase Inicial o de valoración: comienza al ingreso del residente en el centro. En esta fase se establece el contacto con los miembros del equipo y cada miembro del equipo realiza una valoración del residente, a fin de detectar y cuantificar las incapacidades o problemas de salud (valoración clínica), funcionales (valoración funcional), psicoafectivas (valoración mental) y socio-familiares (valoración social) para determinar el estado del residente y perfilar un plan individual de tratamiento que servirá para diseñar el plan de actuación conjunta.
- Elaboración común de un plan de atención individualizada por cada residente.

Así la interdisciplinariedad tiene lugar, cuando una vez realizado el trabajo de manera autónoma, los profesionales se dan cita en las reuniones de equipo.

La reunión de equipo es el instrumento básico de coordinación de todas las acciones del equipo

interdisciplinar. Estas deben ser establecidas de forma periódica (a ser posible quincenalmente) para revisar casos, elaboración de PAÍS, establecimiento de mecanismos de coordinación, nuevas intervenciones o cualquier tema de relevancia mutua.

Las reuniones de equipo interdisciplinar permiten que el trabajo en la residencia no se limite tan solo a atender las necesidades básicas de la persona mayor, sino a plantearnos objetivos comunes de trabajo que mejoren o mantengan la calidad de vida del anciano.

La finalidad de estas reuniones de equipo es dar al residente una atención integral, personalizada y de calidad, a través de actuaciones diferenciadas y priorizadas de acuerdo a las necesidades de la persona mayor.

Esto implica para los profesionales, colaboración, apoyo mutuo, interrelación y participación en actividades conjuntas para conseguir los objetivos propuestos, así como la utilización de técnicas e instrumentos comunes a todas las disciplinas.

Por lo que los objetivos principales de la reunión de equipo serán:

- Compartir con los demás profesionales la valoración del residente realizada individualmente por cada miembro del equipo.
- Identificar problemas y objetivos

detectados desde cada disciplina.

- Priorizar y consensuar un plan de atención individualizada para cada residente, común para el equipo, así como el tiempo y los responsables de su puesta en marcha.

Y para conseguir esta atención integral es necesaria la elaboración de planes de atención individualizada interdisciplinar de cada uno de los residentes del centro tal y como queda establecido en el Decreto 69/2005 de la Comunidad Autónoma de Murcia sobre centros residenciales: “ El equipo multidisciplinar del centro integrado por su personal de atención directa, elaborara asimismo un plan de atención para cada uno de los residentes, que integre todas las áreas técnicas, de manera que se garantice la atención integral a los usuarios y el cumplimiento de los objetos de atenacen a la persona”.

El Plan de atención individualizada (ver anexo A) es un instrumento útil de trabajo cuya finalidad será conseguir una atención integral e individualizada del residente, sabiendo diferenciar aquellas necesidades generales de carácter individualizado, donde se contempla toda la problemática del residente con carácter bio-psico-social( reflejado en el historial socio-sanitario del residente), de aquellas necesidades denominadas específicas por la repercusión que van a tener en cualquier otra esfera del residente y que es de especial relevancia ponerlas en conocimiento y consenso para abordarlas

correctamente por parte de todos los miembros del equipo interdisciplinar.

Los profesionales implicados en la realización y puesta en marcha del PAI son:

- Área Sanitaria: Médico, Equipo de Enfermería, Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional.
- Área Psico-social: Psicólogo y Trabajador Social.
- Área Ocupacional: Terapeuta Ocupacional y TASOC

La realización del PAI debería tener lugar transcurridos los primeros treinta días del ingreso del residente, coincidiendo con la necesidad de la adaptación del residente al centro. Este será consensuado y aprobado en las reuniones de equipo. Igualmente, el PAI deberá ser planteado al residente de manera que comprenda y conozca las intervenciones que con su consentimiento se realizarán, desplazando el papel del mismo de objeto de la atención a sujeto en la misma.

El Plan de Atención Individualizada constará de:

- Datos Genéricos del residente: datos personales, fecha de ingreso y fecha de realización del PAI.
- Profesionales que intervienen en la realización del PAI.
- Identificación y valoración de necesidades: donde los

profesionales identificaran y consensuaran la problemática específica del residente.

- Planteamiento de Objetivos: donde los profesionales dentro de su área propondrá una serie de objetivos en base a la problemática inicial planteada.
- Actuaciones y actividades que se propondrán dentro de cada área dirigida a la consecución de objetivos marcados.
- Metodología: tras una previa reunión de equipo donde se realizara una identificación y valoración de necesidades, cada profesional del equipo multidisciplinar realizara su parte del PAI y planteara una serie de objetivos y actuaciones propuestas, las cuales serán aprobadas y consensuadas en la próxima reunión de equipo.
- Seguimiento del PAI: los profesionales aplicaran las actuaciones y actividades consensuadas en el plan individualizado realizando un seguimiento de las actividades propuestas con el fin de alcanzar los objetivos y comprobar el grado de consecución de los mismos.
- Observaciones.
- Aprobación del PAI.
- Evaluación del PAI: la evaluación general del PAI se realizara semestralmente, a excepción de cambios en la situación bio-psico-social del residente.

- Fecha de revisión del PAI.
  - Anexo de revisión: se elaborara un modelo de revisión de PAI el cual contendrá (ver anexo B):
  - Fecha en que se realiza la revisión del PAI.
- Evaluación de los objetivos: objetivos cumplidos, no cumplidos.
  - Propuesta de nuevas actuaciones.
  - Fecha de próxima revisión.



## ESFERA SOCIAL. PREINGRESO, INGRESO Y ADAPTACIÓN EN RESIDENCIAS

*Martínez Escámez, Inmaculada  
Casas Jiménez, María*

Si bien lo damos por hecho, quizás sería muy interesante recordar lo fundamental de la presencia de la figura de la Diplomada en Trabajo Social en toda residencia. Por su formación tiene capacidades de visión y abordaje holísticos respecto a determinadas situaciones. Al mismo tiempo es importante que la Trabajadora Social que pretenda desarrollar adecuadamente su labor en una residencia posea, casi de forma innata, ciertas capacidades y destrezas que diferencian claramente el rol desempeñado en este tipo de centros del desempeñado en otros entornos profesionales. La Trabajadora Social de Residencia muestra gran capacidad asertiva, al tiempo que una empatía ejemplar; sola así será capaz de ponerse en el lugar de un familiar cuando expresa ira o rabia sobre la institución, como consecuencia del sentimiento de culpabilidad post-ingreso, y establecer con esta las estrategias de afrontamiento psicosocial necesarias y suficientes para afrontar estos sentimientos.

Igualmente es la profesional de primer contacto en toda residencia, la que recibe la solicitud de ingreso, la que informa a los residentes y sus familiares, la que observa y es receptora de todas las apreciaciones del personal sobre el residente y su familia; en definitiva,

consideramos que esta figura supone una especialización respecto al profesional base que acaba de terminar la carrera universitaria.

### CONSIDERACIONES GENERALES:

El principal objetivo que nos vamos a plantear, en las fases de preingreso, ingreso y adaptación de un nuevo residente al centro, va a ser su plena integración, así como la implicación familiar para conseguir un buen estado anímico del residente, y también promover un entorno familiar en donde el residente y su familia se sientan cómodos.

En las tres fases (preingreso, ingreso y adaptación) que nos ocupan, haremos una diferenciación a la hora de proceder entre residentes que padezcan deterioro cognitivo y los que no.

### PREINGRESO

### RECOMENDACIONES:

El primer contacto que el residente y su familiar va a tener con el centro, va a ser en la fase de Pre-ingreso, por lo que va a ser determinante y fundamental la buena entrada de estos, marcando mucho la relación que tendremos con ellos.

Intentaremos dirigirnos al futuro residente para que sea él, el que efectúe su presentación, presente a sus familiares, así como referir los motivos de su ingreso y todo lo referente a la decisión de ingresar en la residencia. Siempre se tratará de usted al nuevo residente, a no ser que nos diga lo contrario.

Mantendremos una posición de escucha activa, e intentaremos dirigirnos a éste a través de preguntas abiertas para que el futuro residente nos informe de lo que queremos saber.

Así mismo intentaremos que la familia participe, pero en ningún caso el residente debe pasar a segundo plano, ya que esto podría acarrear malos entendidos dadas las diferencias de opiniones que pudieran existir entre los diversos miembros de la familia.

Hemos de tener en cuenta que es muy importante tanto la comunicación verbal como la no verbal, por tanto deberemos mantenernos en una posición de observación constante. Se procurará un ambiente agradable, es decir nos se recibirán llamadas y se evitarán interrupciones, creando así un espacio de intimidad que favorecerá la comunicación entre el residente y la persona que va a efectuar el ingreso.

En el caso de que la persona a ingresar padezca algún tipo de deterioro cognitivo, el trabajo a realizar será diferente, ya que toda

la información necesaria será aportada por la familia.

En estos casos con toda seguridad, el futuro residente no estará presente en la primera entrevista, y será la familia la que nos proporcionará toda la información sobre la situación. Esta apreciación merece una explicación exhaustiva, pues sin esta nos estaríamos contradiciendo con el Principio de Autonomía. La decisión de que el residente esté presente en la primera entrevista dependerá concreta y circunscritamente del estado cognitivo del mismo, es decir, de su capacidad de comprensión de la información. Para el resto de casos el residente debería estar en la entrevista, pues en esta se van a tratar temas que le incumben solo y exclusivamente a él y por ello no podemos negarle de entrada la oportunidad de opinar sobre lo propuesto acerca su persona y los cuidados planteados.

Es un hecho extensamente conocido, pero no por ello aceptado, la circunstancia de que algunos ingresos parecen ser tramitados únicamente por los familiares del futuro residente, arrastrados estos por unas circunstancias sociales en contra (falta de recursos económicos, ausencia de apoyo social, obligaciones familiares, etc) lo cual de entrada, y a pesar de ser involuntario, vulnera sus derechos fundamentales como persona. Es importante considerar este punto pues su alcance ético es amplio (podría compararse con la decisión de informar a determinados

pacientes de un hospital por parte del personal sanitario en función de familiar, tipo “es una información que no podrá asimilar”, o “no queremos hacerle sufrir innecesariamente”), pues en numerosas ocasiones lo que los familiares, y a veces los propios profesionales de las residencias, hacen no es sino la proyección del trauma psicológico que le supone el ingreso en una residencia.

El resto de la fase de pre-ingreso se realizará igual que a una persona sin deterioro cognitivo, pero dirigiéndonos, y obteniendo la mayor parte de información de la familia, intentando captar y tratar los sentimientos que produce esta nueva situación

#### PAUTAS DE ACTUACIÓN EN LA FASE DE PREINGRESO:

##### INFORMACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO:

Se le explicará verbalmente las normas de funcionamiento del centro, las cuáles estarán de forma escrita en el reglamento de régimen interno, y que han sido aprobadas por los órganos administrativos competentes (tal y como se refleja en el Decreto 69/2005, de 13 de Junio, publicado en el BORM), el cual será entregado, firmando un recibí, el día del ingreso.

Así mismo se le informará:

- Horarios de visitas de los familiares. Hay que insistir en la

disposición de la residencia sobre la flexibilidad razonable de los mismos y siempre sin perder el punto de vista de que los horarios son manifestaciones del trabajo organizado de una residencia, y no como permisos para poder ver a su familiar.

- Horarios de las comidas. Sobre los horarios de las mismas se consideran las mismas apreciaciones que en el caso de los horarios de visitas.

- Información de los diferentes tipos de dietas.

- Información de los diversos servicios internos (fisioterapia, psicólogo, etc...).

- Información de los diversos servicios adicionales (peluquería y podología).

- Información de los horarios de los diversos profesionales del centro (Director, T. Social, Médico, etc...).

- Calendario de actividades lúdicas, recreativas, y ocupacionales.

- Se les informa de la existencia de un buzón de sugerencias y reclamaciones a disposición de los residentes y familiares.

- Ayudas, y recursos de los que dispone el centro, para la atención asistencial (higiene, movilizaciones, etc...) del residente.

- Información sobre la forma y tarifa correspondiente a abonar por el

residente.

- Explicación minuciosa del contenido y los objetivos del Reglamento de Régimen Interior, lo cual es extensible al Contrato de Convivencia en la Residencia.

#### PETICIÓN DE DOCUMENTACIÓN:

A continuación, le daremos una hoja solicitando, la documentación necesaria, para realizar el ingreso:

- D.N.I. y tarjeta sanitaria.
- Fotocopia de D.N.I. del familiar responsable.
- Informe médico actualizado, con las pautas de medicación.
- Certificado médico oficial, de no padecer ninguna enfermedad infectocontagiosa, ni terminal, ni trastornos de conducta, que perturben la convivencia en el centro (prescripción de la Ley General de Servicios Sociales, sobre condiciones de ingreso en Residencias). Este punto, aunque se encuentra legalmente vigente no está siendo aplicado, pues desde el sector asistencial residencial se discrepa sobre su objetivo último, ya que podría suponer una vulneración constitucional de los derechos de la persona. Es fácil de entender cuando consideramos que cualquiera de las prescripciones contrarias al ingreso podrían ser adquiridas durante la estancia del residente en el centro lo cual no

supone la pérdida automática de la condición de residente; otra cosa distinta es la consideración ética, de proveer los mejores servicios a nuestro residente, según los Principios de Beneficencia y de No Maleficencia, lo cual nos podría llevar a la situación de no poder dar el mejor servicio en nuestro centro a una persona y a considerar la propuesta de traslado a una residencia que si lo disponga (un ejemplo claro de lo expuesto podría ser el caso de un enfermo psiquiátrico, esquizofrénico residual, que por las características propias de la enfermedad ha podido ver agravados los síntomas haciendo difícil, si no imposible, la convivencia en una residencia con personas que no padecen tal trastorno, tras intentos reiterados y fallidos por parte de los profesionales sanitarios en adecuar la medicación existente en el vademecum).

- Certificado de pensiones.
- Fotocopia del nº de cuenta.
- Póliza de decesos.
- Sentencia de incapacidad, ó en su caso, la demanda si no existe sentencia.

Se instará, al futuro residente y familia, a que traigan objetos personales como fotos, recuerdos, etc..., dejando constancia de esta disponibilidad por parte de la residencia, pero adecuándola a la realidad de las instalaciones; para evitar sorpresas desagradables para

el residente y la sensación parte de este de que la información ofrecida ha sido falsa, es recomendable, durante el preingreso, que el residente visite y conozca sus futuras dependencias personales a fin de que vea “in situ” el espacio del que dispone para acomodar sus pertenencias inmobiliarias, por ejemplo.

#### CONOCER LAS INSTALACIONES:

La persona que efectúa la entrevista en la fase de preingreso (Director ó T. Social), se dirigirá a enseñar las instalaciones del centro, juntamente con el residente y su familia.

Tras la visita se volverá al despacho, por si existe alguna duda, dejando claro que pueden solicitar ayuda e información cuando lo precisen. Después de resolver las dudas que puedan haber aparecido, se fijará la fecha y la hora para el ingreso, y se procederá a la despedida. Igualmente será importante presentarle a la/s persona/s de referencia (residente y personal de la residencia) de que dispondrán durante la fase de adaptación, tanto el residente como sus familiares, para facilitar esta, y para aclarar cuantas dudas puedan surgir y que su categoría profesional les permita responder (en caso de que esta categoría no lo permita se le derivará al profesional adecuado).

#### INGRESO

#### RECOMENDACIONES

#### GENERALES AL INGRESO

Antes del ingreso en el centro, es imprescindible constatar la existencia del requisito de voluntariedad, por parte de la persona que va a ingresar.

Sobre el ingreso voluntario no hay mención expresa en la legislación. Sigue siendo una de las carencias principales de la nueva Ley de Enjuiciamiento Civil, Ley 1/2000.

En el ámbito geográfico de la Comunidad Autónoma de Murcia y por consenso informal entre todos los proveedores de servicios residenciales para personas mayores se da por supuesto que entre personas capaces (competentes), debe existir el requisito de la voluntariedad, si no hay manifestación expresa en contra.

La constatación de la legalidad del ingreso debe ser preceptiva por el Director del centro y a ello debe contribuir el equipo de profesionales del mismo. Debe ser una de las primeras funciones a la hora de recibir a un nuevo residente.

En este tema deberemos poner el máximo cuidado, ya que está en juego el derecho fundamental de la libertad, así como el Principio de Autonomía.

El día del ingreso hay que dar una atención especial al recién ingresado. La familia ha de ser consciente de que el residente se ha

trasladado a un nuevo domicilio, y nuestra labor va a ser que su estancia sea lo más agradable posible.

La persona que realice el ingreso (director y/ó T. Social), les atenderá primeramente en su despacho, donde intentará averiguar el estado de ánimo del nuevo residente, y como ha vivido la situación los días previos al ingreso.

En los casos en los que el residente presente algún tipo de deterioro cognitivo, deberemos presentarnos al residente, en este primer paso intentaremos orientarnos sobre el nivel cognitivo del mismo, para ver que tipo de comunicación podemos establecer. A este se le tratará siempre por su nombre, utilizando frases cortas, breves y claras, en un tono de voz suave, mirándole siempre a los ojos y a la altura de estos, nunca por encima.

Se reiterará la importancia de recibir visitas por parte de los familiares y amigos, así como del régimen de salidas abierto de los residentes. Se fomentará igualmente la importancia del contacto telefónico lo más asiduamente posible, para que pueda sentir que su familia continúa ligada a él, y que nosotros vamos a facilitar en todo lo posible a que se siga manteniendo el contacto.

En todo momento habrá una total permisividad y comprensión con los sentimientos y los recuerdos

que puedan aflorar dado la ansiedad que produce esta nueva situación.

## PAUTAS DE ACTUACIÓN EN LA FASE DE INGRESO

### RECOGIDA DE DATOS

Tras el recibimiento del residente y su familia, procederemos a la revisión de los datos y documentación solicitados en el preingreso. Se rellenarán los documentados establecidos en protocolo de ingreso del centro, se rellenará el contrato de admisión y haremos entrega del reglamento de régimen interno del centro, y una copia del contrato para que se lo puedan leer con tranquilidad.

Evidentemente nos ofreceremos para que puedan preguntar cualquier duda que se puedan formular sobre estos documentos.

### EVALUACIÓN MÉDICO-ENFERMERÍA

Se procederá a la realización de una valoración médica y de enfermería, en la cual estará presente el familiar responsable, siempre y cuando el residente lo autorice y lo pida. La misma valoración deberá estar sujeta al Principio de Autonomía, dejando constancia de esto a través del consentimiento informado.

Se realizará una exploración física y cognitiva, procediendo a la

elaboración de una historia médica y de enfermería, registros y test, establecidos en el protocolo de ingreso del centro

## CONOCER LAS INSTALACIONES Y COMPAÑEROS

A continuación se le volverá a enseñar las instalaciones del centro, le presentaremos a algunos residentes, y a los representantes del comité de bienvenida del centro.

Así mismo, les presentaremos a algunos de los trabajadores implicados en su cuidado.

Después de las presentaciones acompañaremos al residente y su familia a la habitación asignada, en caso de ser compartida se le presentará a su compañero de habitación, se les dejará a solas en su habitación para que puedan ordenar sus objetos personales, así como se les informará que cuando acaben avisen para proceder a la despedida y acompañar al residente al lugar donde haya de ir.

## ADAPTACIÓN

### RECOMENDACIONES GENERALES EN LA ADAPTACIÓN DEL RESIDENTE

El programa de adaptación al medio residencial deberá presentar las siguientes características:

- Deber ser un trabajo en equipo. Debe comprender las actuaciones concretas para cada uno de los

trabajadores del centro; Director, T. Social, Médico, Psicólogo, gerocultoras, etc...

- Comprender el ingreso como un proceso temporalmente extenso: el proceso de adaptación del mayor nunca termina en realidad, ya que los cambios en su situación personal o el entorno se producen constantemente y le exigen una acomodación continua a los mismos.

- Incorporar actuaciones con las partes implicadas: incorporar actuaciones con el residente, su familia y con el propio centro( otros residentes, personal del centro, etc...)

- Ser flexible. No hay una adaptación general sino individual, por tanto el programa de adaptación al medio residencial, permitirá realizar intervenciones personalizadas, sensibles a los cambios y evolución de cada caso concreto.

### PAUTAS DE ACTUACIÓN EN LA ADAPTACIÓN DEL RESIDENTE

Los primeros días tras el ingreso son los más importantes para el nuevo residente.

Se ha de sentir escuchado, apoyado, acompañado y querido. Se mantendrá una conversación a diario, para conocer sus inquietudes, deseos, quejas o simplemente escucharlo.

Se le preguntará por sus aficiones, lo que le gustaría hacer y

se le informa de las actividades que se hacen en el centro, facilitándole y potenciando su participación en ellas.

Dentro de los primeros sesenta días (según Decreto 69/2005), se efectuará el plan de atención individualizado interdisciplinar, marcando objetivos y planificando actuaciones, mediante el estudio de los datos recogidos, y una reunión interdisciplinar.

Se mantendrán visitas post-ingreso con la familia, para informarles del estado general de

su familiar ingresado, por otra parte con el fin de conocer como viven ellos la situación, en esta fase la atención a la familia es muy importante, hay que saber escuchar, entender sus problemas e inquietudes, que aunque no giren alrededor del residente, seguramente revertirán en una mejor relación y una mayor atención hacia su familiar.

Se mantendrá informada a la familia de las actividades extras que se realicen: charlas, fiestas, salidas, y actividades a las que serán invitados.

# CONSIDERACIONES SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

*Carrasco Martínez, Elena*

*Yelo Yelo, Míriam*

*Gómez Martínez, Carmelo*

*Romero Gómez, Elvira*

El motivo por el que este apartado figure separado del resto se debe al hecho de que el abordaje de las desviaciones en las actividades de la vida diaria compete a varios profesionales y no solo a un par de disciplinas. Actualmente, vivimos inmersos en una lucha de disciplinas por definir su corpus académico y su competencia profesional de manera erróneamente excluyente. La persona mayor, definida en su faceta senil por numerosos cuadros patológicos, crónicos y agudos, y por situaciones sociales específicas, requiere para su abordaje profesional de la interrelación de disciplinas, es decir, la interdisciplinariedad, lo cual sobrepasa el tradicional requisito de multidisciplinariedad en el abordaje de problemas. Las actividades de la vida diaria pueden verse potenciadas o amenazadas por desviaciones más o menos patológicas en las distintas esferas y dimensiones humanas, así un cuadro de anemia puede deberse a un cuadro de desnutrición, por déficit de absorción de la Vit B12, o por una anorexia secundaria a una astenia distímica. Ambas presunciones se pueden encasillar en las esferas meramente biológica y/o cognitiva, pero su abordaje requerirá la complementariedad de

terapias y puntos de vista.

Las actividades de la vida diaria son un lienzo en el cual la persona mayor, de manera involuntaria a veces, dibuja como en un espejo las alteraciones de su homeostasis interna. El abordaje debe ser entonces multidisciplinar e interdisciplinar, por lo que las consideraciones mostradas en este apartado van dirigidas a todas las disciplinas profesionales que se encargan del cuidado de la persona mayor.

La alimentación, la higiene personal y el vestido son tareas que el ser humano realiza de forma cotidiana, y cuya no realización supone mayor o menor grado de discapacidad (pérdida de función), que se traduce en pérdida de independencia y autonomía.

Para realizarlas ponemos en marcha de forma coordinada gran número de capacidades o habilidades de los distintos sistemas en relación con el entorno.

De ahí la gran importancia asistencial, económica, social y familiar que conlleva la pérdida de autonomía para el desarrollo de estas.

## CONSIDERACIONES GENERALES:

- Trabajar bajo la perspectiva de los principios éticos fundamentales: AUTONOMÍA, BENEFICENCIA, JUSTICIA Y NO-MALEFICENCIA.
- Promocionar al máximo la autonomía funcional y personal del residente, respetando los derechos de intimidad y privacidad, informando siempre de la actividad que se va a llevar a cabo.
- Favorecer locus de control interno en los residentes, es decir, que perciban que son ellos mismos los que controlan su vida, y que sus acciones son las que la determinan, y, por tanto, los logros o méritos no dependen de otros.
- Concebir al residente desde un punto de vista holístico e individualizado.

## ALIMENTACIÓN

Que duda cabe que “comer es un placer”. El acto de comer supone un deleite para la gran mayoría de las personas, independientemente de cuál sea su cultura, siendo un medio importante de interacción social.

Es un acto de importante relevancia para la percepción del propio usuario en su calidad asistencial, siendo uno de los pocos motivos que crea puentes de socialización interpersonal.

El objetivo será el de prevenir, intervenir y/o recuperar cualquier aspecto que influya de forma negativa en la comida, reforzando la positividad implícita que conlleva dicha actividad, a la vez de asegurar un estado nutritivo óptimo para el residente.

El Decreto 69/2005 de la Comunidad de Murcia sobre centros residenciales recoge:

- Se suministrarán menús y platos variados acordes con las necesidades de los usuarios. Los menús serán programados y supervisados por personal sanitario cualificado para ello.
- Junto con el menú ordinario deberán prepararse otros de régimen para los usuarios que lo precisen según prescripción facultativa.
- Deberán de cumplir con la reglamentación técnica y sanitaria recogida en el Real decreto sobre comedores colectivos.
- Las mesas serán de tales características que permitan su uso por personas que usen silla de ruedas.

## RECOMENDACIONES

- Proporcionar un entorno adecuado, sin ruidos, con luz suficiente, buena temperatura, íntimo, decoración atractiva en su totalidad, y de uso específico para el acto de comer.

- Hacer atractiva la comida, con buena presentación y adecuada secuencia de platos.

- Romper con la monotonía, confeccionando un menú variado del que puedan ser partícipes y del que estén informados. Las fechas señaladas, como festivos y domingos serán días propicios para un plato especial.

- Respetar el tiempo necesario que el residente precise para comer.

- Organizar distintos horarios de comida con la finalidad de agrupar a los residentes en función del grado de dependencia en esta actividad, formando grupos lo más homogéneos posibles en el desarrollo de la comida. Los residentes con algún tipo de patología aguda o crónica que presenten conductas no convencionales (enfermo de Alzheimer que se saca la comida de la boca a medio masticar, o el paciente afecto de las secuelas de un ictus que experimenta la sensación de disfagia durante la comida manifestada por aparentes atragantamientos) y/o fácilmente aceptadas por terceros pueden verse afectados por la sensación de que el resto les mira o no los aceptan por las conductas involuntariamente mostradas; en estos casos y siempre que el cuadro patológico lo permita en la esfera cognitiva se les planteará la posibilidad de estudiar con ellos y sus familias la posibilidad de ubicarse en espacios adecuados y/o en horarios distintos al resto. Esto

siempre deberá realizarse sin perder de vista los dos objetivos a conseguir: por un lado, el concerniente al propio residente, intentando paliar la sensación de desplazamiento respecto al grupo provocada por este mismo grupo, y por otro lado, el concerniente al resto del grupo, ya que también debemos preocuparnos por el bienestar del resto de residentes durante el acto de comer. En cualquier caso, y tomemos la medida que tomemos debemos tener en cuenta la opinión del residente y actuar en consecuencia.

- Los menús serán supervisados por profesionales cualificados (facultativo de centro y dietista) para garantizar el aporte adecuado de nutrientes.

- Llevar a cabo los procedimientos adecuados en cuanto a ingesta de líquidos para asegurar una correcta hidratación del residente.

- Utilizar dispositivos para proteger la ropa de manchas solamente en aquellos residentes que lo precisen y nunca como norma. Siempre y cuando la utilización de esta medida sea aprobada por el residente o su familia en caso de ser incapaz de decidir por sí mismo.

- El terapeuta ocupacional será el profesional encargado, por convención en nuestro entorno, de prescribir y entrenar el uso de aquellas ayudas técnicas adecuadas a las necesidades del residente, así como de adaptar la actividad con la finalidad de mantener y/o

mejorar la autonomía del residente en la alimentación.

- Supervisar que los residentes que utilizan prótesis dentales las lleven puestas, limpias y bien adaptadas.

- Se adecuarán texturas, tanto en líquido como en sólido (espesantes, triturados, gelatinas, agua gelificada,..) para aquellos residentes que presenten problemas de masticación y/o deglución, manteniendo en la medida de lo posible el atractivo del alimento.

- Se proporcionará alimentación enteral, siempre bajo prescripción facultativa, en los casos en los que la comida tradicional no cubra las necesidades nutricionales individuales del residente debido a alteraciones del tubo digestivo, cognitivas y/o emocionales.

- Tener en cuenta un adecuado posicionamiento de residentes con movilidad reducida, que sean autónomos para la alimentación, para favorecer los procesos fisiológicos de masticación y deglución, adecuando y proporcionando la accesibilidad a todos los utensilios necesarios.

- La discriminación de colores que componen la mesa en el acto de comer (color en mantel, servilletas, jarras de agua; continente y contenido) tendrá especial relevancia en la autonomía de aquellos residentes que presenten alteraciones sensoriales, bien de tipo fisiológico asociadas a la edad o con un componente patológico. Por

ejemplo: usar vasos de color, evitando los transparentes, utilizar servilletas de color que contraste con el mantel, jarras de agua de color llamativo, intentar que el color del plato contraste con el de la comida.

- En residentes totalmente dependientes para la alimentación, habrá que tener en cuenta aspectos importantes como: información previa al residente tanto de la actividad que se va a llevar a cabo como de lo que va a comer; comprobar temperatura del alimento; posicionamiento correcto tanto del residente en silla o cama, como el del profesional; dosificar la cantidad y la velocidad de administración. Todo ello por prescripción facultativa y bajo indicaciones prescritas por parte de enfermería y terapia ocupacional.

- Considerar cuidadosa e interdisciplinariamente las medidas alternativas de alimentación (sondas nasogástricas, PEG,..), que en muchas ocasiones suponen un rechazo por parte del residente, por la invasividad de este tipo de métodos, que eliminan la esencia del acto de comer, convirtiéndolo en un hecho meramente nutricional.

- Después de comer es importante comprobar que la ropa del residente mantiene las condiciones higiénicas adecuadas, y en caso contrario se procederá a su cambio siguiendo las pautas anteriores

## HIGIENE

La higiene es un acto que pertenece a la más estricta intimidad de la persona, ostentando tres objetivos concretos: mejorar, prevenir y conservar la salud.

Adquiere una gran importancia en la esfera psicosocial de las personas, influyendo en el desarrollo del autoconcepto y del concepto que los demás tienen de nosotros mismos.

Es la actividad básica más compleja que llevamos a cabo por el número y secuencia de tareas que la componen (lavado de cara y manos, cuidado de piel, cabello y uñas, higiene bucal, uso del WC y baño,..), y por vulnerar con facilidad la autonomía y la seguridad del residente como causa de alteraciones de origen físico, cognitivo y/o emocional.

Es esencial fomentar al máximo la autonomía del residente en esta actividad como medio de mejora de la autoestima y el estado anímico.

El Decreto 69/2005 de la Comunidad Autónoma de Murcia sobre centros residenciales recoge:

- El centro residencial debe garantizar la atención individualizada a la higiene de los usuarios, que implique el aseo personal de aquellos que no lo pueden realizar por ellos mismos y el control de este.

- Las duchas, bañeras e inodoro, estarán incluidos en un cuarto de aseo sin comunicación directa con las salas, comedores o cocinas.

- La comunicación entre las estancias y cuartos de aseo debe hacerse por el interior del centro a través de un recorrido horizontal.

- Todos los servicios higiénicos dispondrán de punto de luz, toma de corriente, sistema de avisos de emergencia, espejo y banqueta. Los no colectivos, además, dispondrán de armarios para efectos personales.

- Inodoros, bidés, lavabos, duchas y cualquier otro elemento higiénico contarán con un sistema de asideros apropiados a las condiciones de los residentes. Los suelos serán antideslizantes.

## RECOMENDACIONES

- Antes de iniciar la actividad todo el material necesario debe estar preparado y al alcance, para mejorar la autonomía, seguridad y comodidad del residente.

- Se recomienda el uso de gel y champú con PH neutro, colonias y colutorio sin alcohol, crema hidratante de textura densa y toallas de tamaño adecuado y de algodón. Se proporcionarán los productos necesarios a las necesidades específicas del residente (champú anticaspa, gel especial para pieles sensibles,...). Todo el material desechable de uso higiénico (esponjas, cuchillas, medidas de

incontinencia,..) será depositado en los contenedores adecuados tras acabar la actividad.

- Serán objeto de trato preferente y especial la higiene y cuidado de boca, ojos y pies del residente.

- Nos aseguraremos de una correcta limpieza de la boca tras las comidas en aquellos residentes que sean o no autónomos.

- Se proporcionarán aquellas ayudas técnicas o adaptaciones de la actividad adecuadas a las necesidades del residente con la finalidad de mantener la autonomía de este en la higiene.

- Se tendrá especial consideración en residentes totalmente dependientes para la higiene por la extrema vulnerabilidad de sus derechos de intimidad y privacidad. Para ello, es aconsejable, mantener puertas y ventanas de baño y/o habitación cerradas, correr cortinas, mantener cubiertas zonas corporales que no se están aseando, indicar las zonas que se van a lavar, pidiendo permiso,..

- Al realizar la higiene de residentes en cama habrá que cubrir parcialmente a este siguiendo la secuencia correcta del aseo.

- Los absorbentes deben de utilizarse bajo prescripción facultativa, especificando su uso parcial o total en función de problemas de control de eliminación y tras fracasar el autocontrol y las posibilidades de educación de

esfínteres.

- Adquiere especial relevancia el respeto de la privacidad de aquellos residentes que utilicen medidas de incontinencia por los posibles efectos psicosociales que conlleva este problema (inseguridad, baja autoestima, aislamiento,..). Para ello, debemos mantener una actitud de confidencialidad y tratar con discreción y profesionalidad las situaciones en las que el residente evacue sin ser consciente.

## VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL

El objeto principal del vestido es la adaptación y protección del ser humano al medio en el que se desenvuelve, pero a lo largo de la historia se ha visto sometido a una fuerte influencia religiosa, cultural, política y social, por lo que además se ha convertido en la seña de identidad de cada individuo.

El Decreto 69/2005 de la Comunidad Autónoma de Murcia sobre centros residenciales recoge:

- La muda de ropa interior de los usuarios se efectuará siempre que sea preciso, y, en todo caso diariamente. Respecto de las otras prendas, se observará la periodicidad adecuada para el mantenimiento de las condiciones higiénico sanitarias, incluyendo toallas, manteles y demás lencería.

## RECOMENDACIONES

- Comprobar que el residente dispone de ropa y calzado acorde a la época del año, en cantidad suficiente y condiciones adecuadas, asegurándonos que su uso es el correcto.
  - Utilizar las vías adecuadas cuando el residente precise renovar ciertas prendas de su vestuario. Se tendrán en cuenta tres variables importantes, capacitación del residente, solvencia de este y existencia o no de apoyo familiar, para satisfacer esta necesidad.
  - Respetar los gustos y preferencias del residente tanto en prendas de vestir como en el uso de complementos, arreglo del cabello, maquillaje, en la medida de lo posible, siempre y cuando estas sean razonables, acordes con la temperatura ambiental, y no supongan un riesgo para el residente.
- Se recomienda no usar calcetines o medias con costuras, ni utilizar ligas o calcetines con elástico superior que opriman, para evitar efectos negativos de salud.
  - Es recomendable el uso de prendas naturales frente a tejidos sintéticos.
  - Asegurar un calzado adecuado para prevenir lesiones cutáneas y caídas.
  - En caso de que el residente precise contención mecánica se adecuará la vestimenta al tipo de medida adoptada.
  - Se proporcionarán aquellas ayudas técnicas o adaptaciones de las prendas (uso de velcro, botones grandes, broches a presión, ..) y de la actividad adecuadas a las necesidades del residente con la finalidad de mantener la autonomía de este en el vestido.



## ESFERA SANITARIA. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN RESIDENCIAS.

*Carrasco Martínez, Elena  
Gómez Martínez, Carmelo*

Entendemos que el papel de la enfermería en las residencias de personas mayores merece un capítulo aparte debido al hecho probado y constatado de que la atención sanitaria de cuidados es protagonizada en gran medida por esta disciplina, cuando hablamos de Enfermería nos estamos refiriendo tanto a las Diplomadas Universitarias en Enfermería, como a las Auxiliares de Enfermería y a las Auxiliares de Geriátrica (las cuales desempeñan sus funciones en las residencias de manera legal en función del Decreto 69/2005, de 13 de Junio, de la CARM).

Esto no quiere decir, al mismo tiempo que la atención sanitaria sea desempeñada exclusivamente por la Enfermería, sino que por tiempo de dedicación es esta la que prevalece. Los profesionales de la Medicina, Fisioterapia o Terapia Ocupacional son profesionales sanitarios de las residencias pero cuya dedicación horaria es menor.

### CUIDADOS ENFERMEROS GERONTOLÓGICOS

El incremento de la longevidad en los países más desarrollados ha dejado de ser una utopía para convertirse en una realidad. La enfermería gerontogeriatrica contribuye a los cuidados de la salud de la población

fundamentalmente para conseguir que la última etapa de la vida sea vivida de forma óptima, asegurando la satisfacción de las necesidades y el máximo nivel de independencia posible de las personas que envejecen; y cuando la muerte es ya un proceso inevitable, acompañarlos en una muerte digna.

La enfermería gerontológica se especializa en los cuidados a las personas que envejecen, con el fin de conseguir que el paso de la etapa adulta a la vejez y el discurrir de los últimos años de vida se lleve a cabo en las mejores condiciones de salud posibles, incrementando los conocimientos, las habilidades y la motivación de la persona para afrontar los cambios físicos y psicosociales que aparecen durante el proceso de envejecimiento.

La enfermería gerontológica se ocupa de la valoración de las necesidades de las personas ancianas, de la planificación y la administración de los cuidados para satisfacer sus necesidades, así como de la evaluación de la eficacia de dichos cuidados en el logro y mantenimiento de un nivel de bienestar acorde con las limitaciones impuestas por el proceso de envejecimiento.

## CONSIDERACIONES GENERALES:

- La profesión de la Enfermería, se centra en el cuidado y la promoción de la salud, entendida esta como la posibilidad de desarrollar las capacidades y las potencialidades de cada ser humano y llevar adelante su proyecto vital, incluso en situaciones de deterioro físico o psíquico.
- El cuidado es un valor que implica y requiere una exquisita sensibilidad y un especial interés para detectar, reconocer y atender las necesidades de la persona.
- Cuidar desde la relación supone incorporar conocimientos, habilidades y actitudes con los que no necesariamente nacemos. Se necesita entrenamiento y una sistemática y continua supervisión.
- El profesional de Enfermería, atendiendo a los valores internos, a las metas socialmente aceptadas de su profesión, precisa desarrollar ciertos hábitos inexcusables, que llamamos virtudes.
- Todo profesional de Enfermería debe aspirar a la excelencia de sus cuidados. Lo que supone ser fiel a los bienes internos de la profesión.

## PRÁCTICA ENFERMERA

La práctica enfermera se basa en la promoción de la independencia, en la satisfacción de las necesidades de cada persona y

en la concepción bio-psico-social de esta.

- El mantenimiento de la autonomía, la readaptación a las limitaciones propias de la edad o de las consecuencias de las enfermedades, requieren intervenciones adecuadas por parte de la enfermera gerontológica.
- La enfermera ha de saber contener situaciones donde predominan las dificultades personales, familiares o sociales que pueden conducir a la persona anciana a la claudicación vital.
- Los cuidados a los ancianos y a su entorno familiar no pueden disociarse del soporte relacional que los acompaña.
- Los cuidados globales e individualizados han de basarse en el respeto y en la libertad de la persona para tomar sus propias decisiones, lo que al fin y al cabo no es otra cosa que respetar el Principio de Autonomía del residente.
- La enfermera gerontológica tiene que conocer, integrar y desarrollar habilidades de comunicación como la escucha activa, la empatía, la coherencia, el respeto incondicional, entre otras.
- La enfermera gerontológica, desde su compromiso profesional específico, comparte con el resto de profesionales un objetivo común: mejorar el bienestar y la calidad de vida de los ancianos.

## VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

- La valoración del residente por parte de enfermería es fundamental para poder identificar déficits de autocuidado o necesidades insatisfechas de este; y así llevar a cabo la intervención adecuada para cumplir los objetivos marcados en base a esta valoración.
- La valoración del residente es multidimensional (clínica, funcional, mental y social).
- La valoración clínica permite cualificar y cuantificar patologías sintomáticas, identificar patologías desconocidas, evaluar sus efectos sobre la funcionalidad y planificar y priorizar la intervención terapéutica. Tres puntos importantes serán la anamnesis (antecedentes personales y familiares, hábitos alimenticios, farmacología, hábitos con relación a tóxicos, vacunaciones, situación basal previa, enfermedades actuales), la exploración física (revisar signos vitales, la piel, la marcha, el equilibrio, los órganos de los sentidos, los sistemas,...), y los exámenes complementarios.
- La valoración funcional tendrá como objetivo describir y cuantificar la capacidad de movilización del residente y la realización de las actividades de la vida diaria. Esta valoración se efectuará junto con el fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional del centro.
- La valoración mental y/o

cognitiva, junto con la emocional permitirá identificar y cuantificar los posibles trastornos en las áreas cognitivas y afectivas que puedan afectar, la capacidad de autosuficiencia del residente. Esta área la llevará a cabo enfermería cuando la figura del psicólogo esté ausente en el centro.

- La valoración social tendrá como objetivo identificar situaciones socio-económicas y ambientales capaces de condicionar la evolución clínica o funcional del residente. Será útil conocer su nivel cultural, estado civil, edad, composición familiar, la relación con la familia y amigos, las expectativas con respecto al futuro, aficiones,... Esta valoración se llevará a cabo junto con la trabajadora social de la residencia.

## INTERVENCIÓN EN ENFERMERÍA

- La intervención de Enfermería se lleva a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería y del estado de salud del individuo.
- La diplomada tendrá la responsabilidad de proporcionar de forma individual y de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su

competencia al residente y/o su familia, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad y sostenibilidad de la atención.

- La intervención comprende a residentes sanos y/o enfermos, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de enfermedades y accidentes, así como ayuda a una muerte digna.

- Enfermería formará parte inexorable del equipo multiprofesional de la residencia, trabajando siempre desde la interdisciplinariedad, lo que significa mayor cooperación, mayor compromiso mutuo y de interacción entre los distintos profesionales que componen el equipo. Para ello los roles de los diferentes integrantes del equipo estarán bien definidos, siendo reconocidas las competencias de cada miembro por los demás.

- Se realizará a demanda (procedimientos de inmovilización, procedimiento de sondajes, procedimiento de úlceras y otras heridas, toma de muestras sanguíneas, de orina, de herida,..) y de forma programada (control de constantes vitales, control de medicación, educación para la salud,....).

- La intervención tendrá la característica principal de tener carácter PREVENTIVO a tres

niveles:

- \* Nivel primario: control y modificación de los factores de riesgo sanitarios y sociales.

- \* Nivel secundario: intentar evitar la evolución hacia la incapacidad de las enfermedades potencialmente incapacitantes.

- \* Nivel terciario: minimizar al máximo la dependencia del residente, permitiendo grados de autosuficiencia tanto en su cuidado como en las actividades de la vida diaria.

- Enfermería formará y educará en salud a los residentes, como forma de corregir conductas y/o otros factores que influyan de forma negativa sobre la salud de estos. Para ello enfermería tendrá en cuenta el nivel socio cultural y las necesidades de los residentes, adaptando y desarrollando distintas estrategias de educación. Se llevará a cabo de forma individual y/o en grupo, a través de charlas, coloquios,..

- Enfermería educará al equipo de auxiliares de la residencia, asegurándose que las intervenciones que llevan a cabo son las adecuadas, en base a los objetivos marcados previamente.

- Enfermería será el profesional que coordine una atención compleja dirigida a los ancianos conectando con los distintos niveles asistenciales de zona (centros de salud, hospitales,..), para responder diariamente a las necesidades que plantea el residente.



## ESFERA SANITARIA. EL PAPEL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN RESIDENCIAS.

*Yelo Yelo, Míriam*

Hemos considerado incluir un capítulo del Manual dedicado exclusivamente a conocer la figura del Terapeuta Ocupacional (T.O.) y las funciones que realiza en las residencias. No es un Manual de geriatría, podrían decirnos algunos amigos tras la lectura del Manual, pero la verdad es que en nuestro contexto geográfico la figura del Terapeuta Ocupacional esta poco introducida en las residencias por lo que un abordaje deontológico del residente por parte de los terapeutas está pendiente de incluirse en las residencias. Es este un buen pretexto para estimular la introducción de esta figura en las residencias por su relación con otras disciplinas (enfermería, psicología y fisioterapia mayormente), y por el abordaje realmente especializado de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Conviene distinguirla de la figura que muchas residencias tienen en sus talleres de manualidades, que si bien es cierto que realizan una actividad fundamental como apoyo y soporte de otras esferas no es lo mismo que la Terapia Ocupacional. Nos referimos a la figura del Monitor o Técnico de Animación Social, Ocio y Cultural (denominado comúnmente por el acrónimo TASOC, en el Convenio colectivo que regula a nivel nacional la actividad laboral de las residencias

privadas). Es por este motivo que hemos decidido incluir en las consideraciones generales de este capítulo la definición de la Terapia Ocupacional y sus funciones, alejándola así de concepciones erróneas que no hacen más que confundir a todos y un leve favor al desarrollo de la disciplina.

La Terapia Ocupacional puede definirse como el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, empleando las actividades como instrumento terapéutico, persiguen el objetivo de potenciar al máximo las capacidades funcionales, desarrollar las capacidades residuales y compensar los déficit no recuperables para conseguir el mayor grado posible de independencia funcional, prevenir, restaurar y/o compensar la incapacidad y mantener la salud y el funcionamiento ocupacional.

Para ello, en la intervención de Terapia Ocupacional se debe considerar al residente como un ser único y tener en cuenta los aspectos físicos, cognitivos, psicosociales y contextuales que influyen en el desempeño de las actividades que se propongan como medio para alcanzar los objetivos de la intervención.

### CONSIDERACIONES GENERALES

La práctica profesional del Terapeuta Ocupacional se rige por los principios comunes a toda deontología profesional sanitaria: respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de la responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los usuarios, principio de autonomía y justicia, confidencialidad y veracidad de la información, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional y solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales y fidelidad entre compañeros y otros profesionales.

Actualmente existen tres documentos de referencia en el ámbito ético para los terapeutas ocupacionales:

1. El Código de Ética de T.O aprobado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) en 2001.
2. El Código de Ética de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) de 1992.
3. Las Normas de práctica para el ejercicio profesional del Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales (COTEC) de 1991.

El perfil profesional del terapeuta ocupacional consiste en su interés por el estudio del ser humano como ser ocupacional, la sensibilidad hacia las necesidades y valores de los individuos y de la comunidad, el interés por el mundo de la atención y los cuidados, las habilidades sociales en su

interacción con el individuo, la capacidad de trabajo en equipo y la inquietud por la formación continuada, las nuevas tecnologías y la investigación.

## EVALUACIÓN Y VALORACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

- En el proceso de valoración de terapia ocupacional es primordial conocer la historia ocupacional del residente, evaluar las necesidades ocupacionales, los problemas y las preocupaciones de éste a través de propio residente o la familia, dependiendo de la capacidad de comunicación del residente. Toda esta información debe tenerse en cuenta durante todo el proceso de intervención y ser la guía para el diseño de actividades en las que los residentes se involucren.
- Debemos tener en cuenta los aspectos físicos, cognitivos, psicosociales y contextuales de la persona, para poder conocer qué factor o factores determinan los problemas o riesgo en el desempeño ocupacional.
- Es necesario el uso de instrumentos específicos para medir habilidades de desempeño (motoras, de procesamiento, de comunicación e interacción) y patrones de desempeño.
- A la hora de valorar el desempeño de las actividades de la vida diaria, será conveniente realizarlo en contexto real para determinar las limitaciones del residente y las barreras del entorno que pueden

influir en el desempeño de las AVD. Al mismo tiempo que aseguramos la veracidad de la información que nos puede dar la familia, el residente o el equipo de auxiliares, ya que éstos pueden tener un punto de vista menos objetivo, subestimar las capacidades de la persona o no conocer los distintos grados de ayuda que puede necesitar el residente para llevar a cabo una determinada actividad.

- Hay que tener en cuenta que las actividades que se van a valorar forman parte de la más estricta intimidad de todo ser humano y merecen ser tratadas con el máximo respeto, manteniendo en todo momento la máxima intimidad del residente. Para ello tenemos que informar de lo que vamos a valorar y explicarles el fin de dicha valoración, siempre debemos pedir permiso para entrar en su habitación o baño o para tocarle, y es conveniente usar sábanas o toallas para tapar la zona genital y, en el caso de las señoras, zona mamaria; haremos hincapié en la promoción de su autonomía personal, respetando sus costumbres y gustos siempre y cuando éstos no supongan un riesgo o daño para el residente.

- El Terapeuta Ocupacional debe ser un buen observador e intentar verificar la información que nos da el residente sin que éste sea consciente de que se le está valorando, desde el punto de vista profesional (no hay que confundir esta indicación con falta de respeto al Principio de Autonomía, pues

una cosa es lo que la persona hace, otra la que dice hacer, y otra la que pensamos que hace) ya que, en muchas ocasiones podemos detectar cambios del desempeño o de las capacidades que, por diversos motivos, se han ocultado en la valoración del desempeño de una actividad determinada. Igualmente, nunca debemos poner en duda la información que nos da el residente en cuanto a sus capacidades y respetaremos su decisión en el caso de no querer recibir asistencia por parte del Terapeuta Ocupacional.

- Aunque las residencias de personas mayores suelen tener instalaciones adaptadas a las necesidades de los residentes, en muchas ocasiones debido a la antigüedad del centro o a la falta de un buen asesoramiento, encontraremos barreras arquitectónicas y detectaremos la necesidad de adaptaciones del entorno para mejorar la calidad de vida del residente. En estos casos la labor del Terapeuta Ocupacional será informar a la Dirección del centro de la necesidad de modificación para que éste tome las medidas oportunas. Este punto siempre debe desempeñarse de manera realista, centrándonos en la consecución EFICAZ de los objetivos, es decir, conseguir el mayor número de objetivos planteados en circunstancias reales, sin caer en apreciaciones utópicas y a veces hasta demagógicas.

INTERVENCIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL

- Como profesional sanitario, el Terapeuta Ocupacional debe actualizar sus conocimientos y estar al día de los nuevos equipos y materiales para poder ofrecer la mejor calidad asistencial.

- La lectura diaria del libro de incidencias debe ser un instrumento formal para conocer los incidentes acaecidos en horario fuera de trabajo y , así, estar al día de los cambios de situación de los residentes.

- La creatividad debe ser un punto fuerte del Terapeuta Ocupacional, pues será una herramienta utilísima a la hora de proponer y llevar a cabo actividades, adaptar objetos o crear ayudas técnicas de fabricación casera.

- Tras la valoración y planteamiento de objetivos conjuntos, el Terapeuta Ocupacional debe planificar las sesiones teniendo en cuenta la situación del residente, los horarios, preferencias y necesidades del mismo. También se planificará la periodicidad, duración, materiales necesarios y lugar donde se llevarán a cabo las sesiones

- El Terapeuta Ocupacional debe explicar sus funciones e informar de los posibles riesgos y resultados potenciales de la intervención, sin crear falsas expectativas en los residentes y en los familiares.

- El T.O usará la ocupación como agente, entidad o medio terapéutico, con el fin de preservar, promover, mantener, restablecer y mejorar la salud o aliviar una situación penosa

que afecta al bienestar del individuo. Para ello, las actividades deben ser significativas para la persona e implicar las capacidades perseguidas (ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD), teniendo en cuenta todos los aspectos de la persona que influyen en la actuación (físico, cognitivo, psicosocial y contextual).

- El entrenamiento de las AVD se realizará, siempre que sea posible, en contexto real. Este será un punto a favor en la intervención de T.O en residencias.

- Todas las actividades llevadas a cabo, así como las intervenciones del Terapeuta Ocupacional deben ser registradas a diario. De esta forma podremos contabilizar objetivamente la participación de los residentes a los distintos talleres, el número de sesiones, la necesidad de modificación de la intervención o suspensión de ésta, la evolución y el seguimiento del residente.

- El Terapeuta Ocupacional debe informar y formar al equipo de auxiliares o gerocultoras para que realicen de forma adecuada los cuidados en las AVD Básicas y conozcan el grado de ayuda que necesita cada residente para la realización de estas actividades. Para esto, lo más idóneo es explicar y mostrar en contexto real la forma idónea de hacer los cuidados e indicar por escrito y mediante protocolos de actuación las pautas a seguir. Se hará mucho hincapié en la promoción de la autonomía en las AVD y la autonomía personal de cada residente.

- Tendremos siempre presente que las personas mayores no son niños y, por tanto, no han de ser tratados como tal. Esta consideración se tendrá en cuenta no sólo en el trato con el residente, sino en el diseño de actividades y el uso de materiales.

- Para fomentar la toma de decisiones (autonomía personal) en los residentes capacitados conviene proporcionar a los residentes un horario de actividades para que decidan por sí mismos en cuales participar y en cuales no, ya que las actividades no siempre son del gusto de todos.

- La relación de respeto y

colaboración entre los diferentes profesionales del equipo multidisciplinar nos permitirá trabajar sobre un objetivo común: mejorar la calidad de vida del residente.

- Por último, debemos informar a los familiares acerca de nuestra profesión, del propósito de nuestra intervención, de la situación de su familiar y de las expectativas de nuestra intervención, haciéndoles entender la utilidad de las ocupaciones como medio y como fin para la mejora de la calidad de vida, adecuando el vocabulario para asegurarnos de que comprendan la información.



## ESFERA SANITARIA. EL PAPEL DE LA FISIOTERAPIA EN RESIDENCIAS

*Torrano Candel, Antonio José*

No podemos hablar de esfera sanitaria sin tratar la dimensión rehabilitadora que esta tiene. Los protagonistas en esta dimensión son todos pero mayormente las directrices a seguir las pautan las Fisioterapeutas y los Terapeutas Ocupacionales. Es importante una buena conjugación de ambas disciplinas intentando en todo momento no perder de vista el verdadero objetivo de nuestra atención, la persona mayor que vive en la residencia.

Hemos visto interesante, que al igual que ya hicimos con la Terapia Ocupacional, el Diplomado en Fisioterapia defina claramente en que consiste su función y cuales son los conflictos éticos que de una manera u otra puede afrontar, si no prevenir en su día a día profesional.

Definimos la Fisioterapia como el arte y la ciencia del tratamiento físico; es decir el conjunto de métodos, actuaciones y técnicas, que mediante la aplicación de medios físicos curan, previenen las enfermedades y promueven la salud, recuperan, rehabilitan y readaptan a las personas afectas de disfunciones somáticas o a las que desean mantener un nivel adecuado de salud.

Con este capítulo del Manual de Buena Práctica dedicado a la

Fisioterapia en residencias de ancianos el objetivo principal es hacernos pensar o meditar sobre lo que hacemos diariamente, como lo hacemos e intentar mediante esta reflexión recuperar hábitos, actitudes y comportamientos muchas veces olvidados, excusándonos con un “ siempre se ha hecho así”.

### CONSIDERACIONES GENERALES

- La fisioterapia, se rige por principios tales como el respeto a la persona, protección de los derechos humanos, sentido de la responsabilidad, honestidad, sinceridad para con los usuarios, prudencia en la aplicación de instrumentos y técnicas, competencia profesional y solidez de la fundamentación objetiva y científica de sus intervenciones profesionales.

- La fisioterapia en el campo del a geriatría la podríamos considerar como una *profesión de ayuda* que conlleva exigencias técnicas, pero además un compromiso ético superior al de otros campos de esta, ya que trabaja con la vulnerabilidad y la fragilidad del ser humano y nos obliga a aumentar nuestras obligaciones morales.

- El fisioterapeuta, no realizará por

si mismo, ni contribuirá a prácticas que atenten contra la libertad e integridad física y psíquica de los residentes, pero no debemos conformarnos con no ser negligentes, tenemos la obligación moral de ser diligentes y tender a la excelencia.

- El fisioterapeuta respetará el derecho de los pacientes a la intimidad y mantendrá el secreto de toda la información que reciba por su actividad profesional y sólo la podrá utilizar con finalidad docente o estadística.

- A la hora de dar información al residente, sobre su estado, intervención y posible curación- mejora evitar el charlatanismo, las explicaciones o posibles soluciones sin base científica, tratamientos simulados y curaciones imposibles, en definitiva no crear falsas expectativas que después seamos incapaces de satisfacer profesionalmente. Esta información no se le debe negar incluso cuando requiera de un esfuerzo añadido por estar frente a una persona con problemas de audición o que procese la información de forma más lenta. Si esta información se le da a la familia del residente, aún teniendo este todas sus facultades cognitivas y mentales, no se le debe excluir del acto de la comunicación.

- El acto fisioterápico, siempre quedará registrado, teniendo el derecho y el deber de redactarlo a diario, para intentar ser lo más objetivos posibles y redactar datos

que pudieran olvidarse si se redactara a posteriori.

- El acto fisioterápico, deberá ser consensuado con el residente, siempre y cuando sea posible, (en caso de demencia se comunicará y consensuará con la familia, preferiblemente mediante entrevista personal, y se seguirá informando al residente en función del estado cognitivo) para conseguir una personalización de este y aumentar así el grado de adhesión y de compromiso con la intervención. En caso de no querer recibir tratamiento respetaremos su decisión, quedando constancia del ofrecimiento de la misma y de la negación a recibirla de alguna manera (verbal con testigos, o escrita con o sin testigos). El fin es respetar su principio de autonomía y promover y respetar sus decisiones y opiniones.

- La intervención desde el campo de la Fisioterapia, deberá ir encaminada principalmente a la prevención de alteraciones físicas en el residente, en caso de estar instauradas, la actuación principal sería la rehabilitación de las capacidades físicas perdidas y en caso de ser incurables nos centraríamos en el cuidado, actividad que atañe a todo aquel profesional que tenga delante una persona que sufre y siempre sin olvidar que con las personas mayores, la competencia profesional no basta, necesitan siempre algo más que una atención técnicamente correcta. Necesitan humanidad y una atención cordial y nuestro buen hacer requiere proporcionársela.

- El fisioterapeuta ha de seguir un proceso de formación continua, para conseguir una mejor formación, tanto en el conocimiento de técnicas nuevas como de mejora de otras ya conocidas, teniendo en cuenta que debería ser una formación que no trate únicamente hechos, sino que recoja también valores (respeto a la autonomía de la persona mayor, derecho a una asistencia sin discriminaciones, etc.) y capacite al profesional para el manejo de posibles conflictos éticos.

- A la hora de intervenir con el residente haremos las intervenciones necesarias para preservar la intimidad del paciente, debemos ante todo valorar que nos están permitiendo acceder a su intimidad, y no es que hayan renunciado a ella, sino que confían en nosotros y espera que seamos sensibles y la respetemos, por tanto actuaremos de la siguiente forma:

1. Proteger de la vista de los demás con biombo el espacio de tratamiento (camilla, silla, bañera, etc.).

2. Desvestir sólo lo necesario, lo que sea imprescindible y en su caso aconsejar sobre la prenda más idónea para recibir el tratamiento y evitar descubrir partes innecesarias (para tratar una rodilla, en una mujer aconsejaremos que venga vestida con una falda o un pantalón ancho que evite el tener que quitárselo; en el caso de un hombre le podremos aconsejar el uso de pantalón corto o de chándal para lo mismo).

3. En el caso de tratamiento de miembro superior en mujeres, en el que sea necesario desvestir toda la zona, cubrir con una sabana los senos. En caso de tratamiento de miembros inferiores tanto en hombres como mujeres en el que sea necesario desvestir toda la zona cubrir con una sabanilla la zona genital.

4. Mantener la habitación con una temperatura adecuada (entre unos 20-25 grados en invierno y en torno a unos 20 grados en meses más cálidos) y buena iluminación, eso no exime del uso de cortinas en las ventanas, que eviten miradas indiscretas desde el exterior.

5. Informar al residente de la intervención que le vamos a hacer, para que en ningún momento presente inseguridad, incluso si es posible, intentar explicarle que va a sentir, sin pasar por alto que antes de entrar en contacto con la piel del residente debemos calentar nuestras manos, para que la sensación sea lo más agradable posible.

6. Evitar el uso de guantes de látex o similares para tratar al residente, reservándolos exclusivamente cuando vayamos a aplicar algún tipo de pomada antiinflamatoria, analgésica, etc. para evitar que nuestra piel la absorba y cuando las medidas higiénico-sanitarias por alguna patología, así lo indique.

7. Procurar la máxima comodidad mediante el uso de almohadas, sabanillas, sábanas, etc.

8. Aplicación de la regla del “no dolor”.

9. Conocimiento de toda la información sanitaria del residente (médica, enfermería, terapia

ocupacional ), mediante la lectura diaria tanto de libros de incidencias de enfermería como del libro de incidencias de auxiliares, al igual que en su caso la lectura de la evolución médica del residente).



## ESFERA PSICOLÓGICA. ABORDAJE PROFESIONAL EN RESIDENCIAS.

*Andreu Olmos, Susi*

*Esteban Nicolás, Antonia*

Resulta frecuente en los últimos años escuchar en reuniones de especialistas, o leer en trabajos relacionados con el envejecimiento, continuas referencias a "los problemas psicológicos de los ancianos", o a la necesidad de que un psicólogo "trate éste u otro problema" presuntamente definido como psicológico.

Se observa dos grandes grupos diferenciados en la asistencia comportamental en los centros residenciales, lo que se llama psicología "clínica", aguda o crónica inherente a algún tipo de patología y la "ambiental", como reacción al nuevo entorno vital o convivencial. Un primer acercamiento para definir a los sujetos susceptibles de esta intervención, nos lleva a considerar que los ancianos, si bien están sujetos a los mismos trastornos que otros grupos de edad, se enfrentan además a otro tipo de problemas específicos y comunes a ellos. Dichos problemas están en relación con las múltiples pérdidas que acontecen en este periodo de la vida: pérdidas de contactos sociales y familiares, pérdida de trabajo, pérdidas económicas ocasionadas por la jubilación, deterioro psicológico y físico, decremento en el status cultural y social y, en general, una autovaloración disminuida (Pettersson et al, 1982).

Así pues, podemos considerar a los ancianos como un grupo de población de "alto riesgo" psicológico y sanitario. Estas características que son comunes a todos los ancianos se han conceptualizado desde distintos modelos:

**Modelo Social.-** Este modelo atribuye las diferencias entre personas ancianas y jóvenes, en alguna medida, a los diferentes roles o papeles adscritos a estos grupos por nuestra sociedad. A este respecto podemos recordar el tratamiento de "respeto y competencia" que se proporcionaba a las personas mayores en sociedades primitivas, muy distinto del que prevalece ahora en nuestra sociedad actual.

**Modelo Médico.-** Este modelo considera los trastornos de salud de los ancianos como desviaciones del funcionamiento normal debido a enfermedades. Factores desencadenantes de enfermedades tales como: la falta de ejercicio, el "stress", hábito de fumar o dieta inadecuada son considerados, entre otros, como importantes, solamente porque proceden de un funcionamiento orgánico deficitario.

**Modelo Conductual.-** Este modelo trata de identificar, definir y medir la conducta con la mayor

especificidad posible y relacionar su ocurrencia no ocurrencia con sucesos ambientales observables. Esta perspectiva orientada hacia el problema en concreto más que a la edad específica ha demostrado ser aplicable a problemas asociados a los ancianos -habilidades de la vida diaria, actividades sociales, habilidades sociales y ejecución intelectual- (Patterson y Jackson, 1980).

Actualmente la gerontología ha considerado tanto los aspectos sociales como los relativos a la salud para elaborar programas de asistencia a ancianos.

El objetivo principal de la intervención psicológica se va a centrar en enseñar al anciano a funcionar independientemente dentro de la institución, al tiempo que a mantener su rol social fuera de la misma, lo que a su vez le capacitará para vivir una vida más plena y rica y a experimentar un aumento de la autoestima y bienestar. Un error común en el abordaje de los problemas de adaptación es el considerar únicamente la institución como factor desencadenante y como herramienta terapéutica; no podemos ni debemos olvidar a la persona mayor que a pesar de vivir en una residencia, por los motivos que sea, tiene un rol en la sociedad que debemos mantener y/o facilitar.

El logro de este objetivo se orientará por los siguientes supuestos teóricos (González Sánchez, 1983):

1) La idea de que los ancianos pueden aprender (neuroplasticidad), reaprender y mantener ciertas habilidades y recursos que les hagan más autónomos, eficaces y competentes en el ambiente donde viven.

2) La consideración de los cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales asociados al proceso de envejecimiento, tales como déficit sensoriales, de memoria, enlentecimiento del procesamiento de la información, disminución de la atención, etc.

3) La consideración de la variabilidad individual dentro de la población de ancianos en relación con tales cambios.

4) Las técnicas y procedimientos utilizados con ancianos son los derivados de los descubrimientos experimentales en psicología, principalmente de la psicología del aprendizaje.

## METODOLOGÍA

La metodología que empleará el psicólogo en sus tratamientos es la propia del enfoque científico, es decir:

a) Evaluación del problema. Esto es, en primer lugar tratará de definir operativamente y medir fiablemente la conducta. Se utilizarán las técnicas de evaluación psicológica pertinentes (entrevista, observación, auto-registros, cuestionarios, registros fisiológicos, etc.) (Fdez. Ballesteros y González Sánchez, 1983).

b) Intervención. En esta fase se intentará, en base a los resultados de la Evaluación, el aprendizaje y aplicación por parte del sujeto de una serie de recursos y técnicas que le permitirán hacer frente a sus problemas y mejorar su funcionamiento conductual (González Sánchez, 1983).

c) Seguimiento. Esta operación consiste en la evaluación empírica de la eficacia de las modificaciones propuestas.

En nuestra intervención psicológica el anciano no es considerado como una persona que llega al despacho del psicólogo a "curarse" de un trastorno mental, sino que va a aprender una serie de habilidades que le va a permitir enfrentarse a sus problemas.

Así pues, en base a los modelos social, médico y conductual, y a los supuestos teóricos enunciados por González Sánchez, basamos la intervención psicológica en dos tipos de intervención:

*1-Intervención individual*

*2-Intervención con la familia*

## INTERVENCIÓN INDIVIDUAL (CON EL PROPIO RESIDENTE)

Es en esta intervención donde se realiza el trabajo con el propio residente, donde nuestro principal objetivo es siempre su mejor integración en la propia residencia, el mantenimiento del rol social previo al ingreso y/o la adquisición de uno nuevo adaptado a las

circunstancias. Para ello se tratarán los problemas que presente el residente y se le enseñarán las habilidades necesarias para su óptima integración.

## INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA

Desde dos ámbitos:

*Intervención individual:* centrada en la adaptación de las familias a la vida y funcionamiento del centro residencial. Se trabaja en las cuatro fases de intervención:

*Preingreso:* El contexto en el que se va a integrar, cambios de comportamiento, interacción social, intimidad, seguridad, por cambio de entorno vital.

La primera intervención sería en el proceso de acogida a la familia que pide información, acompañando, tranquilizando, e informando de dudas e inquietudes, acogida. Intervención sobre la familia.

*Ingreso:* Acogido al residente y a la familia.

Periodo de intervención psicológica en el transcurso del ingreso del residente, que será evaluado integralmente con el resto de profesionales.

Acompañamiento al residente en la fase de ingreso, adaptación, resolver dudas, miedos etc.

Acompañamiento a la familia, trabajar sobre sentimientos de culpa

y abandono, tranquilizar y dar toda la información que demanden en ese momento. Manejo de sentimientos y proceso de pérdida.

*Valoración:* El proceso de evaluación se desarrollará en el periodo de adaptación, sin prisa adaptándonos a su ritmo, no al ritmo normal de evaluación.

Respetar las pausas del residente las interferencias que hace para contarte sobre otros temas que no corresponden a la evaluación pero que es este momento es más importante que él o ella se exprese, cuente, te haga partícipe de su angustia o preocupación.

Es fundamental tener en cuenta que al residente siempre hay que decirle la verdad sobre su ingreso siempre que no se tenga otra información que lo contradiga.

*Atención e intervención:* Como recurso dentro de esta intervención se propone un servicio de Información, asesoramiento y apoyo a la adaptación de la familia a través de terapia individual realizada por Psicólogo.

Intervención grupal: centrada en la implicación y participación de las familias en el funcionamiento de la residencia. Para llevar a cabo esta intervención se proponen dos proyectos:

1- Formación e información a las familias mediante charlas informativas, programadas.

## 2- Grupos de autoayuda (Respiro Familiar)

Dentro del concepto global de salud, el componente psicológico es de especial importancia y relevancia en el objeto de atención del recurso social residencial.

### INTERVENCIÓN EN FASES TERMINALES DEL RESIDENTE:

En la fase de empeoramiento de la salud la intervención psicológica es fundamental, por este motivo hay un cambio en toda la realidad del residente que hay que abordar.

*Fase de Hospitalización:* Seguimiento y apoyo moral, junto con el seguimiento del proceso.

Fase de estado de salud grave: terminal o enfermo paliativo: intervención directa en la familia de apoyo comprensión y sostén psicológico para preparación a la despedida.

*Muerte del residente:* Intervención directa sobre la familia, acompañar en la despedida, y proceso de duelo. Limpiar y desahogar culpas para una elaboración natural del duelo evitando que se enquiste o se convierta en un duelo patológico.

Reacciones ante la muerte:

*Fases del proceso de duelo:* Conocer y estar preparado para abordar y enfrentarse a las fases de duelo: negación, Enfado, Depresión y

angustia, miedo al dolor, aceptación.

Es fundamental saber que cuando trabajamos con personas que están próximas al final de la vida tenemos que prepararnos y familiarizarnos con la muerte y enfermos terminales. Dentro del equipo asistencial es fundamental el papel del psicólogo/a con una madurez y capacidad para ayudar a las personas a cubrir estas necesidades de atención en los momentos más difíciles.

También es necesario preparar al personal de la residencia, auxiliares sobre todo para saber cuidar la forma de comunicarse con un moribundo y con su familia.

Otro peligro que puede surgir es que dado que la muerte es algo normal en las residencias y que la muerte de una persona mayor supone para algunos un shock menor que una persona más joven el personal se vuelva indiferente ante ella. La indiferencia es también otra de las formas con las que las personas tratan de hacer frente a sus temores acerca de la muerte. Tratar la situación con indiferencia no tiene nada que ver con estar relajado y ser franco cuando uno reconoce que la muerte es algo muy importante para el que tiene que morir.

Otra intervención fundamental del psicólogo en residencias es ser capaz de hablar y escuchar a los residentes moribundos que deseen hacerlo,

por lo que exige valor, tiempo y capacidad para escuchar y atender.

Es normal tener miedo a la pregunta de si va a morir o que va a ser de él, para esto el especialista tiene que estar preparado y ayudar a facilitar todos los sentimientos y eventualidades que surjan y apoyo.

## P R O G R A M A D E INTERVENCIÓN GRUPAL CON FAMILIAS

Se centra en la implicación y participación de la familia en la vida del centro. Reducción de la desconfianza de la familia hacia la residencia promovida en gran medida por el gran sentimiento de culpabilidad.

Esto se lleva a cabo a través de los proyectos de formación e información a las familias a través de charlas informativas sobre el conocimiento de la enfermedad de su familia, síntomas y evolución; necesidades y posibilidades de sus mayores, capacidades y habilidades posibles de mantener y potenciar; importancia de su presencia para ellos, conocimiento de la asistencia geriátrica; creación de grupos de auto ayuda (respiro familiar), con otras familias que se enfrentan a problemáticas similares con el fin de que compartan opiniones, manifiesten experiencias, preocupaciones.

Todo esto será moderado y encauzado por el psicólogo/a.



## ESFERA SOCIOCULTURAL EN RESIDENCIAS.

*Martínez Lajarín, Yolanda*

Como apoyo al capítulo en que definíamos la función del Terapeuta Ocupacional en las residencias de personas mayores, el presente pretende pincelar la filosofía que debería impregnar, a nuestro parecer, el desempeño de esta labor.

Si bien el capítulo es menos extenso que los anteriores esto no es significado de poco abordaje, o desinterés por parte de los autores ya que la idea es describir en que principios se basa para que esta intervención no caiga en los tópicos establecidos en su desempeño caracterizados por actitudes paternalistas e infantilización de la persona mayor.

La figura del monitor o técnico de animación social, ocio y cultural (TASOC) es imprescindible por varios motivos:

1. Para llenar el espacio de tiempo libre (que a veces es mucho) del residente en el día a día de la vida en una residencia.
2. Para encauzar tensiones y preocupaciones proporcionando un espacio de relax, al tiempo que estimulante.

Podemos definir la animación sociocultural como conjunto de prácticas y de acciones destinadas a generar procesos de participación,

para alcanzar la más independencia y aumentar la calidad de vida.

El fin de la animación trata de conseguir que las personas, mayores o no, participen en las actividades porque quieren, solo por el simple hecho de participar y no por obligación o por alguna motivación extrínseca.

La animación es un proyecto de intervención o conjunto de actividades para motivar, animar y estimular a un grupo de personas para que sean ellos, y no el animador, los que comiencen sus propios desarrollos socioculturales.

Esta área, además tiene unas características especiales, que son las siguientes:

- Asistir libremente a las actividades.
- Participación de una persona o grupo de personas.
- Las actividades no deberán excluir a nadie.
- Serán actividades de intercambio de ideas, experiencias,...

### PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

- GERONTOGIMNASIA: el objetivo fundamental es mantener

la habilidad, movilidad y coordinación. Esta actividad debe estar siempre diseñada y supervisada por el profesional correspondiente (Fisioterapeuta y/o Terapeuta Ocupacional). Es una actividad delegada.

- **TALLER DE MEMORIA:** en este se van a trabajar todas las áreas que tengan que ver con las capacidades mentales superiores y la memoria (a corto y largo plazo). Esta actividad debe estar siempre diseñada y supervisada por el profesional correspondiente (Psicóloga). Es una actividad delegada.

Se van a trabajar las siguientes áreas: afasias, agnosias, apraxias, percepción, capacidad de abstracción, cálculo, esquema corporal, improvisación, concentración, etc.

- **JUEGOS LÚDICOS:** el objetivo fundamental en esta actividad es fomentar las relaciones interpersonales, desarrollando el autoprestigio, estimulando una competencia sana sin agresividad.

- **VIAJES Y EXCURSIONES:** el objetivo primordial es romper con la monotonía de la residencia, que conozcan lugares de interés, costumbres, gastronomía, etc.

- **CONVIVENCIAS:** el objetivo fundamental es establecer lazos de comunicación entre los mayores, llevando a cabo un intercambio de experiencias y de relaciones.

- **TALLER DE MANUALIDADES:**

las actividades que se llevan a cabo son: artesanía, pintura, dibujo, actividades de decoración. Estas actividades favorecen y desarrollan la creatividad y la habilidad, ayudando a mantener la movilidad manual y la coordinación.

- **FIESTAS Y CELEBRACIONES:** el objetivo fundamental es que nuestros abuelos se diviertan y disfruten, intentando e implicando a sus familiares en este tipo de eventos.

- **LECTURA DE LA PRENSA DIARIA:** ofrecer a los residentes la oportunidad de estar informados de las noticias que acontecen diariamente, haciendo partícipes a estos de nuestra sociedad actual.

- **TALLER DE COCINA:** Realización de platos y recetas culinarias, a gusto de los residentes, haciendo partícipes a hombres y mujeres.

- **TALLER DE HORTICULTURA:** En este taller los mayores activarán sus reminiscencias continuando con una labor que han estado realizando durante toda su vida. Es interesante recordar que la inmensa mayoría de población mayor de 65 años de la Comunidad Autónoma de Murcia, ha desarrollado su trabajo en el sector agrícola o ganadero, teniendo menor prevalencia el sector industrial y servicios.



## REA ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA RESIDENCIA

*Villanueva Gutiérrez, Tino*

*García Belzunce, Agustín*

*Gómez Martínez, Carmelo*

Si el desarrollo profesional de los servicios que ofrece una residencia es importante, igual de fundamental es que el entorno en que estos se desarrollan lo sea.

La Residencia como recurso debe transmitir en cada momento los principios éticos y filosóficos que vertebran su sentido.

La organización general de una Residencia debe facilitar a los profesionales que estos consigan los objetivos propuestos en sus intervenciones con los residentes; al mismo tiempo, los mayores deben ser acogidos en el centro de manera que este fomente la autonomía e independencia, y con esto la autoestima.

Servicios como el de limpieza, lavandería y cocina, llevan aparejados una responsabilidad intransferible a otros servicios. Las mayores quejas que se escuchan en una residencia tienen que ver con la pérdida de ropa de los residentes y con los menús ofrecidos, entre otras de menor prevalencia.

A continuación vamos a intentar explicar como funcionan estos servicios en nuestro contexto más próximo, para que se consigan los objetivos propuestos.

### LIMPIEZA

Una casa limpia es una casa que transmite transparencia y orden; con ello se transmite la sensación de que todo es esmeradamente planeado y controlado. Una residencia que no transmita esto difícilmente podrá conseguir que los mayores y sus familias se crean lo que se está haciendo dentro de manera profesional. Al mismo tiempo es la única forma de controlar ciertos procesos mórbidos que iatrogénicamente pueden acompañar a ciertos procesos patológicos.

El objetivo del servicio de limpieza es eliminar la suciedad y descontaminar suelos y superficies; es asimismo el primer paso para el control y prevención de infecciones.

Los suelos y las superficies en general, se limpiarán como mínimo una vez al día, y cuantas veces más sea necesario.

En el primer momento, se recogerán basuras y residuos, transportándolos en carros cerrados, los cuales también se limpiarán a diario.

Los baños de uso común se limpiarán un mínimo de tres veces al día, y cuantas veces más se

precise.

La limpieza de las habitaciones deberá realizarse, en la medida de lo posible, con las habitaciones desalojadas (por el uso de agentes tóxicos, por el movimiento de suciedad, para evitar accidentes domésticos, entre otros). El residente podrá participar en estas tareas siempre y cuando su estado físico lo permita, cuando no suponga un potencial peligro de intoxicación o agravamiento de patologías previas, y cuando exprese claramente la voluntariedad de la actividad.

Los dormitorios se limpiarán prioritariamente durante las mañanas, respetando un orden en la secuencia de limpieza. A continuación proponemos un ejemplo de secuencia de limpieza:

- Desconectar aires acondicionados o calefacción, y colchones antiescaras.
- Retirar restos de comida, menaje, etc
- Limpiar papeleras y ceniceros, y la ropa sucia, siempre en contenedores cerrados y separados la ropa según sea lencería o ropa de uso personal.
- Dejar ventilar el tiempo necesario.
- Hacer camas, respetando siempre la posible intención del residente de hacerse su cama. Igualmente, se debe facilitar al residente la posibilidad de utilizar la ropa de

cama que trae de casa, siempre y cuando esté en condiciones de uso. Esta opción se puede ofrecer a dos niveles, a saber, a nivel individual tal cual la hemos explicado, y a nivel grupal, facilitando la participación de los residentes en la elección de la ropa de cama cuando esta se vaya a cambiar, ya sea en el cambio de estación o por adquisición de nuevas.

- Limpiar el polvo, utilizando algún producto antiestático.
- Barrer el suelo.
- Fregar primero el dormitorio.
- Limpiar sanitarios del baño.
- Limpiar espejos.
- Limpiar el techo del baño con mopa limpia , y las lámparas.
- Fregar suelo del baño.
- Reponer lencería, papel higiénico, jabón y crema hidratante.
- Dejar persianas entornadas y cortinas corridas. Aplicar ambientador.

Durante todo el proceso de limpieza, dejar el carro a la entrada de la habitación, ya que es una forma de indicar que en ese momento se están realizando tareas específicas dentro de la habitación, y que como consecuencia no es muy seguro que entre por potenciales caídas, tropiezos, etc.

Se deberán pautar claramente las limpiezas no diarias, por ejemplo:

- Alicatados y mamparas:  
Días alternos.
- Luces del dormitorio (semanal)
- Puertas y ventanas (semanal)

Asegurarse siempre de que se usan paños y bayetas de colores diferenciados entre dormitorios, aseo en general y sanitarios. Asimismo se establecerá un protocolo de uso de productos de limpieza según la superficie de que se trate.

Es conveniente pautar una limpieza mensual exhaustiva de cada habitación, que incluya camas, colchones, armarios, mesillas, paredes, etc

## LAVANDERÍA

Un concepto básico para la buena organización de la lavandería de un centro residencial sería el marcado de ropa; por el método que consideremos más cómodo, eficaz y duradero; no es conveniente marcar directamente sobre la ropa con un rotulador, siempre es preferible pegar etiquetas con la identificación del residente.

Cuidaremos asimismo de que la ropa que el usuario compre tras su ingreso, o su familia aporte, vaya también correctamente marcada. La etiqueta debe ir colocada en un lugar no fácilmente visible por terceros para evitar la sensación de “número de serie”.

El proceso de lavado de ropa podría comprender las siguientes fases:

- 1) Recogida y clasificación
- 2) Lavado propiamente dicho.
- 3) Secado.
- 4) Planchado.
- 5) Arreglos.
- 6) Reparto.

### *Recogida y clasificación:*

Existirán días prefijados de cambio de la ropa de cama por habitaciones o por planta, aunque evidentemente cuando esté sucia habrá que cambiarla.

La recogida de ropa se efectuará en contenedores cerrados y separando la ropa de cama y lencería, de la ropa de uso personal; si hubiese ropa especialmente sucia, con restos de heces, sangre o vómito, se pondrá aparte para tratarla adecuadamente antes de introducirla en la lavadora.

### *Lavado:*

Es conveniente funcionar con programas prefijados de lavado que administran la cantidad correcta de detergentes, lejía, quitamanchas y suavizante sin que intervenga la mano del personal. Es conveniente vigilar las dosificaciones de los productos y la elección de los mismos para evitar lesiones erosivas en la piel de los residentes como consecuencia de la abrasión de los tóxicos.

Aparte de las lavadoras industriales que correspondan, es conveniente disponer también de una lavadora de tamaño doméstico para momentos en que se necesite un lavado rápido de una pequeña cantidad de ropa.

#### *Planchado:*

Para el planchado de sábanas y toallas resulta imprescindible disponer de una calandra, mientras que para el resto de la ropa dispondremos de un centro de planchado; a la vez que la ropa se plancha, quedará clasificada para su reparto en casilleros individuales.

#### *Pequeños arreglos:*

Es necesario disponer de un servicio de pequeños arreglos de ropa, como colocación de botones, reparación de descosidos, entre otros, labor que puede efectuar el mismo personal de lavandería proporcionándoles los medios y el tiempo necesario.

#### *Reparto:*

El reparto de ropa será diario en lo que respecta a la ropa interior, mientras que la ropa de color se repartirá al menos tres veces por semana, procurando hacerlo en horario que no resulte molesto para los residentes, para lo cual, si los guardarropas de los dormitorios llevan llave, deberemos concretar con el residente el horario en que será depositada la ropa en su armario.

## MANUTENCIÓN

La organización del trabajo en cocina se hará en función de conseguir las mejores condiciones de seguridad alimentaria, higiene y calidad en el producto final logrado. Por ello, esta organización deberá hacerse según el documento que recoge todos los parámetros a valorar en el funcionamiento de la cocina: El plan de autocontrol.

Se trata de un conjunto sistematizado de protocolos de trabajo entre los que se encuentran los siguientes:

- Plan de formación continua del personal de cocina y comedor en relación con el carnet de manipulador de alimentos.
- Registro de entradas y salidas de productos.
- Recogida de muestras de alimentos.
- Registro de temperaturas de cámaras frigoríficas y congeladores.
- Control de riesgos biológicos ( salmonella, legionella, E. Coli )
- Trazabilidad de los alimentos y diagramas de flujo.
- Registro de incidencias en general.
- Medidas correctoras de las incidencias no deseadas.
- Fichas técnicas de productos químicos.
- Listado de proveedores generales

con su registro sanitario correspondiente.

Todo ello no sería más que el establecimiento de los procesos adecuados para conseguir un nivel de calidad adecuado a las expectativas, aunque no siempre los niveles de calidad y satisfacción van parejos; no tenemos que olvidar que el acto de comer es el más importante y esperado para nuestros residentes, y que en ocasiones puede existir una tendencia a utilizar la comida como vehículo de exposición de todo tipo de quejas no relacionadas directamente con ésta.

Para conseguir además de calidad, satisfacción, deberíamos tener en cuenta una serie de pautas a seguir:

- Fomentar la participación de los residentes en la elaboración de menús, sin perjuicio de las directrices médicas y nutricionales.
- Flexibilizar en la medida de lo posible los horarios de las comidas, especialmente de los desayunos para evitar las esperas de los más madrugadores si el desayuno tuviese un horario rígido.
- Permitir en algunos casos que el anciano pueda tener en su habitación alimentos, con las debidas precauciones.
- Disponer de algún tipo de alternativa en los menús para cuando la comida no sea del gusto de algún residente; no es necesario

que tengamos dos o más menús diarios, únicamente tener sopas, ensaladas, fiambres, etc para casos concretos.

## ALOJAMIENTO

Una parte fundamental para conseguir la adecuada adaptación del residente a su nuevo entorno es el que su habitación reúna las condiciones para que él pueda considerarla suya, sea individual o compartida. En lo que respecta a este tema, señalar que se trata de uno de los más problemáticos, por lo que se aconseja que la residencia disponga de un cierto porcentaje de habitaciones individuales; un diez por ciento al menos es lo recomendable, especialmente para aquellas personas con más dificultades de adaptación a la habitación compartida.

Otras pautas a tener en cuenta serían las siguientes:

- Absoluto respeto a la Privacidad, Dignidad y Autonomía de los usuarios.
- Diseño específico tanto del dormitorio como del aseo para las patologías propias de los ancianos.
- En términos generales, recordar que la habitación del usuario es su reducto mas privado, por lo cual respetaremos ese espacio al máximo, llamando siempre antes de entrar, esperando su permiso para hacerlo, y dejando el máximo de autonomía compatible con las normas del centro.

- Posibilidad del anciano autónomo de mantener cerradas las puertas de su habitación y de su armario.

- Posibilidad de que el residente pueda decorar la habitación con objetos personales.

- Disponibilidad de todas aquellas medidas de seguridad que indiquen las normativas y además , aquellas que se consideren necesarias

( timbres de llamada, luces de sueño, etc )

- Por supuesto, la limpieza y el mantenimiento diario que la habitación necesite.

- En el supuesto de habitaciones compartidas, hay que estudiar la posibilidad de utilizar las medidas oportunas para favorecer la intimidad del residente.

# **B**IBLIOGRAFÍA

## INTRODUCCIÓN

Prat, F. “Bioética en Residencias de Personas Mayores”. Sal Terrae. Mailaño (Cantabria). 2008.

Marín, JA, Martín, E. “Manual de Buenas Practicas para Residencias de Ancianos”. Diputación Foral De Álava. 1996.

Varios. “Manual de buena práctica. Residencias de personas mayores”. Diputación Foral de Bizkaia. 2007.

## EL TRABAJO EN EQUIPO. ABORDAJE MULTI E INTERDISCIPLINAR

Rodríguez, P. “Residencias y otros alojamientos para personas mayores”. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid. 2007.

Oliver, N., “Plan de Atención Individual” (<http://www.geriatri-k.com>. consultado 27 de Agosto 2009).

Varios. “Recomendaciones para la elaboración de planes de mejora continua en residencias asistidas para mayores”. Generalitat de Catalunya, Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales. ([www.inforesidencias.com](http://www.inforesidencias.com), consultado el 27 de Agosto de 2009)

Varios. “Gestión Plan de Intervención.” “Equipo Interdisciplinar”. ([www.Infogerontologia.com](http://www.Infogerontologia.com). Consultado 20 de Octubre 2009)

## ESFERA SOCIAL. PREINGRESO, INGRESO Y ADAPTACIÓN EN RESIDENCIAS

García, J., “Bioética y Personas Mayores”. 2003

Marín, JA, Martín, E. “Manual de Buenas Practicas para Residencias de Ancianos”. Diputación Foral De Álava. 1996.

Prat, F. “Bioética En Residencias”. Sal Terrae. Mailaño (Cantabria). 2008.

Grupo De Trabajo De La Sociedad Española De Geriatria y Gerontología. “100 Recomendaciones Básicas Para Fomentar La Calidad En Residencias De Personas Mayores”. Sociedad Española De Geriatria Y Gerontología. Madrid. 2004

## CONSIDERACIONES SOBRE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Bermejo ,L., “Necesidades Básicas de la persona mayor Dependiente”, Atención sociosanitaria para personas mayores dependientes. Aplicaciones para el trabajo en equipo interdisciplinar, Consulting Dovall, Madrid, 1999.

Cobo ,J.C., “Asistencia al anciano”, Geriatria y Gerontología. Atención Integral al anciano, Formación continuada Logoss, S.L., Torredonjimeno, 2000.

Hogstel, M., “Pautas de nutrición y guías para la promoción de la salud”, Enfermería Geriátrica. Cuidado de personas ancianas, Montytexto, S.L., Cambridge, 1998.

Kindersley, D., “Comida y bebidas sanas”, “Cuidado personal”, Manual de Cuidados (Care´s Handbook), Grijalbo-Mondadori, SA, Londres, 1997.

Salgado, A., Guillén, F. “Higiene. Régimen de vida. Sueño e insomnio. Alimentación y nutrición. Inmovilidad”, Manual de Geriatria, Ediciones Científicas y Técnicas, SA, Barcelona, 1992.

## ESFERA SANITARIA. EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN RESIDENCIAS.

Aranda Otero, A. “La Bética del Cuidado”. Ronda. 2009

Brochero, A. E. “Rol de Enfermería en la Atención Primaria de la salud de los ancianos”. [www.hospitalitaliano.org](http://www.hospitalitaliano.org), consultado el 12 de diciembre de 2009

Hogstel, O. “Visión General de la Enfermería Gerontológica” en “Enfermería Geriátrica. Cuidado de personas ancianas”. Montytexto, S.L. Cambridge. 1998

Kane, R. “Geriatria Clínica”. 4ª ed. McGrawHill. México. 2001.

Ostiguín Meléndez y Velásquez Hernández. “Teoría General del Déficit de Autocuidado”. Manual Moderno. México. 2001

Rodríguez, P. “Residencias y otros alojamientos para personas mayores”. Editorial Médica Panamericana, S.A. Madrid. 2007.

## ESFERA SANITARIA. EL PAPEL DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN RESIDENCIAS.

A.O.T.A. Occupational Therapy code of ethics. 2000. (www.terapiaocupacional.com consultada el 15 de Noviembre de 2009).

Durante, P; Tarres, P. "Terapia Ocupacional en Geriatría: principios y práctica". Masson. Barcelona. 2004.

Pérez, G. "Cómo intervenir en personas mayores" .Dykinson. Madrid. 2006

The American Journal of Occupational Therapy. 2005. "Marco de trabajo de práctica de la Terapia Ocupacional: ámbito de competencia y proceso." (www.terapiaocupacional.com consultada el 21 de Diciembre de 2009).

Varios. C.O.P.T.O.A. Código profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón. Código deontológico de la profesión de Terapeuta Ocupacional. (En <http://www.terapiaocupacional.com> , consultado en 21 de Diciembre de 2009).

Varios. COTEC(1996), Code of ethics and standard of practice. (www.cotec-europe.org consultado el 21 de Diciembre de 2009).

Varios. "Código de Ética de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT)". (www.wfot.org consultada el 10 de Enero de 2010).

## ESFERA SANITARIA. EL PAPEL DE LA FISIOTERAPIA EN RESIDENCIAS

Código deontológico del fisioterapeuta. Ilustre Colegio de fisioterapeutas de la Región de Murcia. Murcia. 2006

Collado, S., Vázquez, M.A., Collado, F.J. "Secreto profesional del fisioterapeuta. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud". Universidad Alfonso X el Sabio. Biociencias, vol.1. 2003.

Ilustre colegio oficial de fisioterapeutas de la Comunidad Valenciana. Código de ética y deontología en fisioterapia. Valencia. 2000.

Moya, A. 2006. "Trabajar con personas mayores: reflexiones desde la bioética", en Lecciones de gerontología, V Madrid. Portal mayores, informes portal **m a y o r e s** , **n °** **5 5** . (www.inersomayores.csic.es/documentos/documentos/moya-relexiones-01.pdf Consultado el 4 de enero de 2010).

## ESFERA PSICOLÓGICA. ABORDAJE PROFESIONAL EN RESIDENCIAS.

Del Barrio. V; "Evaluación psicológica aplicada a diferentes contextos". UNED. Madrid. 2004

Fernández, R. "Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada". Ed. Pirámide (Grupo Anaya, S.A.). Madrid. 2009

Vallejo, M. "Manual de Terapia de conducta. Vol. II". DyKinson, S.L.. Madrid. 1998.

"Programas de intervención en residencias de ancianos". ([www.papelesdelpsicologo.esm](http://www.papelesdelpsicologo.esm) consultada 22 Noviembre 2009).

## AREA ORGANIZACIÓN GENERAL DE LA RESIDENCIA.

Marín, JA, Martín, E. "Manual de Buenas Practicas para Residencias de Ancianos". Diputación Foral De Álava. 1996.

Pinto, JA. ( coordinador ) y otros. "Buenas prácticas higiénicas en residencias de personas mayores. Guía para el personal de atención directa". Servicio de educación sanitaria y promoción de la salud. Consejería de Sanidad y Consumo comunidad de Madrid. 2002.

Varios. "Manual de buena práctica. Residencias de personas mayores". Diputación Foral de Bizkaia. 2007.

# **A**NEXOS

## ANEXO A MODELO DE PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

Fecha de realización del PAI:

### 1. DATOS PERSONALES DEL RESIDENTE

- Nombre:
- Fecha de nacimiento:
- Fecha de ingreso:

### 2. PROFESIONALES QUE INTERVIENEN

- Médico-Enfermera
- Fisioterapeuta
- Terapeuta ocupacional/TASOC
- Trabajador Social
- Psicólogo

### 3. IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE NECESIDADES

Los profesionales identificarán y consensuarán la problemática principal del residente.

IDENTIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE NECESIDADES
PROBLEMÁTICA PRINCIPAL DEL RESIDENTE

### 4. PROPUESTA DE OBJETIVOS, ACTUACIONES Y ACTIVIDADES

A continuación cada profesional que interviene en la elaboración y puesta en marcha del Plan de atención Individualizada , se marcará unos objetivos y elaborará una propuesta de actuaciones y actividades en base a la previa identificación y valoración de necesidades del residente.

#### 4.1 MÉDICO/ENFERMERÍA

OBJETIVOS PLANTEADOS

PROPUESTA DE ACTUACIONES Y/O ACTIVIDADES
ACTUACIONES Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA CONSECUCIÓN DE LOS OBJETIVOS MARCADOS

## 4.2 FISIOTERAPIA

OBJETIVOS PLANTEADOS

PROPUESTA DE ACTUACIONES Y/O ACTIVIDADES
ACTUACIONES Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS MARCADOS

### 4.3 FISIOTERAPIA OCUPACIONAL / TASOC

OBJETIVOS PLANTEADOS

PROPUESTA DE ACTUACIONES Y/O ACTIVIDADES
ACTUACIONES Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS MARCADOS

#### 4.4 TRABAJADOR SOCIAL

OBJETIVOS PLANTEADOS

PROPUESTA DE ACTUACIONES Y/O ACTIVIDADES
ACTUACIONES Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS MARCADOS

## 4.5 PSICÓLOGO

OBJETIVOS PLANTEADOS

PROPUESTA DE ACTUACIONES Y/O ACTIVIDADES
ACTUACIONES Y ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS MARCADOS

## 5. SEGUIMIENTO DEL PAI

Los profesionales aplicarán las actuaciones y/o actividades consensuadas en el plan individualizado, realizando un seguimiento de las actividades propuestas con el fin de alcanzar los objetivos y comprobar el grado de consecución de los mismos.

## 6. OBSERVACIONES

## 7. APROBACIÓN DEL PAI

Firma de los profesionales que intervienen:

Fdo.: Médico/Enfermería      Fdo.: Fisioterapeuta      Fdo.: Terapeuta  
Ocupacional/TASOC

Fdo.: Psicólogo      Fdo.: Trabajador Social

## 8. EVALUACIÓN DEL PAI

La evaluación general del PAI se realizara semestralmente , aunque si hay cambios de diversa consideración se podrá plantear la evaluación meses antes.

Fecha de revisión del PAI:

## ANEXO B. REVISIÓN DEL PAI

Fecha de realización del PAI:

EVALUACIÓN DE OBJETIVOS
OBJETIVOS CUMPLIDOS
OBJETIVOS NO CUMPLIDOS

PROPUESTA DE NUEVAS ACTUACIONES

Fecha de próxima revisión: