

GUÍA

PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA A PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

ATENCIÓN EN SERVICIOS RESIDENCIALES Y DE ATENCIÓN DIURNA

DEPARTAMENTO DE POLÍTICAS SOCIALES



**PLAN DE ATENCIÓN
INDIVIDUALIZADA
A PERSONAS MAYORES
EN SITUACIÓN DE
DEPENDENCIA**

Edita: Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García

Imprime: Gráficas Castuera

Diseño: Zas Comunicación

D.L.: NA 735-2014

**ATENCIÓN EN
SERVICIOS RESIDENCIALES
Y DE ATENCIÓN DIURNA**

PRESENTACIÓN

Esta Guía obedece a un compromiso del Departamento de Políticas Sociales con la ciudadanía y los profesionales del sistema de Servicios Sociales.

La Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales recoge como uno de sus principios rectores la *atención personalizada e integral que permita conocer y dar respuesta a las necesidades individuales*. Así mismo, establece como un derecho de las personas destinatarias de los servicios sociales, el *disponer de un plan de atención individual personal y/o familiar acorde con la valoración de su situación*.

En desarrollo de estos mandatos, el Plan de Calidad (2010-2013) de los Servicios Sociales de Navarra diseña, en su segunda línea estratégica, un modelo de atención orientado a la persona usuaria y prevé, entre otras actuaciones, mejorar las competencias profesionales en la atención personalizada, por lo que este Departamento adquiere el compromiso de elaborar una guía de ayuda para la realización del Plan de Atención Individualizada (PAI).

El PAI es el instrumento básico que recoge las informaciones, valoraciones y propuestas de intervención que permitan a la persona conservar el máximo control sobre su vida cotidiana, a la vez que recibe toda la atención que precisa. Aspira a armonizar, por un lado, la atención integral y los apoyos profesionales que las personas dependientes necesitan y, por otro, el desarrollo de sus propios proyectos de vida. En definitiva, se trata de tener en cuenta la biografía de la persona atendida, sus necesidades y sus preferencias para que el servicio, lejos de interferir, continúe, complete y mejore ese proyecto.

Este documento es una propuesta técnica que se ofrece a los centros residenciales como una estrategia de intervención para conseguirlo.

La Guía ha sido elaborada por diversos técnicos del Departamento y ha contado con la colaboración de personas relevantes que trabajan en distintas organizaciones de la Comunidad Foral, lo que no hace sino añadirle valor.

Gracias al diálogo, al consenso y buen hacer de los diversos profesionales se ha logrado una herramienta que, estoy seguro, servirá como modelo de actuación a todos los centros y servicios destinados a las personas mayores de esta Comunidad. Y, lo que es más importante, mejorará la vida de éstas al dotarles de un mayor protagonismo en la definición de su plan de atención.

Finalmente, esta publicación ha sido posible gracias a la colaboración de la Fundación Tomás y Lydia Recari García que en los últimos años nos ha prestado un decidido apoyo en la difusión de la cultura de la calidad. Es esta una oportunidad para agradecer este respaldo que visibiliza la cooperación entre la Administración Pública y las entidades privadas en actividades de interés general de la que las Fundaciones, y ésta en concreto, son un claro ejemplo.



Iñigo Alli Martínez
Consejero de Políticas Sociales

La Fundación Tomás y Lydia Recari García inició su andadura el 13 de noviembre de 2002, siendo su primera Presidenta doña Lydia Recari García.

Sus fundadores establecieron como fin fundacional el “servir al interés general mediante el desarrollo de actividades sociales, educativas y culturales, en especial con las personas atendidas en residencias y lugares gerontológicos y con personas mayores”.

Por esta razón, la Fundación contribuyó decisivamente a la puesta en marcha de la Residencia “Tomás, Lydia y Javiera Recari”, de Cáseda, inaugurada en el año 2003, con una capacidad total de 40 plazas.

Desde el año 2008 mantiene un Acuerdo de Colaboración con el Departamento de Políticas Sociales, mediante el cual se ha convocado en sucesivas ediciones el Premio a la Calidad de los Servicios Sociales de Navarra.

Premio que viene a reconocer las distintas entidades que, prestando los servicios sociales en Navarra, han implementado Buenas Prácticas en la atención de las personas usuarias, con el fin de mejorar su calidad de vida y la calidad en el empleo de sus trabajadores.

Colabora igualmente en la organización de una jornada anual de difusión de aquellas prácticas premiadas.

La Fundación Tomás y Lydia Recari amplía, como una extensión más de su fin fundacional, su colaboración a la publicación de documentos orientados a ser guías de buenas prácticas en la atención a personas mayores.

No es casual que, el primer documento elegido para su publicación, sea una guía sobre el Plan de Atención Individual, columna vertebral de la atención en centros residenciales.

Es motivo de satisfacción para la Fundación Tomás y Lydia Recari ayudar a difundir el conocimiento mediante esta guía y mediante la colaboración con el Gobierno de Navarra a través de su Departamento de Políticas Sociales.



Miguel Echarri Iribarren
*Vicepresidente de la Fundación Tomás
y Lydia Recari García*

AUTORES

EQUIPO REDACTOR

Departamento de Políticas Sociales

Pedro Grávalos Falces
Director del Servicio de Planificación, Calidad e Inspección

M^a Jesús Erice Aristu
Jefa de la Sección de Calidad y Protectorado de Fundaciones del Servicio de Planificación, Calidad e Inspección

Pilar Ferrero Peso
Psicóloga de la Sección de Calidad y Protectorado de Fundaciones del Servicio de Planificación, Calidad e Inspección

Raquel Juanicorena Izcue
Técnica de la Sección de Calidad y Protectorado de Fundaciones del Servicio de Planificación, Calidad e Inspección

Idoia Pardo Pardo
Técnica de la Sección de Calidad y Protectorado de Fundaciones del Servicio de Planificación, Calidad e Inspección

PROFESIONALES QUE HAN COLABORADO EN LA REVISIÓN DE ESTE DOCUMENTO

Departamento de Políticas Sociales

Gemma Botín Cociña
Directora Gerente de la Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas

Blanca Pérez de San Román Echavarría
Jefa del Negociado de Coordinación de Planes Generales del Servicio de Planificación, Calidad e Inspección

Maite Escostegui Goñi
Directora de la Residencia Santo Domingo de Estella

Miguel Javier Zugasti Moriones
Jefe de la Sección de Valoración de la Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas

Alberto Sola Mateos
Médico de la Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas

Maider Izco Sanz
Jefa de la Sección de Inspección del Servicio de Planificación, Calidad e Inspección

Carmelo Ayerra Gurpegui
Inspector de la Sección de Inspección del Servicio de Planificación, Calidad e Inspección

Eduarne Gil Burguete
Inspectora de la Sección de Inspección del Servicio de Planificación, Calidad e Inspección

Nieves Iriarte Iriarte
Jefa del Negociado de Producción y Difusión de Documentos de Servicios Sociales del Servicio de Planificación, Calidad e Inspección

Blanca Irurozqui Eguaras
Auxiliar Administrativa del Servicio de Planificación, Calidad e Inspección

Universidad Pública de Navarra

Camino Oslé Guerendain
Profesora titular del Departamento de Trabajo Social

Entidades Sociales









Jesús Cía Garza
Director de la Casa Misericordia de Pamplona







Clínica Universidad de Navarra

Joaquín Baleztena Gurrea
Médico y Director responsable del Centro Residencial CUN

Ainhoa Elizalde Munárriz
Trabajadora Social del Centro Residencial CUN

ÍNDICE

	INTRODUCCIÓN	12
	1. JUSTIFICACIÓN	15
	2. MARCO LEGAL	19
	3. LOS CENTROS DE MAYORES “UN LUGAR PARA VIVIR”	23
	4. IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL	27
	5. EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR	31
	6. EL PROFESIONAL DE REFERENCIA	35
	7. LA ORGANIZACIÓN AL SERVICIO DE LAS PERSONAS	39
	8. IMPORTANCIA DE LA FAMILIA	43
	9. PRINCIPIOS RECTORES APLICADOS A LAS INTERVENCIONES	47

	10. PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA	53
	10.1. OBJETIVOS	55
	10.2. CARACTERÍSTICAS	56
	10.3. FASES	57
	10.4. EL PAI COMO PROCESO	58
	11. LA VALORACIÓN INTEGRAL	61
	11.1. ÁREAS DE VALORACIÓN Y ACTUACIÓN	63
	11.1.1. Valoración Social	65
	11.1.2. Valoración Física	68
	11.1.3. Valoración Funcional	72
	11.1.4. Valoración Mental	75
	12. EL DISEÑO DEL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA	83
	13. LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA DESDE EL MODELO CENTRADO EN LA PERSONA	87
	BIBLIOGRAFÍA	95
	ANEXO I	99

INTRODUCCIÓN

Mediante esta guía queremos hacer llegar a los profesionales de los centros residenciales y de atención diaria, algunas pautas orientativas para la elaboración de los planes de atención individualizada de las personas mayores dependientes que son atendidas en el sistema de Servicios Sociales de la Comunidad Foral de Navarra.

Este trabajo es fruto de la reflexión y deliberación de diferentes agentes y quiere ofrecer una herramienta para la implementación de acciones de mejora que persigan la personalización en la atención de las personas mayores dependientes y que éstas sean el centro de la misma.

En las conclusiones del estudio-diagnóstico realizado de forma previa a la confección del I Plan de Calidad de los Servicios Sociales de Navarra se evidenciaba la variabilidad existente en el cumplimiento de criterios de calidad en el área de servicios de atención residencial y atención diaria. No obstante, una de las recomendaciones de mayor calado para estos centros era mejorar el sistema de valoración integral de las personas atendidas, como base fundamental para la elaboración de los planes de atención individual. Asimismo, se señalaba como aspecto a mejorar la sistematización de estos planes y que respondieran a necesidades reales a la hora de pautar cuidados e intervenciones.

El Departamento de Políticas Sociales, mediante la publicación de este documento, quiere contribuir a reforzar la necesidad de elaborar de forma sistemática planes de atención personalizados basados en la valoración integral de las personas mayores dependientes, donde se tengan presentes sus biografías y preferencias. En el proceso de elaboración del plan de atención individualizado, el equipo interdisciplinar responsable del mismo tiene que contemplar la participación de las personas usuarias de los servicios y en su caso de sus familiares más cercanos.

Los principios orientativos de profesionalización y competencia que tienen que estar presentes en los servicios que se ofrecen a nuestros mayores dependientes tanto desde el sector público como desde el privado, se concretan en la garantía de establecer como criterio de calidad ineludible planes de atención individualizados, centrados en la persona y realizados por equipos interprofesionales. La sistematización de estos programas personalizados, de protocolos para su elaboración y de recursos humanos y técnicos suficientes, posibilitará la prestación de servicios de mayor calidad.

Esta guía ofrece pautas orientativas para la elaboración de los planes de atención individualizada de las personas mayores dependientes



JUSTIFICACIÓN



El envejecimiento demográfico es una realidad social que supone el aumento de la proporción de personas de 65 y más años, respecto del conjunto de la población. En España, esta cifra alcanza cuotas superiores al 17% y se prevé, que para mediados del siglo una de cada tres personas superará ese umbral.

En Navarra, según los datos del padrón municipal del año 2013, el porcentaje de mayores de sesenta y cinco años es de un 18,14% y el de la población mayor de ochenta años de un 6,01%.

El envejecimiento de la población es fruto de dos procesos distintos y relativamente independientes: el descenso de la natalidad, disminuyendo la población joven, y el aumento de la longevidad y de la esperanza de vida.

Está claro que cuando se envejece, las tasas de morbilidad y discapacidad aumentan considerablemente. Si la edad de aparición de enfermedades y el inicio de la discapacidad se retrasan, se vivirá mejor y con mejor salud.

En la actualidad, para algunas personas mayores, una parte del tiempo ganado se vive con mala salud. Hemos cambiado mortalidad por morbilidad, que suele ir asociada a enfermedades crónicas y degenerativas. Pero además, la mala salud también provoca discapacidad que a veces deriva en dependencia y que conlleva cuidados de larga duración.

Por ello, personas mayores en situación de dependencia solicitan una plaza en un servicio residencial o de atención diurna para satisfacer alguna de sus necesidades. Desde el Departamento de Políticas Sociales se deriva a

estas personas bien a centros propios, bien a centros concertados con la Administración, con la obligación de asegurar una atención de calidad.

El concepto de calidad ha ido evolucionando a lo largo de los años, como consecuencia del reconocimiento de la universalidad en el acceso a los servicios sociales y la consideración como derecho subjetivo de la atención en los mismos.

Las personas mayores experimentan una atención de calidad y apoyo cuando están informadas y participan en las decisiones que afectan a su vida. También cuando pueden contribuir a la planificación y evaluación de los servicios que reciben.

Lo que hoy se entiende por una atención de calidad, poco tiene que ver con lo que se consideraba anteriormente. El concepto de “atención” va cambiando a medida que evoluciona el concepto que la sociedad tiene de las personas mayores dependientes.

En consecuencia, esta Guía no pretende implantarse como un modelo o formato concreto, sino establecer un marco de reflexión con el fin de lograr los objetivos propuestos. El establecimiento de estas recomendaciones permitirá homogeneizar los servicios que se proporcionen a la persona usuaria en los diferentes centros que atienden a personas mayores dependientes de la Comunidad Foral de Navarra. Se pretende establecer unos procesos básicos, con unos contenidos tanto de valoración como de objetivos y actividades que pueden trabajar todos los centros.

La guía se constituye como un marco de reflexión para establecer unos procesos básicos que se puedan trabajar en todos los centros de mayores

MARCO LEGAL



La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia, crea el derecho de carácter universal y subjetivo a los servicios sociales para las personas en esa situación, y supone un punto de inflexión en las políticas sociales desarrolladas hasta el momento. Introduce el concepto de Programa Individual de Atención, donde la persona solicitante o, en su caso, su familia o entidad tutelar que la represente, pueda elegir entre las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades, de entre los servicios y prestaciones previstas para su nivel de dependencia.

En desarrollo de la Ley, el Acuerdo sobre Criterios Comunes de Acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de 27 de noviembre de 2008, establece que entre la documentación que deben aportar los centros, estará la referida al usuario, que implanta los objetivos, el plan de trabajo interdisciplinar e intervenciones, así como la evaluación de los resultados en cuanto a la mejora de su calidad de vida.

En el ámbito de nuestra Comunidad, la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, establece en su artículo 2, que las actuaciones de los poderes públicos en materia de servicios sociales tendrán, entre otros, como objetivo esencial atender las necesidades derivadas de la dependencia y de la carencia de recursos básicos, así como promover la autonomía personal, familiar y de los grupos.

Entre los principios rectores del sistema de los servicios sociales, tal y como queda reflejado en el artículo 5, está el de disponer de una atención personalizada e integral que dé respuesta a las necesidades detectadas y el de promocionar la autonomía personal, otorgando a las personas la capacidad necesaria para tomar sus decisiones personales acerca de cómo vivir y elegir según sus preferencias.

Por último, el artículo 8 de la citada Ley, no deja ninguna duda al señalar, como uno de los derechos fundamentales de los destinatarios de los servicios residenciales, el de recibir una atención personalizada de acuerdo con sus necesidades específicas, que comprenda una atención social, sanitaria, farmacéutica, educacional, cultural y en general, de todas las necesidades personales para conseguir un desarrollo adecuado.

En cumplimiento de la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales, y tras la aprobación del Decreto Foral de la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General 69/2008, de 17 de junio, donde se concreta el derecho de las personas a las prestaciones del sistema público de atención social, y del Plan Estratégico de los Servicios Sociales de Navarra, el Gobierno de Navarra elaboró el I Plan de Calidad de los Servicios Sociales (2010-2013).

Este Plan tiene como fin principal garantizar la mejora de la calidad asistencial de todas las personas susceptibles de ser atendidas por los servicios sociales a través de un modelo de atención centrado en las personas.

Con el fin de evaluar los niveles de calidad en los servicios residenciales y de atención diurna para las personas en situación de dependencia, entre los que se incluyen las personas mayores, se diseñaron 52 criterios de calidad para evaluar tanto aspectos de atención como organizativos y de gestión. Los resultados obtenidos de la evaluación señalaron entre los puntos débiles, respecto a la atención a la persona y a la familia, las dificultades en la valoración integral, la elaboración sistemática del Plan de Atención Individualizada por parte del equipo interdisciplinar, la reevaluación periódica del mismo y el seguimiento que realiza el equipo interdisciplinar.

La Ley de Servicios Sociales de Navarra reconoce el derecho a una atención personalizada e integral acorde a las necesidades específicas detectadas

Los responsables de este Departamento consideran como uno de los aspectos a mejorar el sistema de valoración integral de las personas usuarias, al ser la base fundamental para elaborar los Planes de Atención Individualizada. No olvidemos que el fin de éstos es responder a necesidades reales de las personas usuarias a la hora de pautar sus cuidados e intervenciones, al mismo tiempo que permitir conocer los posibles riesgos de las personas usuarias, siempre teniendo en cuenta las preferencias de las personas a las que van dirigidos y a sus familias.

Las políticas de actuación relativas a este aspecto establecen en la actuación 2.2.3 del I Plan de Calidad, la necesidad de elaborar una guía de ayuda para la realización de los planes de atención individualizada, documento que pretende ser de ayuda a los distintos servicios residenciales y de atención diurna de la Comunidad de Navarra.

Para concluir nos gustaría señalar que desde hace varios años, se está trabajando con el enfoque de planificar los apoyos individualmente para cada persona en situación de dependencia, teniendo en cuenta sus necesidades y deseos, y en ese trabajo es necesaria la participación de todas las personas implicadas: personas mayores en situación de dependencia, familias y profesionales.

LOS CENTROS DE MAYORES

“UN LUGAR PARA VIVIR”



Antes de centrarnos en el plan de atención individual, a partir de ahora denominado PAI, queremos reafirmar la idea de que los distintos servicios para personas mayores tienen que ser espacios donde además de prestarse cuidados, apoyo social y ayuda para las actividades de la vida diaria a las personas mayores dependientes, sean fundamentalmente un lugar para vivir, donde sean respetados sus derechos individuales, se potencien sus capacidades y habilidades y donde la vida diaria del servicio se base en la integración, la participación y la política de puertas abiertas.

Por eso, el camino a recorrer por los centros tiene que ir encaminado a alcanzar un modo de vida parecido al del hogar que la persona ha dejado atrás y a conseguir que el abordaje terapéutico se lleve a cabo a través de la realización de actividades cotidianas y significativas para cada persona.

Los servicios para personas mayores se orientarán hacia una atención personalizada, siempre desde los derechos y deseos de la persona, sin olvidar

en esa elección la asunción de ciertos riesgos, otorgando a las familias o relaciones significativas un papel importante y convirtiéndose en vivienda para toda la vida. Un sitio donde puedan permanecer, si así lo desean, hasta el final de sus días.

Así mismo la concepción de la residencia como vivienda de la persona usuaria, exige de los servicios que ésta se sienta cómoda, confortable, o lo que es lo mismo, como en su propia casa. En los centros de día también se debería asegurar la calidez y el confort de los ambientes.

Los centros tienen que facilitar que la persona disponga de objetos, pequeños muebles, etc. de su entorno familiar, que los horarios y actividades satisfagan sus preferencias, procurando en la medida de lo posible no interferir en su intimidad y privacidad.

Las condiciones ambientales de los centros de personas mayores deben facilitar la calidez y la comodidad necesarias para conseguir la integración y el bienestar



IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN INTEGRAL

Las personas mayores dependientes merecen ser tratadas con consideración y respeto y siempre desde el reconocimiento de sus derechos y de su dignidad. El enfoque que creemos más adecuado es el de una atención integral, que tenga en cuenta el bienestar físico y emocional, respete y apoye preferencias y decisiones en relación con la vida cotidiana y trabaje la autonomía e independencia de las personas mayores por medio de entornos físicos y sociales facilitadores.

El trato digno debe buscar el mayor beneficio terapéutico. La dignidad humana como propiedad intrínseca de cada persona implica el derecho que tiene cada ser humano, de ser respetado y valorado como ser individual y social, con sus características y condiciones particulares, por el solo hecho de ser persona. Esta dignidad no se pierde cuando la persona enferma, envejece, se hace dependiente o vulnerable. Será necesario también proteger y garantizar la intimidad, así como estimular su inclusión social.

Independientemente de la obligación que nos marca la normativa de realizar una valoración de las necesidades de la persona usuaria y de la realización de un Plan de Atención Individualizado posterior, hoy nadie concibe un buen sistema de cuidados sin una evaluación integral que abarque todas las dimensiones de la persona y además tenga en cuenta la promoción de la autonomía y la continuidad en los cuidados.

Para llevar a cabo una correcta atención integral en los servicios residenciales o de atención diurna se precisa de un equipo que tenga un encuentro interprofesional, un equipo que comparta y participe de la misma filosofía y principios éticos.

La valoración integral y la elaboración de planes de atención constituyen la base de la atención de personas en situación de dependencia y la atención personalizada integral debe ser el principio en el que se apoye la actuación de los servicios para las personas mayores dependientes.

Pilar Rodríguez¹ define la atención integral desde el modelo de atención centrado en la persona del siguiente modo:

“La atención integral centrada en la persona es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”.

Esta autora también explicita los principios (relacionados con las personas, su dignidad y sus derechos) y criterios (relacionados con la calidad de los servicios y programas) que fundamentan este modelo.



¹ Rodríguez Rodríguez, P. (2010) “La atención integral centrada en la persona. Principios y criterios que fundamentan un modelo de intervención en discapacidad, envejecimiento y dependencia”. Madrid, informes portal mayores, nº 106.

**EL EQUIPO
INTERDISCIPLINAR**



La definición más común de “equipo interdisciplinario” es la de un grupo de personas que, desde una amplia gama de disciplinas, trabajan juntos para asegurar la utilización integrada de las ciencias sanitarias y psico-sociales en la planificación y la toma de decisiones para resolver un mismo problema.

Para que un equipo funcione adecuadamente se deben cumplir diversas características que determinen la participación de los integrantes del mismo:

- El interés compartido por cierto tema o problema.
- Las actitudes para escuchar al otro, intentando superar las barreras producidas por el lenguaje empleado por cada disciplina.
- El ambiente de confianza entre todos los miembros del equipo.
- La humildad, entendida como posibilidad de aportación de ideas desde todas las disciplinas.
- La creatividad.
- La actitud crítica.

Desde esta concepción, en los centros gerontológicos, la interdisciplinariedad está relacionada con el abordaje integral de las situaciones y necesidades biopsicosociales de las personas que excede el ámbito de una u otra disciplina profesional. Sólo desde una intervención interdisciplinaria podremos dar respuesta a los problemas que presente una persona mayor.

El trabajo en equipo es el pilar básico donde debe fundamentarse la atención integral, donde los distintos profesionales pueden tomar parte activa e interactuar entre sí para la consecución de los objetivos.

El equipo interdisciplinario tiene el importante cometido de diseñar las estrategias metodológicas oportunas, que permitan, además de proporcionar a la persona usuaria un entorno terapéutico, hacer significativo y gratificante el día a día a través de tres intervenciones:

- El refuerzo de la identidad personal y el proyecto vital.
- La programación de actividades significativas para cada persona en:
 - La programación individual.
 - La programación grupal.
 - Las actividades especiales.
 - Las actividades conjuntas o mixtas.
- La estimulación terapéutica desde las actividades de la vida diaria.

Para que el equipo interdisciplinar actúe de manera coordinada en la elaboración, implantación, seguimiento y evaluación del PAI, el centro precisa tener una figura clave como la de **“coordinador del equipo”**.

Esta figura es primordial porque asume el liderazgo, aceptando la dinamización del trabajo conjunto, preparando y conduciendo las reuniones, organizando el material de soporte y lo que es más importante, apoyando las distintas etapas por las que pasa el equipo, propiciando el proceso de la atención personalizada en el centro.

Entendemos que las reuniones son el instrumento básico de coordinación de todas las acciones del equipo interdisciplinar. Éstas deben ser establecidas de forma periódica, a ser posible semanalmente, para revisión de casos, elaboración de PAIs, establecimiento de mecanismos de coordinación, nuevas intervenciones o cualquier tipo de temas de relevancia. Permiten que el trabajo en el servicio no se limite a atender las necesidades básicas de la persona mayor, sino a plantearnos objetivos comunes de trabajo que mejoren o mantengan la calidad de vida de cada persona.

La finalidad de estas reuniones de equipo es facilitar a cada persona una atención integral, personalizada y de calidad, a través de actuaciones diferenciadas y priorizadas de acuerdo a sus necesidades. Esto implica que los

profesionales colaboren, se apoyen mutuamente y participen en actividades conjuntas, utilizando técnicas e instrumentos comunes a todas las disciplinas para lograr los objetivos propuestos.

Dicho esto, cada centro debe organizar y establecer los cometidos del equipo y de sus componentes partiendo de que muchas competencias seguirán siendo las propias de cada disciplina a las que se añadirán las encaminadas a promover la participación de las personas usuarias y sus familias, así como a facilitar los apoyos que cada persona usuaria necesite en cada momento de su vida.

La figura del coordinador debe tener un perfil técnico no necesariamente ligado a la gestión y dirección del centro. Pensamos que en centros pequeños, este papel puede ser desempeñado por la dirección y no así en centros grandes, donde otros profesionales pueden asumir esta función e incluso puede haber más de un coordinador, en función de los equipos formados.

También queremos dejar constancia del concepto de equipo transdisciplinar, actualmente menos divulgado, pero que en esencia contempla todo el recorrido que hay que realizar. El equipo transdisciplinar abarca a un grupo de diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma independiente e interactúan entre ellos de manera formal e informal. Pueden valorar a la persona mayor por separado pero intercambian la información de una forma sistemática, comparten una metodología y trabajan para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados. El resultado final es que cada profesional consigue salir de la visión reduccionista de su área o profesión y logra ver a la persona evaluada de forma integral y en el centro de la atención. Así se consiguen objetivos comunes más globales orientados a las necesidades y preferencias de la persona evaluada y no de los profesionales que intervienen. La persona está en el centro del proceso y el equipo le acompaña.

**EL PROFESIONAL
DE REFERENCIA**



El profesional de referencia desempeña un papel medular como referente de confianza y apoyo emocional de la persona usuaria de los servicios sociales. Por ello debe ser una persona empática, que sepa mostrarse cercana, interesada y que esté a disposición de la persona usuaria y de su familia.

En nuestra Comunidad esta figura está regulada en la Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales. Se menciona en el Título VI la figura del profesional de referencia, cuya existencia se contempla como un derecho de las personas beneficiarias de los servicios sociales con el papel de orientar y acompañar a la persona en todo el proceso de intervención social.

Con posterioridad se aprobó el Decreto Foral 6/2011, de 24 de enero, por el que se regula el profesional de referencia de los servicios sociales y que en su artículo 4, define las funciones de éste.

Si el profesional de referencia es importante en todos los servicios de la Cartera de Servicios Sociales, en los centros para personas mayores juega un papel primordial, al ser el encargado de acompañar a la persona en el proceso de adaptación a su nuevo “hogar”. Por eso nos parece importante señalar otras competencias del personal de referencia en relación a la persona usuaria:

- Conocer las necesidades, preferencias y deseos intentando que sus expectativas sean satisfechas para favorecer su bienestar.
- Gestionar la información con el esmero y los límites que el derecho a la intimidad le confiera.
- Identificar las competencias, dando valor y reconocimiento a sus capacidades.
- Intervenir activamente en el PAI, en las reuniones para su diseño, seguimiento e implantación del mismo, sirviendo de cauce de comunicación de la persona usuaria con el equipo interdisciplinar.

Es importante que esta figura, su papel y sus cometidos sean aceptados y apoyados no solo por la persona mayor y su familia, sino también por todo el equipo interdisciplinar. Esta acomodación conlleva cierta complejidad ya que, por cercanía, el profesional de atención directa que más contacto tiene con la persona mayor también puede ejercer este rol de forma competente. Esto supone que entren en juego aspectos organizativos y de reasignación de funciones de distintas disciplinas.

Todo este proceso requerirá consenso, desterrando visiones corporativas y excesivamente rígidas de las funciones profesionales. Se pretende que esta figura actúe como referente, lo que no impide la intervención de otros profesionales, igual de importante pero más puntual. Nos referimos a profesionales de mayor especialización: trabajo social, psicología, enfermería, medicina, etc. que mantendrán sus competencias profesionales pero añadirán a las mismas cometidos de consultores y formadores de los profesionales de atención directa. La persona referente debe asumir la visión de todo el equipo salvando así el peligro de caer en el reduccionismo de cada uno de los profesionales implicados. Siempre acompañando a la persona usuaria más que dirigiéndola.

El profesional de referencia acompaña a la persona en su proceso de adaptación, proporcionando confianza y apoyo emocional



**LA ORGANIZACIÓN
AL SERVICIO DE
LAS PERSONAS**

Una organización no es estática, sino dinámica, flexible y sujeta a cambios permanentes. No existe una organización igual a otra, cada una debe diseñar su modo de trabajo implicando a sus miembros para lograr el éxito e introduciendo los cambios necesarios para asegurarlo.

Por tanto, cada entidad en función de sus características, tamaño, profesionales con los que cuenta, etc., debe armonizar su sistema organizativo y de gestión con un trato personalizado, integrando y conjugando la planificación del centro y la planificación de la atención individual para conseguir una atención de calidad. Será necesario lograr un equilibrio entre la planificación del centro y las propuestas técnicas, para dar respuesta a las necesidades y preferencias de cada persona.

La planificación del servicio contempla, entre otras cuestiones, su misión, visión y valores, el diseño del mapa de procesos, los distintos programas de intervención, los protocolos asistenciales, los sistemas organizativos, los instrumentos a utilizar y el sistema de evaluación.

En el ámbito de los servicios sociales la atención a las personas vulnerables es el fin primordial de cualquier organización. El diseño de programas junto a las adaptaciones personalizadas serán los medios para conseguir una atención individualizada orientada a mejorar la calidad de vida, a facilitar el desarrollo de los proyectos vitales de cada persona por medio de sus deseos y preferencias y en relación a su vida cotidiana.

Por tanto, las organizaciones deben asegurar una buena definición de los objetivos generales y específicos de cada programación y actividad del centro para cada una de las personas participantes. No olvidemos que habitualmente con una misma actividad se trabajan diferentes objetivos, a la vez que se pueden trabajar objetivos específicos para cada una de las personas que participan en ellas.

Para responder a las necesidades y preferencias de cada persona es necesario un equilibrio entre la planificación del centro y las propuestas técnicas individualizadas

**IMPORTANCIA
DE LA FAMILIA**



Cada persona está inserta y a su vez participa activamente de una realidad social y familiar, por ello cuando alguien ingresa en un centro lo hace con su pasado y tiene un futuro que realizar.

El ingreso en un servicio gerontológico produce un importante cambio en la vida de la persona, pero éste no debe suponer una ruptura con sus vínculos afectivos anteriores, sino que se debe propiciar la relación con los mismos. La atención que recibe en el servicio se da desde una perspectiva sociosanitaria y psicosocial pero el apoyo afectivo de la familia no puede ser sustituido por nadie.

La familia² proporciona vínculos afectivos, emocionales y relacionales, necesarios para el bienestar y la satisfacción de la persona mayor. Si se mantiene esa relación, si somos capaces de aumentar esos contactos, estaremos reduciendo su vulnerabilidad frente a diferentes factores estresantes físicos y mentales.

Toda organización debe tener presente el papel que juega el grupo familiar en el bienestar de la persona y debe posibilitar que las familias que así lo deseen mantengan un papel activo en sus cuidados. Por tanto, debe ser capaz de sentar las bases de una buena cooperación que ayudará a lograr una buena atención integral a la persona usuaria.

² A lo largo de este documento, cuando hablamos de familia, nos estamos refiriendo a las personas más próximas de su entorno que en algunos casos pueden no estar ligadas por lazos de parentesco.

La relación que la familia establezca con el centro va a depender en gran medida de las actitudes que los distintos profesionales muestren hacia ella. La actitud del profesional actuará como determinante, favoreciendo su colaboración o convirtiéndose en una auténtica barrera. Por este motivo, es muy importante saber cómo nos estamos relacionando con las familias, cómo damos y les hacemos llegar los mensajes, ya que mensajes contradictorios entre los diversos profesionales dificultarán la relación del centro con la familia.

El papel de colaboración de la familia en el cuidado de una persona en un centro depende, en primer lugar, de los deseos de la persona mayor y además de otros factores como son los contextos previos de cuidado, las características y deseos de la familia o su disponibilidad. Animaremos a las familias a que participen pero siempre respetando su grado de implicación.

Las personas usuarias con buen nivel de autonomía tomarán sus propias decisiones, participando en el diseño de su plan de atención y por tanto de la implicación en el mismo de su grupo familiar de referencia. En estos casos su papel es el de acompañante, apoyando a la persona mayor en la toma de decisiones.

La relación con la familia tiene una importancia fundamental. Por ello, siempre que así se desee, hay que facilitar su participación en los cuidados

Cuando la persona presente un importante deterioro cognitivo, la familia deberá asumir la decisión en los asuntos cotidianos, situándose en el lugar del otro y defendiendo y eligiendo lo que la persona hubiera deseado, es decir, teniendo en cuenta su biografía, conociendo sus preferencias, respetando sus deseos y voluntades anticipadas.

Es necesario informar y asesorar a las personas mayores acerca de la importancia de realizar el documento de voluntades anticipadas. Este documento expresa las preferencias sobre las decisiones y actuaciones médicas que desea se le apliquen cuando no pueda manifestarlas personalmente. Se dirige al médico que le atiende y supone la planificación anticipada de sus cuidados al final de la vida, asegurando el respeto por sus deseos e intereses. También se puede elegir la persona representante que actuará de única interlocutora válida para el equipo médico.

Cuando la persona presenta un deterioro cognitivo, es aconsejable que se inicie la incapacitación legal. Esta es una medida de protección que ayuda a evitar cualquier situación de abuso, malos tratos o abandono. Cuando el juez determina la incapacidad nombra un tutor o institución tutelar. El tutor es la persona que representa a la persona incapacitada plenamente y es responsable de tomar las decisiones que afectan al día a día de la persona incapacitada.

**PRINCIPIOS RECTORES
APLICADOS A LAS
INTERVENCIONES**



Toda intervención socio-sanitaria ha de estar sustentada en unos principios éticos. Desde la ética se enuncian cuatro principios rectores de las interacciones sociales como son la no maleficencia, la justicia, la autonomía y la beneficencia.

Así, el **principio de no maleficencia** obliga a los profesionales de los servicios destinados a personas en situación de dependencia a no hacer ningún daño físico, psicológico o social a la persona ni a sus familiares, así como a realizar buenas prácticas en la intervención. Este principio obliga a realizar aquellas intervenciones que supongan beneficios para las personas e impide aquellas que generen daño o riesgo de lesión.

El **principio de justicia** compromete moralmente a los profesionales de los servicios para personas mayores dependientes a no discriminar a ninguna persona por razones sociales y/o de edad, y a distribuir los recursos de forma equitativa entre las personas de similar necesidad.

El **principio de autonomía** dicta a los profesionales de los distintos servicios promover y respetar las decisiones de las personas usuarias. Ello implica atender el derecho de las personas mayores dependientes a tener y expresar sus propias opiniones, así como a identificar y llevar a cabo intervenciones basadas en sus valores, creencias y proyectos de vida.

Y por último, el **principio de beneficencia** insta a los profesionales de los servicios de atención a las personas mayores dependientes a actuar en beneficio de éstas. Pretende la mejor atención partiendo del concepto subjetivo del “bien de la persona” y si éste es desconocido, aspira a conseguir la mayor calidad de vida objetiva esperable.

Desde la planificación de las políticas sociales es habitual el enunciado de principios que marcan el ideario del buen profesional en este sector. Diversos profesionales han enunciado numerosos principios de los cuales nosotros queremos reseñar los siguientes: autonomía, intimidad, dignidad, integralidad, participación, confidencialidad y protección de datos.

Las personas mayores tienen el mismo derecho a la dignidad humana que los otros miembros de la sociedad. Por tanto, tienen los mismos derechos y obligaciones que los demás. En particular necesitan mantener su derecho a la autonomía, a tomar decisiones en relación a las diferentes etapas del envejecimiento y a participar en la vida social. También a ser respetadas en su individualidad y a que se consideren de forma integral sus necesidades psicofísicas, sociales y espirituales.

Las necesidades espirituales no se refieren exclusivamente a la religiosidad, sino al lugar más íntimo de la persona, donde interpreta la vida y la muerte, y abarca aspectos como el sentido de cada circunstancia concreta, la contemplación de la naturaleza, la expresión o admiración mediante el arte, la ejecución de un proyecto lleno de sentido, la apertura hacia el otro o hacia la trascendencia.

En las personas mayores puede existir un sufrimiento espiritual relacionado estrechamente con esta etapa de la vida: la angustia ante la muerte y el sufrimiento, hacer balance de la propia vida, reconciliarse con los seres queridos o cerrar heridas.

Las personas mayores tienen el mismo derecho a la dignidad que los demás miembros de la sociedad. Necesitan mantener su derecho a tomar decisiones y a participar en la vida social

Autonomía no es lo contrario de dependencia, es la capacidad de una persona para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias derivadas de las mismas. La dependencia hace referencia a la necesidad de atenciones por parte de otras personas para realizar las tareas de la vida cotidiana. El término opuesto a autonomía no es dependencia sino heteronimia. La autonomía debemos percibirla como capacidad y como derecho, entendiéndose como capacidad al conjunto de habilidades que cada persona tiene para hacer sus propias elecciones. La autonomía se aprende, se adquiere mediante el aprendizaje que proviene de uno mismo y de la interacción social.

No parece necesario reafirmar en esta guía qué se entiende por dignidad en las personas mayores, pero sí reivindicar una mayor protección de la misma debido a la potencial vulnerabilidad que presentan. Tendremos que desarrollar una ética de lo cotidiano basada en la humanización de la asistencia.

Los conceptos de dignidad y respeto son reconocidos como fundamentales en las personas mayores, aunque desgraciadamente, con frecuencia tengamos que hablar de su carencia. Los profesionales tenemos que ser sensibles a sus necesidades, garantizando su dignidad y su autonomía, contando con ellos, respetando sus decisiones y su intimidad, cuidándoles con afecto y respetando las opciones de vida individuales.

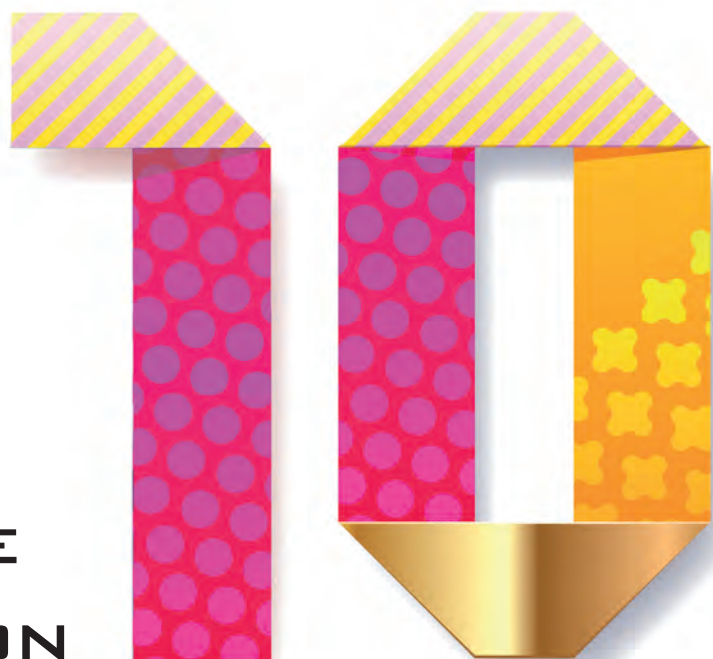
En relación con la confidencialidad y protección de datos, el centro debe garantizar la seguridad en el sistema de almacenamiento de datos y en el manejo de la información, limitando su uso para fines relacionados con los procesos de atención o con el conocimiento y evaluación de las personas usuarias en orden a la mejora en los procesos asistenciales.

Todos los profesionales estarán obligados a mantener el secreto y confidencialidad de los datos personales y de las historias profesionales y de todos los procesos de atención que vive el usuario en el centro.

Aunque se deba seguir la aplicación de la normativa vigente sobre protección de datos personales o confidenciales, recomendamos la realización de un protocolo que muestre las evidencias del tratamiento de los datos en el centro.



**PLAN DE
ATENCIÓN
INDIVIDUALIZADA**



Es el instrumento básico donde se recogen las valoraciones, informaciones personales, objetivos, ideas, propuestas de intervención, apoyos personalizados y recomendaciones para que la persona adquiera el mayor grado de autogestión sobre su vida cotidiana.

Tiene que ser dinámico, fruto del trabajo interprofesional y del diálogo con la persona usuaria y su familia. Es una hoja de ruta consensuada para atender sus necesidades y apoyar su proyecto de vida desde el impulso de la autonomía.

Como ya hemos afirmado anteriormente, cuando hablamos de autonomía como derecho, nos referimos a la garantía de desarrollar un proyecto de vida basado en la propia identidad personal y controlado por la persona, independientemente de su nivel de capacidad.

10.1 OBJETIVOS

Para elaborar un plan eficaz, el equipo interdisciplinar debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Valorar el estado de salud psicofísico, funcional y social así como los problemas de salud que se presenten.
- Priorizar las necesidades de atención integral de la persona con criterio de globalidad en el diseño de las actuaciones.
- Identificar y modificar, en lo posible, los factores de riesgo.
- Mejorar la independencia, salud y supervivencia de las personas usuarias mediante:
 - La prevención y tratamiento de las enfermedades.
 - El diseño de planes interdisciplinares de cuidados, mejora de la funcionalidad y de rehabilitación.
- Definir las estrategias e intervenciones con respecto a la persona usuaria, su familia y sus redes sociales de apoyo.
- Concretar las atenciones especiales que precisa.
- Proyecto de vida de cada persona que incluye sus deseos y preferencias hasta donde sea posible tenerlos en cuenta.

10.2 CARACTERÍSTICAS

Un buen PAI debe concebirse como:

- Proceso continuo, dinámico, que se va adaptando a las necesidades de la persona en cada momento.
- Abierto y participativo, instrumento de diálogo entre la persona, la familia y los profesionales que conforman el equipo.
- Interdisciplinar, donde todo el equipo colabora en la elaboración del mismo.
- Coordinado, donde todos los miembros del equipo interdisciplinar establecen de manera conjunta las prioridades de intervención.
- Individualizado, diseñado para cada una de las personas usuarias del servicio.
- Integral, debe satisfacer todas las necesidades de la persona, teniendo en cuenta sus deseos y preferencias y su proyecto de vida.
- Consecuente, surge del proceso de valoración.
- Real, debe estar adaptado a las necesidades reales de la persona.
- Eficaz en cuanto que tiene que cumplir los objetivos marcados.
- Eficiente, porque debe cumplir los objetivos al menor coste.
- Periódico, se desarrolla durante todo el tiempo de permanencia en el servicio.
- Actualizado, debe permitir la comprobación de los cambios sufridos por el residente desde que se implantó el PAI.
- Evaluable con indicadores que permitan introducir mejoras en el proceso.

10.3 FASES

El Plan de Atención Individualizada tiene por objeto garantizar de manera integral el mantenimiento y/o mejora de la calidad de vida de cada persona usuaria. Su elaboración requiere las siguientes fases:

- Valoración integral.
- Detección de necesidades y potencialidades.
- Planteamiento de objetivos concretos en la esfera preventiva, asistencial y de rehabilitación.
- Elección de servicio, programas y actividades para lograr los objetivos.
- Realización de actividades con pautas personalizadas, atendiendo al proyecto de vida de cada persona, y con la implantación de los apoyos necesarios.
- Realización de seguimiento con los ajustes que se requiera a lo largo del proceso.
- Evaluación de los resultados obtenidos.

El PAI se caracteriza por ser un proceso continuo, dinámico, abierto y participativo en el que colaboran el equipo interdisciplinar, la persona y su familia

10.4 EL PAI COMO PROCESO

La gestión por procesos como método de trabajo aporta una visión de la organización desde el punto de vista de qué hacemos, cómo lo hacemos y cómo podríamos mejorarlo.

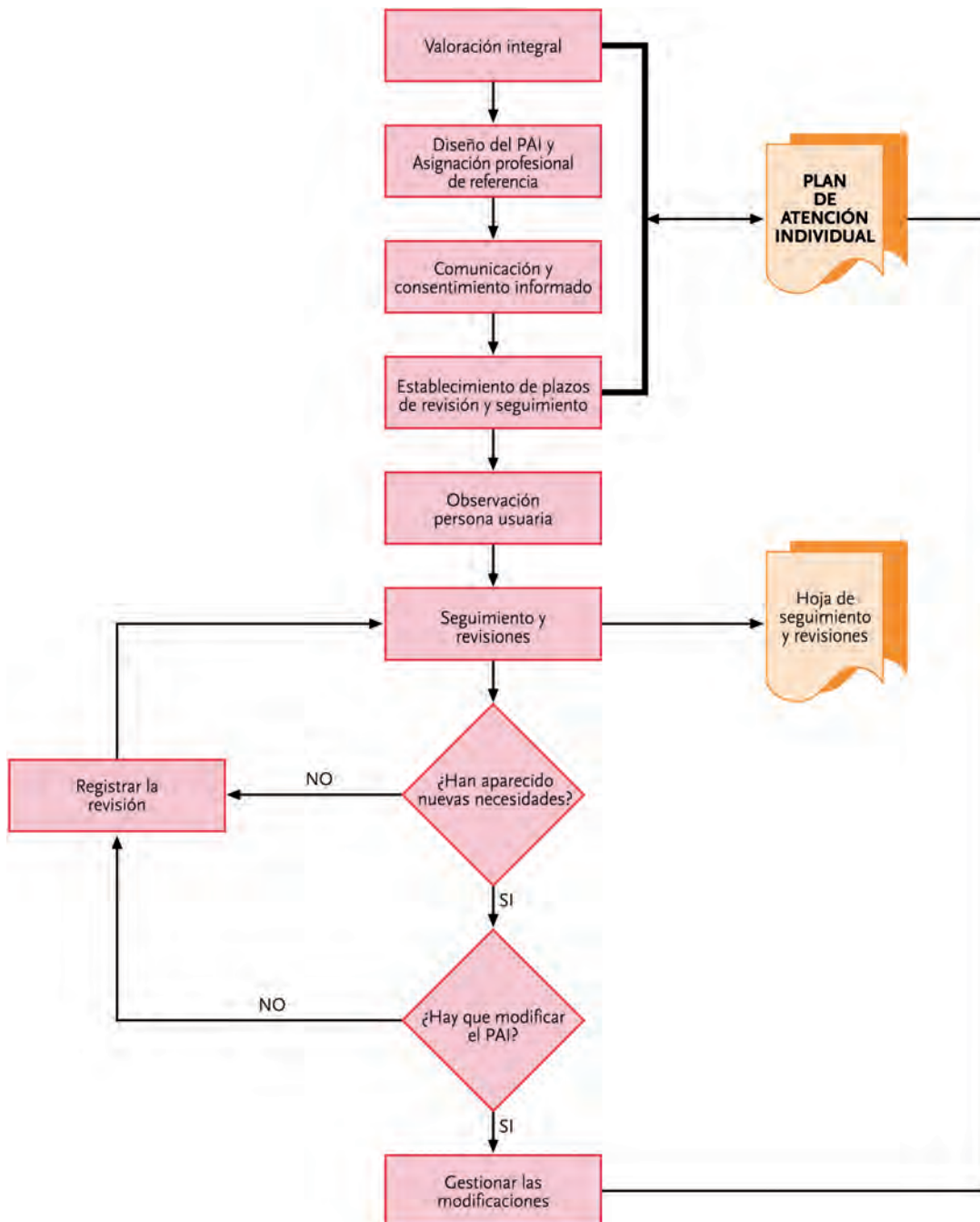
Una organización excelente cuenta con un sistema de gestión eficaz y eficiente basado en las necesidades y expectativas de todos los grupos de interés y diseñado para satisfacerlas.

El PAI es uno de los procesos clave en los servicios de atención a las personas mayores. Es un instrumento dinámico y está orientado a mejorar la calidad de vida de las personas. Este proceso se desarrolla y se establece de forma interdisciplinar y participativa, contando para ello con todos los grupos de interés, tanto la persona mayor y su familia, como los profesionales del centro.

Como proceso clave debe ser diseñado, implantado y mejorado con información relevante de la persona, sus características, deseos, opiniones, intereses, quejas, historia personal, obligaciones y derechos.

El diseño de este proceso deberá incluir indicadores que informen sobre las evidencias de la calidad de vida y que sirvan para introducir acciones de mejora.

PROCESO: PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUAL



LA VALORACIÓN
INTEGRAL



Una valoración integral ha de ser interdisciplinaria, es decir será necesaria la participación de diferentes profesionales y disciplinas para lograr una visión global.

La valoración integral es un proceso dinámico y estructurado que detecta y cuantifica los problemas, necesidades y capacidades en las esferas clínica, funcional, mental y social para elaborar una estrategia interdisciplinaria de intervención, tratamiento y seguimiento a largo plazo, con el fin de optimizar los recursos y de lograr el mayor grado de independencia; en definitiva, para obtener una mejor calidad de vida.

Los objetivos de la valoración integral son:

- Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico múltiple: clínico, funcional, mental y social.
- Descubrir problemas tratables no detectados previamente.
- Conocer los recursos de la persona y su entorno sociofamiliar.
- Situar a la persona en el nivel sanitario y social más adecuado a sus necesidades, evitando siempre que sea posible, el deterioro y la dependencia.

Los principales medios de valoración son la historia clínica, la exploración física, la evaluación psíquica y social, la observación y una serie de instrumentos más específicos denominados “escalas de valoración”, que facilitan la detección y seguimiento de problemas, su cuantificación y comparabilidad, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden a las personas mayores dependientes.

11.1 ÁREAS DE VALORACIÓN

Para una correcta atención asistencial a la persona, es necesario definir e identificar qué áreas se deben explorar.

El concepto de “salud” definido por la OMS, no se centra sólo en la ausencia de enfermedad, sino que incluye la presencia de un bienestar físico, mental y social.

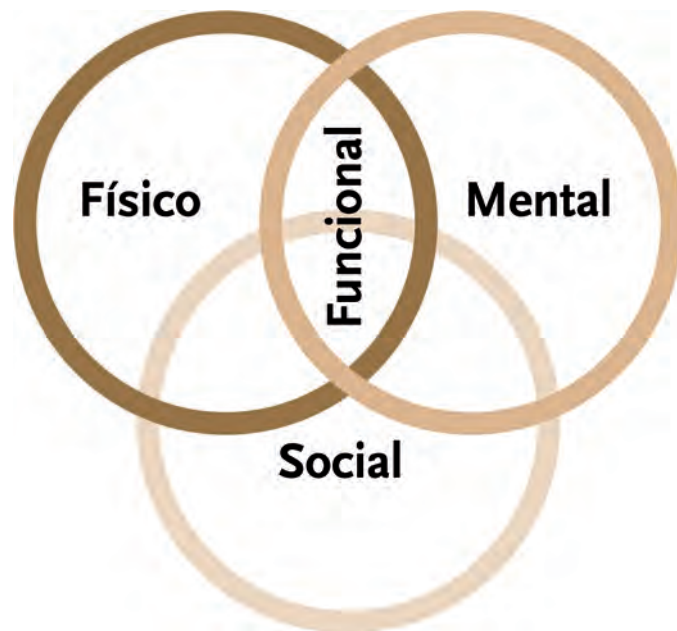
Teniendo en cuenta esta definición, debemos considerar a la persona como un todo biopsicosocial integrado. Por ello, el proceso de valoración estará siempre consensuado y centrado en la persona. No sólo en la valoración de sus déficits, sino también de sus capacidades, buscando los apoyos precisos, las funciones y las relaciones positivas para que se desarrollen actuaciones competentes y adquieran el mayor control posible de sus vidas. En este sentido nos parece interesante trabajar y dotar a las personas de estrategias para que puedan reaccionar y recuperarse ante cualquier situación por adversa que sea (resiliencia).

El proceso de valoración es un paso previo e imprescindible que se tiene que realizar a cada persona antes de incluirla en cualquier tratamiento, programa, actividad y servicio.

Toda persona es un ser multidimensional. Por tanto, la valoración de sus capacidades y necesidades debe hacerse con criterio de globalidad y ser integral

Las áreas de valoración y actuación que se identifican con claridad son las siguientes:

- Área Social.
- Área Física.
- Área Mental.



Puesto que la persona es un ser biopsicosocial, las tres áreas están relacionadas, compartiendo muchos aspectos comunes. Confluyen en un espacio de convergencia de programas y actividades encaminadas a garantizar, mantener o promover las capacidades funcionales de la persona.

11.1.1. Valoración Social.

La valoración social es la parte de la valoración integral que se ocupa de la relación existente entre la persona y el medio social en que se desenvuelve, estableciendo las intervenciones más adecuadas para favorecer su autonomía e integración social, contando tanto con el apoyo de la redes sociales informales (familia, amistades, voluntariado, etc.), como formales y con la utilización más adecuada de los recursos sociales para conseguirlo.

Se deben conocer y hacer constar todos aquellos datos que puedan ser de interés y tengan repercusión presente o futura sobre la persona usuaria. Los aspectos relacionados con su biografía, el hogar, el apoyo familiar y social con los que cuenta la persona son cuestiones importantes a la hora de organizar o elaborar un plan de atención individualizada.

También es necesario, en determinados casos, contactar y entrevistarse con algún familiar que nos pueda proporcionar información complementaria. Parece razonable que, si la persona usuaria presenta algún grado de deterioro, contrastemos su testimonio con el de un familiar, porque los datos aportados pueden estar distorsionados por problemas de memoria, miedos a represalias, exageración de los hechos, protección de su intimidad, etc. En caso de que esté incapacitada legalmente, contrastaremos esos datos con quien ejerza la tutela y, en el caso de no estar incapacitada, con el familiar o la persona más próxima.

La valoración social recogerá los siguientes datos:

- Datos de filiación y datos generales para su perfecta identificación:
 - Nombre y apellidos.
 - Sobrenombre.
 - Lugar y fecha de nacimiento.
 - Estado civil.
 - Lugar de residencia antes de producirse el ingreso.
 - N° de D.N.I., N° de la Seguridad Social y N° de CIPNA.
 - Centro de Salud y profesionales sanitarios de referencia en Atención Primaria.
 - Existencia de seguros, pólizas de deceso.
 - Tipo o duración prevista del ingreso.
 - Lenguas en las que se maneja.
 - Sistemas de servicios, productos y tecnologías que facilitan la accesibilidad.
- Datos de familiares:
 - Identificación de la persona de referencia (dirección, teléfono, parentesco o tipo de relación, D.N.I.).
 - Recogida de datos de otros familiares (parentesco, teléfono...).
- Situación legal: Situación legal y aspectos relativos a la defensa de sus derechos. Voluntariedad y grado de conocimiento de su ingreso en el centro.
- Otros datos biográficos:
 - Antecedentes laborales.
 - Nivel de formación.
 - Historia de vida (hechos significativos).
 - Otros (dónde ha residido, viajes realizados...).
- Hábitos y ocio: Identificación de hábitos y aficiones, con especial hincapié en sus prioridades y preferencias, con el fin de que puedan ser promovidos y/o facilitados por parte del centro.

- Creencias y valores: Se recogerán los aspectos culturales, religiosos y las creencias personales, con especial atención a las que pudieran tener repercusión en actividades cotidianas como puede ser la alimentación, acceso a servicios religiosos o en actuaciones sanitarias.
- Gestiones administrativas: Se valorarán las gestiones administrativas que la persona usuaria y/o familiares no pueden realizar sin ayuda externa.
- Interrelación social y familiar, se reunirán los datos relativos a:
 - Tipo de convivencia anterior al ingreso: solo, con familiares...
 - Causas y vivencias del ingreso.
 - Calidad de las relaciones familiares.
 - Red de apoyo social con la que cuenta.
- Régimen de salidas y visitas: información referente a los contactos que mantiene la persona usuaria con el entorno, tanto en el centro residencial, como con el exterior.
- Documento de últimas voluntades: Existencia o no de este instrumento legal, donde la persona ha expresado sus deseos anticipadamente.

Escalas de valoración social.

La valoración social es compleja, en cuanto que su evaluación incluye un factor subjetivo de valoración de la calidad de las relaciones interpersonales, pero no por ello es menos importante ya que influye decisivamente en la percepción de la calidad de vida. Los instrumentos de medición más utilizados son:

- Escala OARS de recursos sociales.
- Escala de valoración sociofamiliar de Gijón.
- Escala de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale).
- Escala de Zarit de valoración de la sobrecarga del cuidador.
- Escala de valoración social de la dependencia (EVSD).

11.1.2. Valoración Física.

Esta área abarca la promoción, la prevención y el mantenimiento de la salud tratando de aportar la mayor calidad de vida. Esta valoración se realizará por profesionales sanitarios.

No todos los centros gerontológicos disponen de personal facultativo en sus plantillas, siendo atendidas las personas de esos servicios por los médicos de familia y profesionales de los centros de salud de la zona básica donde está ubicado el centro residencial o de atención diurna. En estos casos, se recomienda como referencia para la valoración geriátrica integral la guía de actuación en atención primaria “Valoración del anciano”³ en donde se describen las actuaciones a realizar con esta población. En la mencionada guía se señala que *“todo anciano en domicilio o residencia deberá considerarse anciano frágil”*. El plan personal de atención a la fragilidad que se activa consta de los protocolos de “valoración geriátrica integral” y “fragilidad seguimiento” y lleva asociados informes que sintetizan la valoración realizada.

La guía de Atención Primaria, referente a la Valoración del Anciano, no deja ninguna duda al respecto al señalar la valoración geriátrica integral como protocolo de actuación para todas las personas mayores en el primer nivel de atención sanitaria.

Las personas usuarias de centros de personas mayores o en su caso su tutor legal, deberán solicitar el informe de valoración integral a su médico de Atención Primaria. Los datos del informe, voluntariamente aportados por el usuario, se utilizarán para establecer la intervención y los cuidados de salud que quedarán recogidos en el plan de atención individual.

³ “Valoración del Anciano” en Atención Primaria. Guía de Actuación. Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea. Dirección de Atención Primaria y Salud Mental.

Entre los temas a abordar por la Coordinación Sociosanitaria en Navarra está la revisión de los protocolos a implantar para su utilización en la persona anciana institucionalizada. Y el traslado de la información relevante respetando la protección de datos de la persona usuaria.

Siguiendo las recomendaciones de las distintas fuentes bibliográficas⁴ consultadas para la realización de este documento, la valoración sanitaria, cuando no concurra la circunstancia de haber sido evaluado desde la Atención Primaria de Salud, debe incluir los siguientes apartados:

• **Historia Clínica.**

Para recoger los datos de ésta, tenemos que tener en cuenta los factores que dificultan la entrevista clínica, como son las dificultades en la comunicación secundarias a déficits sensoriales, deterioro cognitivo u otros. Es aconsejable realizar entrevistas cortas, permitiendo a la persona que se tome su tiempo en responder, y completando los datos obtenidos con las aportaciones del cuidador principal o la familia.

La historia clínica debe incluir:

1. Antecedentes personales, valorando diagnósticos pasados y presentes, ingresos hospitalarios o en centros sociosanitarios, intervenciones quirúrgicas, alergias, etc., determinando su repercusión sobre la esfera funcional y mental.
2. Revisión por aparatos y síntomas, que nos encaminará a la detección de síndromes geriátricos.
3. Historia farmacológica completa y actualizada, es decir todos los tratamientos y dosis pautadas en el momento de la valoración para

⁴ "La Valoración Geriátrica Integral". *Tratado de Geriátrica para residentes. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología*. IMSERSO 2006. Cap 4: 59-68 Pág.

"Valoración geriátrica integral (I): Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad". *Redn J.M. ANALES SIS San Navarra* 1999, 22(sup.1): 41-50 Pág.

poder detectar síntomas y signos relacionados con efectos secundarios de los medicamentos utilizados.

4. Historia nutricional y dietas prescritas.
5. Información sobre su situación de enfermedad actual.

• **Exploración Física.**

Observación general del aspecto, cuidado, aseo y colaboración en la exploración. Con posterioridad, se determinarán las constantes vitales, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria. Después se deberá realizar una exploración física siguiendo un orden clásico:

1. Cabeza, se evaluará la agudeza visual y capacidad auditiva, con visualización del conducto auditivo externo.
Así mismo se explorarán las arterias temporales, la boca, el estado dentario, prótesis, ulceraciones y micosis; por último, los pares craneales en su conjunto.
2. Cuello, es importante explorar la existencia de bocio, adenopatías, ingurgitación yugular, latidos y soplos carotídeos y rigidez cervical.
3. Tórax, la exploración incluye la auscultación cardiaca y pulmonar, la existencia de deformidades torácicas y la palpación de mamas.
4. Abdomen, realizando la exploración, palpación, percusión y auscultación del mismo.
5. Tacto rectal, si procede, es una práctica aconsejable, para descartar la presencia de impactación fecal, hemorroides o tumoraciones.
6. Extremidades, valorando la situación vascular y muscular, presencia o ausencia de pulsos periféricos, existencia de edemas y limitaciones y/o deformidades articulares.
7. Neurológico, realizar el estudio de la marcha, el equilibrio, el tono muscular, la fuerza y sensibilidad. No hay que olvidar valorar la presencia de trastornos del habla, temblor, rigidez, acinesia y reflejos de liberación frontal.

8. Piel, buscar lesiones tróficas, úlceras por presión o vasculares, signos de isquemia.
9. Raquis: deformidades...

• Exploraciones complementarias.

La historia clínica y la exploración se deben completar con la realización de pruebas complementarias. En un primer momento deben ser sencillas: hemograma, perfil bioquímico realizando el análisis de los marcadores de glucemia, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, albúmina y fosfatasa alcalina. Además, se realizará el sedimento de orina, y aquellas determinaciones relacionadas con sus patologías de base y/o el control de sus tratamientos farmacológicos.

Ante determinadas sospechas, el estudio se complementará con la realización de electrocardiograma, radiografía de tórax y abdomen. En caso de demencia, se debería realizar la serología de lúes, vitamina B12, ácido fólico y hormona tirotrópica (TSH).

Escalas de valoración de riesgos.

Existen varias escalas de valoración de riesgos que se usan a nivel asistencial para detectar y valorar el alcance de riesgos y/o problemas detectados y así establecer una atención adecuada a la persona.

Las escalas de valoración de riesgos más usadas son:

- Valoración del equilibrio y de la marcha: Escala de Tinetti.
- Valoración del dolor: Escala Eva.
- Valoración de riesgos de úlceras: Escala Norton.
- Protocolos y escalas utilizados por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra aplicables a esta población.

11.1.3. Valoración Funcional.

La valoración funcional es el procedimiento que va dirigido a recopilar toda la información referente a la capacidad que tiene la persona usuaria para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.

La CIF OMS 2001 aboga por un “*modelo social de la discapacidad*” que enfatiza la importancia del contexto ambiental para facilitar la autonomía y la independencia. En el mismo sentido se orientan otras clasificaciones como la propuesta por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional⁵. A pesar de ello, debido al carácter difusor que pretendemos dar a esta guía, utilizaremos como referente la clasificación de la valoración funcional más conocida por los profesionales sanitarios, empleada habitualmente en los protocolos de nuestro sistema sanitario, tanto en atención primaria como en los protocolos y guía vigente para el abordaje de la demencia⁶. En esta guía las actividades de la vida diaria se clasifican en: actividades básicas, actividades instrumentales y actividades avanzadas.

Las **actividades de la vida diaria básicas** son aquellas actividades primarias encaminadas al autocuidado y movilidad, de tal modo que permiten el grado de autonomía e independencia elemental necesaria para que la persona pueda vivir y autocuidarse.

⁵ Las actividades de la vida diaria son diferenciadas según la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, en actividades de la vida diaria básicas y actividades de la vida diaria instrumentales. Esta asociación define las actividades de la vida diaria como las actividades encaminadas al cuidado de nuestro cuerpo y que se encuentran relacionadas con la supervivencia del individuo. También pueden denominarse actividades básicas de la vida diaria (ABDV) o actividades personales de la vida diaria (APVD). Las actividades instrumentales de la vida diaria son aquellas actividades orientadas a la interacción con el medio, son a menudo complejas y generalmente opcionales para hacer (se pueden delegar en otros).

⁶ “Abordaje de la Demencia”. Guía de actuación en la Coordinación. Atención Primaria- Neurología, Servicio Navarro de Salud 2008, Pág.: 22.

Las **actividades instrumentales** suponen un nivel más complejo de la conducta y permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad.

El concepto de **actividades avanzadas** de la vida diaria separa algunas tareas fundamentales para definir aquellas conductas más elaboradas que mediante el control del medio físico y social, permiten a la persona cumplir su papel en la sociedad.

En la mayoría de las enfermedades con deterioro cognitivo que generan dependencia la alteración funcional sigue un patrón inverso. En primer lugar se afectan las tareas más complejas, seguidas por las instrumentales, y solamente en las fases de demencia moderada o grave, están alteradas las actividades básicas de autocuidado o movilidad.

La capacidad funcional está condicionada por el entorno habitual o contexto ambiental de las personas y por los apoyos con los que cuentan.

ACTIVIDADES BÁSICAS	ACTIVIDADES INSTRUMENTALES	ACTIVIDADES AVANZADAS
• Baño	• Compra	• Ocio y tiempo libre
• Vestido	• Cocinar	• Religiosas
• Cuidado personal	• Limpieza	• Socialización
• Uso de WC	• Finanzas	• Deporte
• Comer	• Teléfono	• Trabajo
• Transferencias	• Tareas domésticas	• Viajes

Al explorar las actividades avanzadas es necesario indagar que actividades tienen significado y mayor relevancia para la persona.

Es importante tener en cuenta, en la valoración de esta área, no sólo su nivel funcional actual sino el potencial de recuperación posible y la utilización de todo tipo de productos y tecnología que vaya a facilitar una mejoría funcional a la persona: bastones, muletas, andadores, silla de ruedas, etc.

Escalas para evaluar las actividades de la vida diaria.

Las escalas más utilizadas para evaluar las actividades de la vida diaria son:

- Escala de Barthel⁷.
- Escala de Lawton y Brodie⁸.

Las escalas que mejor valoran este aspecto en las demencias son:

- Test del Informador.
- Escala de Blessed.
- Escala IDDD (Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia).

⁷ Se utiliza en el protocolo de valoración geriátrica integral de Atención Primaria de Salud en Navarra.

⁸ Se utiliza en el protocolo de valoración geriátrica integral de Atención Primaria de Salud en Navarra.

11.1.4. Valoración Mental.

En esta valoración será necesario realizar el estudio tanto de la esfera cognitiva como de la esfera afectiva y tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas.

- **Valoración cognitiva.**

La prevalencia del deterioro cognitivo alcanza un 20% en personas mayores de 80 años, por lo que es necesario valorar esta área. La importancia de una detección del deterioro cognitivo es esencial tanto por su implicación sobre las áreas funcional y social como por su incidencia en el proceso de programación de actividades.

Independientemente de las informaciones que nos aporten la familia y la persona mayor, resulta conveniente realizar una exploración que permita detectar cualquier problema a este nivel. Es frecuente encontrar personas ancianas con importante deterioro cognitivo cuyos fallos de memoria la familia considera propios de la edad.

Desde el primer contacto con la persona mayor, ésta nos proporciona información que debemos saber analizar: su manera de caminar, la inestabilidad o torpeza al sentarse, su manera de saludarnos, el tono de su voz, su aseo personal, su indumentaria, es decir, una gran cantidad de información útil para aproximarnos a su situación mental y afectiva.

A la hora de realizar la valoración cognitiva, se debe profundizar acerca de:

- Nivel de escolarización y profesión.
- Presencia de factores de riesgo cardiovascular como hipertensión, diabetes, fibrilación auricular.

- Historia familiar de demencia y antecedentes psiquiátricos.
- Consumo de fármacos y tóxicos.
- Orientación temporal, espacial y personal.
- Memoria, existencia de quejas de deterioro de memoria.
- Existencia o no de problemas en el reconocimiento de familiares y amigos.
- Lenguaje, capacidad de abstracción/juicio y toma de decisiones.
- Trastornos de conducta: delirios, agitación psicomotriz, alucinaciones, ritmo vigilia-sueño, hipersexualidad, vagabundeo, auto y/o heteroagresividad física y/o verbal, lenguaje ofensivo, comportamiento social inadecuado, etc.

Escalas para la valoración cognitiva.

Para la valoración cognitiva contamos con numerosos tests, de los que destacamos los siguientes:

- Mini-mental State Examination de Folstein⁹.
- Cuestionario de Pfeiffer¹⁰.
- Test de Reloj.
- Test de los Siete Minutos.
- Demencia Care Mapping.
- Mini examen cognoscitivo de Lobo.

9 Se utiliza en el protocolo de valoración geriátrica integral de Atención Primaria de Salud en Navarra.

10 Disponible como protocolo en la historia clínica informatizada de Atención Primaria de Salud en Navarra.

• Valoración afectiva.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en las personas ancianas, produciendo importantes repercusiones sobre su situación funcional y cognitiva. Este diagnóstico se suele realizar preferentemente a través de la entrevista clínica, incidiendo en acontecimientos vitales desencadenantes, y también a través de la observación de detalles significativos como su manera de caminar, su actitud, su aspecto físico, el tono de voz, etc.

Cuando la persona anciana padece una depresión, normalmente ese estado viene aparejado con síntomas somáticos como pérdida de peso, ansiedad, deterioro de la capacidad funcional e irritabilidad.

Así mismo la ansiedad es uno de los principales síntomas afectivos en personas mayores. Proporciona un estado de malestar y aprensión o angustia desproporcionada al estímulo que la desencadena, agravando los cuadros depresivos y molestias físicas.

Debemos preguntar acerca de:

- Estado anímico y labilidad emocional.
- Anergia/hipoergia.
- Anhedonia/hipohedonia.
- Trastorno del apetito.
- Trastorno del sueño.
- Signos de ansiedad.
- Ideación de muerte. Ideación o tentativas autolíticas.
- Quejas somáticas.

Escalas para la valoración afectiva.

Para valorar el área afectiva utilizaremos varias escalas como:

- Escala de depresión geriátrica de Yesavage¹¹.
- Inventario de depresión de Hamilton.
- Escala de Zung.
- Inventario de depresión de Beck.
- Escala de depresión y ansiedad de Goldberg.
- Escala de Cornell de depresión en la demencia.

De cara al diseño del PAI es necesario, asimismo, conocer la facilidad de participación en distintas actividades, bien por iniciativa propia o bien en las promovidas por el servicio residencial o centro de día. Ese grado de iniciativa y participación va a tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Facilidad o no de relacionarse con otros y de participación en distintas actividades.
- Facilidad o no para realizar actividades planificadas y por iniciativa propia.
- Nivel de capacidad para establecer sus propios objetivos.

¹¹ Se utiliza en el protocolo de valoración geriátrica integral de Atención Primaria de Salud en Navarra.

CUADRO RESUMEN DE VALORACIÓN INTEGRAL.

VALORACIÓN SOCIAL	
Datos de filiación y datos generales	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre y apellidos. - Sobrenombre. - Lugar y fecha de nacimiento. - Estado Civil. - Lugar de residencia antes de producirse el ingreso. - N° de D.N.I. , N° de la Seguridad Social y N° de CIPNA - Centro de Salud y profesionales sanitarios de Atención Primaria de referencia. - Seguros, pólizas de deceso. - Tipo o duración prevista del ingreso. - Lenguas que habla. - Sistemas de servicios y productos que facilitan la accesibilidad.
Datos de Familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de la persona de referencia (dirección, teléfono, parentesco o tipo de relación, D.N.I). - Otros familiares (parentesco, teléfono,...).
Situación legal	<ul style="list-style-type: none"> - Situación legal y aspectos relativos a la defensa de sus derechos. - Existencia de documento de últimas voluntades.
Otros datos biográficos	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes laborales. - Nivel de formación. - Otros (dónde ha residido, viajes realizados,...). - Historia de vida.
Hábitos y ocio, con especial hincapié en sus preferencias y prioridades	<ul style="list-style-type: none"> - Hábitos y aficiones, con el fin de que puedan ser promovidos y/o facilitados por parte del centro.
Creencias y valores	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a servicios religiosos y/o a otras actividades. - Creencias y vida cotidiana
Gestiones administrativas	<ul style="list-style-type: none"> - Gestiones administrativas que la persona usuaria/familiares no pueden realizar sin ayuda externa.
Interrelación social y familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de convivencia anterior al ingreso: solo, con familiares,... - Causas y vivencias del ingreso. - Calidad de las relaciones familiares. - Red de apoyo con la que cuenta.
Régimen de salidas y visitas	<ul style="list-style-type: none"> - Contactos que mantiene con el entorno, tanto en el centro residencial como en el exterior.

VALORACIÓN FÍSICA	
Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes personales, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnósticos pasados y presentes. • Ingresos hospitalarios. Intervenciones quirúrgicas. • Alergias. - Revisión por aparatos y síntomas: encaminados a detectar síndromes geriátricos. - Historia farmacológica completa y actualizada: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamientos y dosis pautadas. - Historia nutricional: <ul style="list-style-type: none"> • Dieta habitual. Número de comidas al día. Número de alimentos por comida. Dietas prescritas. - Información sobre enfermedad actual.
Exploración Física	<ul style="list-style-type: none"> - Observación del aspecto, cuidado y colaboración en la exploración. - Comprobación de las constantes básicas vitales. - Cabeza, entre otros de: <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la agudeza visual. Capacidad auditiva. • Exploración de las arterias temporales. • La boca, el estado dentario, prótesis. Ulceraciones. Micosis. • Pares craneales. - Cuello, exploración de la existencia, entre otros, de: <ul style="list-style-type: none"> • Bocio. Adenopatías. Ingurgitación yugular. Latidos y soplos carotídeos. Rigidez cervical. - Tórax, la exploración incluye, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> • Auscultación cardiaca y pulmonar. Existencia de deformidades torácicas y escoliosis. Palpación de mamas. - Abdomen, realizando, entre otros: <ul style="list-style-type: none"> • Exploración. Palpación. Percusión. Auscultación. - Tacto rectal, si procede para descartar: <ul style="list-style-type: none"> • Impactación rectal. Hemorroides. Tumoraciones. - Extremidades, valorando entre otros: <ul style="list-style-type: none"> • La situación vascular y muscular. Presencia o ausencia de pulsos periféricos. Existencia de edemas. Limitaciones y/o deformidades articulares. - Neurológico, realizar estudio: <ul style="list-style-type: none"> • Marcha y equilibrio. El tono muscular y la fuerza. La sensibilidad. Valorar la presencia de: <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del habla. Temblor. Rigidez. Acinesia. Reflejos de liberación frontal. - Piel, buscando: <ul style="list-style-type: none"> • Lesiones tróficas. Úlceras por presión o vasculares. Signos de isquemia.
Exploraciones complementarias	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma. - Perfil bioquímico. - Sedimento de orina. - Ante determinadas sospechas se completará con: <ul style="list-style-type: none"> • Electrocardiograma. • Radiografía de tórax y abdomen. • Serología de lúes, vitamina B12, ácido fólico y hormona tirotrópica (TSH), para las personas que padezcan demencia.

VALORACIÓN FUNCIONAL	
Independencia	<ul style="list-style-type: none">- Actividades Básicas:<ul style="list-style-type: none">• Baño.• Vestido.• Cuidado personal.• Uso de wc.• Comer.• Transferencias.- Actividades instrumentales:<ul style="list-style-type: none">• Compra.• Cocinar.• Limpieza.• Finanzas.• Teléfono.• Tareas domésticas.- Actividades avanzadas:<ul style="list-style-type: none">• Ocio y tiempo libre.• Religiosas.• Aquellas de valor para la persona, etc.- Utilización de sistemas de productos y tecnología que faciliten su movilidad:<ul style="list-style-type: none">• Bastones, muletas, andadores, sillas de ruedas, etc.

VALORACIÓN MENTAL	
Valoración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel de escolarización y profesión. - Presencia de factores de riesgo cardiovascular: <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión. • Diabetes. • Fibrilación auricular. - Historia familiar de demencia. - Antecedentes psiquiátricos. - Consumo de fármacos y tóxicos. - Orientación temporal, espacial y personal. - Memoria, existencia de quejas de deterioro de memoria. - Existencia o no de problemas en el reconocimiento de familiares y amigos. - Lenguaje. - Capacidad de abstracción/juicio y toma de decisiones. - Trastornos de conducta: <ul style="list-style-type: none"> • Delirios. • Agitación psicomotriz. • Alucinaciones. • Ritmo vigilia-sueño. • Hipersexualidad. • Vagabundeo. • Auto/heteroagresividad física y/o verbal. • Lenguaje ofensivo. • Comportamiento social inadecuado.
Valoración afectiva	<ul style="list-style-type: none"> - Estado anímico y labilidad emocional. - Anergia/hipoergia. - Trastorno del apetito. - Trastorno del sueño. - Signos de ansiedad. - Ideación de muerte. Ideación o tentativas autolíticas. - Quejas somáticas.
Nivel de participación en actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Facilidad o no de relacionarse con otros y de participación en distintas actividades. - Facilidad o no para realizar actividades planificadas y por iniciativa propia. - Nivel de capacidad para establecer sus propios objetivos.



**EL DISEÑO
DEL PLAN DE ATENCIÓN
INDIVIDUALIZADA**

Una vez obtenida toda la información de la valoración integral, el equipo interdisciplinar deberá consensuar los siguientes pasos:

- Los objetivos para mejorar la calidad de vida de cada persona.
- Las tareas o acciones necesarias para llevar a cabo y cumplir con esos objetivos.
- Las intervenciones y tratamientos que se van a dispensar.
- La programación de las intervenciones donde aparecerá claramente especificada el tipo de intervención, su duración y responsable.
- La evaluación y comprobación de los resultados de los tratamientos e intervenciones para tomar, si fuera necesario, otras medidas que resulten más eficientes para la consecución de esos objetivos.

Aspiramos, como ya se ha dicho, a que la planificación y la intervención para todos los servicios de nuestra Comunidad estén centradas en la persona. Se debe implementar la metodología necesaria para que sea la propia persona quien tome decisiones sobre su propia vida y sobre los objetivos que aspira alcanzar en su transcurso.

Las intervenciones estarán dirigidas, por una parte, a favorecer el máximo grado de independencia, y por otra, a resaltar la importancia del acompañamiento y el apoyo, dirigidos a reforzar las capacidades de la persona, para que apoyándose en ellos, pueda conseguir y mantener su nivel de funcionamiento. La intervención va a actuar sobre las capacidades, sobre su propia biografía y sobre sus preferencias y deseos, con el fin de alcanzar el máximo nivel de autonomía.

La situación de las personas mayores dependientes evoluciona a lo largo del tiempo y también los apoyos necesarios para desarrollar su plan de atención. Por ese motivo, la atención que va a recibir una persona exige flexibilidad, hacer reajustes permanentes y adoptar decisiones y medidas en cada momento.

En resumen, la metodología que se pretende instaurar en todos los centros es una atención integral centrada en la persona, teniendo en cuenta su proyecto vital, fomentando la competencia personal y las conductas adaptativas de formación y entrenamiento en habilidades, proporcionando apoyos, productos y tecnología de apoyo.

El proyecto vital es un proyecto integrador de todos los ámbitos de la vida que se va construyendo y que llena de sentido cada circunstancia concreta de la misma. Se relaciona con la libre elección o asunción de paradigmas, creencias y valores que rigen nuestros actos. Es un proyecto en continuo desarrollo que no puede verse truncado por el ingreso en un centro, sino que debe ser favorecido.

Los planes personalizados de atención se entienden desde la coparticipación, siendo un instrumento de diálogo, y por tanto dinámico, entre la persona usuaria, la familia y los profesionales del centro. Lo principal es que podamos identificar no sólo las necesidades de cuidados que requiere cada persona sino también sus capacidades, sus deseos y preferencias con el fin de lograr la máxima autonomía de la persona en su vida cotidiana.

La situación de las personas mayores evoluciona, y por tanto su atención exige flexibilidad, hacer ajustes permanentes y adoptar decisiones y medidas en cada momento



**LA ELABORACIÓN
DEL PLAN DE ATENCIÓN
INDIVIDUALIZADA
DESDE EL MODELO
CENTRADO EN LA PERSONA**

Como ya hemos expresado anteriormente el plan de atención individualizado debe constituirse como un documento donde recojamos todas las informaciones, objetivos, ideas, propuestas de intervención y apoyos personalizados con el fin de que la persona pueda adquirir el mayor nivel de autonomía sobre su vida. Debe ser un soporte documental que reúna toda la información referente a la persona y resulte práctico en su funcionamiento.

Desde la Sección de Calidad y Protectorado de Fundaciones, hemos revisado varios modelos de PAI y nos hemos decantado por el modelo presentado por Teresa Martínez Rodríguez publicado en el número 76 de los Documentos de Bienestar Social, del Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, denominado “La Atención Gerontológica Centrada en la Persona”.

Los aspectos más significativos y algunas de las ideas básicas para la elaboración de un PAI centrado en la persona son:

1. Trabajamos con personas, buscando su bienestar diario.

- El PAI debe permitir continuar, completar y mejorar el proyecto de vida de cada persona mayor. Tiene que recoger tanto las limitaciones y dificultades de la persona como las capacidades, preferencias y deseos para lograr su máximo nivel de autonomía, recogiendo toda la información de su biografía y utilizándola en la elaboración de materiales con contenidos significativos de su vida.
- Lo cotidiano tiene gran importancia a la hora de diseñar las acciones, con el fin de proporcionar efectos beneficiosos en la autoestima y en el bienestar emocional de la persona mayor. Debemos llevar a cabo propuestas que partan de su historia personal.
- Se han de integrar los aspectos terapéuticos en la vida diaria para que las personas puedan desarrollar su autonomía, a fin de mantener el mayor control de su propia vida.

- El desarrollo de la autonomía en las personas dependientes conlleva la asunción de ciertos riesgos por lo que será preciso proporcionar un equilibrio entre la seguridad, el bienestar emocional y la autonomía de las personas en el diseño de las distintas intervenciones. En la búsqueda del bienestar diario se deberá elegir la opción menos restrictiva y más favorecedora de su autonomía personal.

El uso de sujeciones se opone a los principales objetivos de los cuidados prolongados, es decir, lograr el máximo grado de independencia física y mental o capacidad funcional y la mejor calidad de vida posible. La persona sometida a sujeción física se enfrenta a una pérdida de autonomía, dignidad y autoestima. El objetivo de eliminar o reducir al mínimo su uso debe ser, por tanto, una clave de la práctica clínica.

En Navarra llevamos varios años trabajando en el objetivo principal de racionalizar su uso, con su disminución paulatina hasta utilizarlas sólo cuando haya una indicación precisa y consensuada.

La normativa señala el derecho a no ser sometido a ningún tipo de inmovilización o de restricción física o tratamiento farmacológico sin prescripción facultativa y supervisión, salvo que exista peligro inminente para la seguridad física del usuario o de terceros. En este último caso las actuaciones efectuadas se justificarán documentalmente y costarán en el expediente de la persona usuaria, aplicándose el protocolo establecido, comunicándose al Ministerio Fiscal.

2. Trabajamos con personas, preservemos su honor y su intimidad.

- Cuando la persona necesita cuidados por parte de otros, somos los distintos profesionales del servicio los que tenemos que garantizar ese derecho al honor e intimidad.

En la elaboración del PAI centrado en la persona se busca el bienestar diario, eligiendo las opciones menos restrictivas y que más favorezcan la autonomía

3. Trabajamos con personas, creando entornos significativos.

- Actividades plenas de sentido: las actividades no pueden ser infantiles sino acordes con la edad e intereses de la persona a quien se dirigen para que le motiven y contribuyan a su bienestar emocional.
- Contemplando pasado y presente: las propuestas de intervención y programación de actividades han de formalizarse de manera individualizada y diseñadas con la participación y teniendo en cuenta las preferencias de la persona.
- El valor de lo propio posibilitando que las personas puedan disponer de sus pertenencias que están cargadas de tantos recuerdos positivos.
- El adecuado diseño de los espacios físicos: un diseño lo más parecido a un hogar que facilita la percepción del centro como el propio domicilio y favorece el bienestar emocional.

4. Trabajamos con personas, démosles oportunidades de empoderamiento e integración a través de:

- Diseño de actividades empoderadoras que tengan como objetivo aumentar la competencia y la autonomía de la persona.
- Actividades en contextos integradores, posibilitando que las personas usuarias se integren con los vecinos de su comunidad.
- La utilización de productos de apoyo, tecnologías de información y de comunicación que aportan una mayor calidad de vida de las personas si se hace un uso correcto de ellos.

Basándonos en el modelo de PAI propuesto por Teresa Martínez Rodríguez, en la publicación, “La Atención Gerontológica Centrada en la Persona”, hemos elaborado nuestra propuesta, realizando algunas aportaciones al mismo.

I. PROPUESTA DE ATENCIÓN INDIVIDUAL

1. Independencia/Dependencia.

- Salud:
 - Síndromes geriátricos y/o enfermedades crónicas que requieren cuidados.
 - Tratamientos.
 - Salud percibida.
 - Principales objetivos de la intervención.
 - Propuestas de programas, actividades para lograr los objetivos.
 - Elección de actividades con pautas personalizadas y con la implantación de los apoyos necesarios.

- Nivel funcional:
 - Niveles deficitarios o limitaciones.
 - Competencias preservadas y fortalezas.
 - Principales objetivos en la intervención.
 - Propuestas de programas, actividades para lograr los objetivos.
 - Elección de actividades con pautas personalizadas y con la implantación de los apoyos necesarios.

2. Autonomía/Heteronimia.

- Dimensión cognitiva:
 - Niveles deficitarios o limitaciones.
 - Competencias preservadas y fortalezas.
 - Principales objetivos en la intervención.
 - Propuestas de programas, actividades para lograr los objetivos.
 - Elección de actividades con pautas personalizadas y con la implantación de los apoyos necesarios.

- Dimensión emocional:
 - Dificultades emocionales.
 - Fortalezas.
 - Principales objetivos en la intervención.
 - Propuestas de programas, actividades para lograr los objetivos.
 - Elección de actividades con pautas personalizadas y con la implantación de los apoyos necesarios.
- Competencia para la toma de decisiones en los asuntos del centro:
 - Participación en la elaboración y aceptación del PAI.
 - Elección ante conflictos.
 - Elecciones simples en la vida cotidiana del centro.
 - Otras.

3. Relación Social.

- Red social de apoyo existente.
- Tipos de apoyos (emocional/instrumental).
- Percepción del apoyo que recibe.
- Dificultades en las relaciones sociales.
- Fortalezas en las relaciones sociales.
- Principales objetivos en la intervención.
- Propuestas de programas y actividades para lograr los objetivos.
- Elección de actividades con pautas personalizadas y con la implantación de los apoyos necesarios.

4. Intereses ocupacionales de la persona.

- Relacionados con la historia laboral.
- Relacionados con aficiones y ocio.
- Principales objetivos en la intervención.
- Propuestas de programas, actividades para lograr los objetivos.
- Elección de actividades con pautas personalizadas y con la implantación de los apoyos necesarios.

5. Gestión de su vida cotidiana: deseos y preferencias.

- Relacionados con el centro y organización de su atención.
- Relacionados con su vida cotidiana en el hogar y otros contextos de cercanía.
- Principales objetivos de la intervención.
- Propuestas de programas y actividades para lograr los objetivos.
- Elección de actividades con pautas personalizadas y con la implantación de los apoyos necesarios.

II. PROPUESTA DE ATENCIÓN EN EL CENTRO

1. La gestión de la vida cotidiana en el centro.

- Actividades y servicios que se prestan en el propio centro (logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicomotricidad, etc.):
 - Pautas y apoyos requeridos.
 - Técnicas e instrumentos de atención personalizada en las intervenciones.
 - Intervención ambiental (eliminación de barreras, medidas ambientales, ayudas técnicas...).
 - Otras pautas o apoyos, no relacionados con los servicios prestados pero sí incluidos en la vida cotidiana del centro.
 - Rutinas o actividades a apoyar en otros escenarios cotidianos externos al centro dentro del horario de atención.

2. Intervenciones dirigidas al grupo familiar.

- Persona o personas de referencia para contactar. Definir el grupo de apoyo.
- Propuestas que faciliten la incorporación de la familia en actividades diarias del centro.

3. Profesional de referencia.

- Nombre y puesto de trabajo que desempeña.
- Contacto y comunicación con el familiar de referencia.

4. Forma de seguimiento y periodicidad de las revisiones.

- Establecimiento de plazo mínimo de revisión.

**5. Consentimiento informado del PAI y de la inclusión de los datos
socio-sanitarios necesarios para garantizar cuidados de larga duración.**

- Información.
- Acuerdo y firma de la persona y/o familia .

III. REVISIONES Y SEGUIMIENTOS

- 1. Realización de revisiones periódicas realizando los ajustes que se requiera a lo largo del proceso.**
- 2. Evaluación de los resultados obtenidos.**

BIBLIOGRAFÍA

- La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.
- Departamento de Políticas Sociales del Gobierno de Navarra. Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales.
- El Decreto Foral 6/2011, de 24 de enero, por el que se regula el profesional de referencia de los servicios sociales de Navarra.
- Leturia, F.; Inza, B. y Hernández C. (Fundación Matia). (2007) *“El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios”*. Zerbitzuan nº 41.
- Martínez, M. T. (2010). *“Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia”*. Madrid, informes Portal Mayores, nº 98. (fecha de publicación: 28/01/2010).
- Martínez, M. T. (2011). *“La Atención Centrada en la Persona”*. Documentos de Bienestar Social. Gobierno del País Vasco.
- Martínez, M. T. (2013). *“La Atención Centrada en la Persona. Algunas Claves para Avanzar en los Servicios Gerontológicos”* Fundación Caser para la Dependencia.
- Moya Bernal, A. (2006). *“Consideraciones Bioéticas alrededor de las Personas Mayores”*. Perfiles y Tendencias nº 24 (fecha de publicación 01/09/2006) IMSERSO.
- Peña-Casanova J., Gramunt Fombuena N., Vich Fullá J. (2004) *“Tests neuropsicológicos, fundamentos para una neuropsicología clínica basada en evidencias.”* Barcelona: Ediciones Masson.
- Redín J.M. Valoración geriátrica integral (I): *“Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad”* ANALES SIS Navarra. 1999, vol. 22, suplemento 1.
- Rodríguez, P. (2010). *“La atención integral centrada en la persona”*. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. (Fecha de publicación: 04/11/2010).
- Salgado A., Alarcón M.T. (1993). *“Valoración del Paciente Anciano”*. Barcelona: Ediciones Masson.
- Servicio de Calidad e Inspección. Sección de Calidad de Recursos y Proyectos Singulares. *“El Plan Personalizado de Atención”*. Documentos Marcos para la Mejora de la Calidad. Principado de Asturias.

- Servicio Foral Residencial. *“Plan de Atención Individual”*. Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social.
- Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea. *“Valoración del Anciano”* en Atención Primaria. Guía de actuación.
- Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea. *“Abordaje de la demencia”*. Guía de actuación en la Coordinación Atención Primaria-Neurología. 2007.
- Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *“Tratado de Geriátría para Residentes”*. Imserso. 2006.
- Suárez N. *“Documentación aportada en el Curso de Calidad Asistencial Gerontológica Centrada en la Persona”*. Instituto Gerontológico Matía, Ingema, 2012.
- Corregidor Sánchez A.I. Coordinadora. *“Terapia ocupacional en geriatría y gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas”*. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. 2010.



ANEXO 1

Ficha modelo PAI

Propuesta de Atención Individual
Propuesta de Atención del Centro

PROPUESTA DE ATENCIÓN INDIVIDUAL

FECHA ELABORACIÓN PAI _____

1. DATOS PERSONALES:

NOMBRE _____ APELLIDOS _____

DNI _____ FECHA NACIMIENTO _____

FECHA DE INGRESO _____ MOTIVO _____

TIPO DE INGRESO _____ FECHA VALORACIÓN INTEGRAL _____

FAMILIARES/TUTOR LEGAL _____ TELÉFONOS _____

2. DATOS SOCIOSANITARIOS:

Régimen asistencia sanitaria _____

Nivel dependencia _____ Grado discapacidad _____

Incapacidad legal _____ N° afiliación Seguridad Social _____

Centro Salud de adscripción _____ N° de CIPNA _____

Médico/a Atención Primaria _____

3. PROFESIONALES QUE INTERVIENEN:

Profesional de referencia _____

Otros profesionales _____

4. INDEPENDENCIA/DEPENDENCIA	
Salud	
Síndromes geriátricos y enfermedades crónicas que requieren cuidados	
Tratamientos	
Salud percibida	
Principales objetivos de la intervención (Incluir acciones, responsables y seguimiento para cada objetivo)	
Nivel funcional en las actividades de la vida diaria	
Niveles deficitarios o limitaciones	
Competencias preservadas y fortalezas	
Principales objetivos de la intervención (Incluir acciones, responsables y seguimiento para cada objetivo)	

5. AUTONOMÍA/HETERONIMIA	
Dimensión cognitiva	
Niveles deficitarios o limitaciones	
Competencias preservadas y fortalezas	
Principales objetivos en la intervención (Incluir acciones, responsables y seguimiento para cada objetivo)	
Dimensión emocional	
Dificultades emocionales	
Fortalezas	
Principales objetivos en la intervención (Incluir acciones, responsables y seguimiento para cada objetivo)	
Competencia para la toma de decisiones en los asuntos del centro	
Dificultades	
Fortalezas	
Principales objetivos en la intervención (Incluir acciones, responsables y seguimiento para cada objetivo)	

6. RELACIÓN SOCIAL	
Red social de apoyo existente	
Formal (Servicios profesionales)	
Informal (familia, amigos) Identificar figuras de referencia colaboradoras en el PAI	
Tipos de apoyos familiares que mantiene (emocional /instrumental)	
Percepción del apoyo que recibe	
Dificultades en las relaciones sociales	
Fortalezas en las relaciones sociales	
Principales objetivos en la intervención (Incluir acciones, responsables y seguimiento para cada objetivo)	

7. INTERESES OCUPACIONALES DE LA PERSONA	
Relacionados con la historia laboral	
Relacionadas con aficiones y ocio	
Principales objetivos en la intervención (Incluir acciones, responsables y seguimiento para cada objetivo)	

8. GESTIÓN DE SU VIDA COTIDIANA: DESEOS Y PREFERENCIAS	
Relacionados con el centro y organización de su atención	
Relacionados con su vida cotidiana en el hogar y otros contextos de cercanía	
Principales objetivos en la intervención (Incluir acciones, responsables y seguimiento para cada objetivo)	

PROPUESTA DE ATENCIÓN EN EL CENTRO

1. LA GESTIÓN DE LA VIDA EN EL CENTRO: Actividades y servicios en el propio centro

Programas, servicios, actividades propuestas (estimulación cognitiva, fisioterapia,...)	
Atención personalizada en las intervenciones (pautas ante comportamientos, hábitos a mantener,...)	
Intervención ambiental (eliminación de barreras, medidas ambientales, ayudas técnicas,...)	
Rutinas o actividades a apoyar en otros escenarios cotidianos externos al centro y dentro del horario de atención (pequeñas compras, actos culturales y sociales,...)	

2. INTERVENCIONES DIRIGIDAS AL GRUPO FAMILIAR

Orientaciones para el cuidado de la persona	
Orientaciones para el autocuidado	

3. FORMA DE SEGUIMIENTO Y PERIODICIDAD DE LAS REVISIONES

Fecha próxima revisión	
Otras observaciones a tener en cuenta	

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PAI Y DE LA INCLUSIÓN DE DATOS SOCIOSANITARIOS PARA GARANTIZAR CUIDADOS DE LARGA DURACION

Información	
Acuerdo y firma de la persona y/o familia	

