

PARTICIPACIÓN DE LAS FAMILIAS EN LOS CENTROS RESIDENCIALES

TOMA DE DECISIÓN RELACIONADA CON EL INGRESO RESIDENCIAL

Las decisiones sobre los cuidados durante el envejecimiento, tienen un impacto directo en la vida de la persona mayor, incorporan elementos emocionales, valorativos y se refieren a aspectos que resultan cercanos, comprensibles y en cierto sentido manejables ella (Salthouse, 1996; Wood & Tanius, 2008; Foster et al., 2008; Higgs & Craig, 2012). Bajo este prisma resulta coherente que las decisiones sobre el cuidado –en el sentido de caring about y de caring for (Tronto, 1998) -, se tomen sobre la base de la teoría naturalista de la toma de decisiones (Klein, 1999) (Zsombok & Klein, 1997) y como parte de un proceso interactivo y compartido entre los distintos agentes implicados (shared mind) (Epstein, 2013; Elwyn, 2012). La toma de decisiones compartida reconoce la autonomía relacional de la persona mayor y promueve su autogobierno, partiendo de su interdependencia del contexto socio-familiar cotidiano en el afrontamiento de las condiciones de vulnerabilidad (Agrela Romero, Martín Palomo, & Langa Rosado, 2010) y tomando en consideración el hecho de que las personas significativas son aquellas con las que habitualmente se consultan y reflexionan las decisiones relevantes. (Delgado Rodríguez, 2012; Ramos Ponzón, 2012; Bosch Fontcuberta, 2012). Las decisiones relativas a los cuidados se toman, además, incorporando junto a los elementos racionales otros componentes emocionales, intuiciones o elementos críticos que hacen aflorar valores personales antes desconocidos (whole mind) (Epstein, 2013).

Frente a un modelo de relación contractual, que tiene como elemento central el consentimiento informado y que persigue la no intromisión en la vida y derechos de la persona mayor, las decisiones compartidas se toman bajo el enfoque de la relación de ayuda centrada en la persona (Delgado Rodríguez, 2012).

se reflexiona sobre las tareas y riesgos de la vida personal y doméstica cotidiana, y se discuten y acuerdan aspectos relativos al control y a la independencia. Ello no es sino un reflejo de la lógica que siguen las personas mayores en sus decisiones sobre los riesgos y dificultades, que está basada en la normalización y en estrategias de adaptación continuas (Higgs & Craig, 2012; Taylor & McKeown, 2013). Partiendo de una concepción de la persona mayor como vulnerable, pero también como resiliente y adaptativa a las situaciones cotidianas cambiantes, en la práctica las decisiones giran en torno a si continuar realizando o participando en las tareas cotidianas, introducir cambios en las rutinas o realizar los ajustes y adaptaciones necesarias, tratando de elevar las expectativas de lo que es posible a los niveles más altos. Ello redundaría en el empoderamiento y satisfacción de la persona mayor, al tiempo que promueve la corresponsabilidad de quienes participan en la toma de decisiones (Ipsos Mori, 2014).

Sobre la base de estas premisas, se identifican las siguientes buenas prácticas relacionadas con la toma de decisión de la persona mayor y de su familia relativa al ingreso residencial:

- Retrasar la firma del consentimiento hasta después de haber finalizado el periodo de prueba ya que dar el consentimiento sobre algo que se desconoce es muy difícil.
- Establecer a modo de periodo de prueba ingresos de estancia temporal. establecer periodos de prueba de 2-3 meses de preingreso y después realizar una valoración conjunta, con profesionales, familiar y persona usuaria.
- Trabajar el proceso de preingreso de manera coordinada con los servicios sociosanitarios a domicilio y/o sociales municipales. Incluye el establecimiento de una serie de “criterios de alerta” y proporcionar la información relativa al centro residencial. Esta información provoca la reflexión de los familiares y de la persona usuaria sobre el ingreso residencial.

PAUTAS PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA CENTRALIDAD DE LA PERSONA EN LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN LOS CENTROS RESIDENCIALES

Frente a la concepción imperante en la década de los 80, en la que el modelo residencial se asimila al hotelero y se dirige fundamentalmente al ocio y al disfrute de la jubilación de “ancianos válidos”, los servicios residenciales para la tercera edad se caracterizan desde principios de los noventa por prestar atención a la dependencia, la asistencia residencial gerontológica actual consiste en ofrecer prestaciones y servicios desde equipamientos concebidos como sustitutivos del hogar para hacer frente a las necesidades derivadas de la vida diaria, tanto para la supervivencia (cuidado personal, alojamiento, vestido, comida), como para la integración y la autorrealización (actividad, mantenimiento de relaciones sociales, del sentido de pertenencia, desarrollo personal).

En ella cobra especial valor, la atención centrada en la persona, como modelo de gestión que va a situar a la persona dependiente, aun en caso de dependencia grave, como referente para la organización de su vida y prestación de sus cuidados. En este sentido, la atención a sus derechos, gustos, preferencias constituirán el eje de atención que reciba. Sin embargo, el deterioro de las capacidades funcionales y cognitivas de las personas que ingresan en centro residencial, dificulta en muchas ocasiones el conocimiento de sus intereses, gustos y preferencias.

En este sentido, se destacan como buenas prácticas las siguientes:

- Realizar una reunión pre-admisión preferiblemente con la familia con el objetivo de ir recopilando la historia de vida.
- Construir la Historia de vida y estilo de vida, costumbres y deseos de la persona residente de manera dialogada.
- Construir un proyecto de acompañamiento sobre la base de la Historia de vida y de la evaluación de necesidades. Este proyecto incluirá un plan de cuidados y de actividades individuales y colectivas de la persona residente.
- Presentar una visión del centro residencial como la de un servicio dirigido a satisfacer las necesidades y cumplir las expectativas de las personas que van a ingresar, consensuadas con ella y con sus familiares.

IMPLICACIÓN DE LAS FAMILIAS EN LOS CUIDADOS RESIDENCIALES

La decisión de ingreso residencial es una decisión que, ya sea tomada de manera individual por la persona mayor, o consensuada con la familia, puede provocar sentimientos de culpabilidad en ésta y da lugar, generalmente a una necesidad sentida de la familia de participar en los cuidados de la persona mayor incorporada al centro residencial.

El trabajo de implicación con las familias persigue mantener y reforzar los vínculos de la persona residente con sus familias, asegurar el bienestar de la persona residente a través de la implicación de la familia y comprender los esquemas y patrones familiares. La designación de la persona referente y de la persona de confianza facilitan también la relación con la familia, con el residente y con los agentes sociales.

Se identifican las siguientes buenas prácticas:

1. Hacer de la residencia un lugar acogedor para las familias, a través de: la decoración, los intercambios, la atención a las necesidades familiares, la flexibilidad horaria de las visitas, la salida en fines de semana y vacaciones...)
2. Contacto continuado y reuniones periódicas del equipo y de los responsables con la familia
3. Lugares accesibles para las familias
4. Posibilidad de contacto por Skype para familias que viven lejos
5. Interés por conocer el funcionamiento familiar, las emociones y sentimientos que supone para la familia la entrada y la vida en una residencia y las pautas de comunicación intrafamiliar.
6. Preparación de las salidas una vez la persona mayor ya se ha adaptado a la residencia.
7. Protocolos y espacios sociales que favorecen el aspecto “no medicalizado”.
8. Grupo de autoayuda de personas cuidadoras, actividades colectivas, participación familiar, explicación de las actividades que se realizan en el PASA, adaptación de horarios, misas, decoración, jardinería, proyectos formativos, etc. Atención e implicación familiar en los momentos finales de la vida.
9. Equilibrio entre la atención profesional y el no desplazamiento de la función de apoyo emocional y afectivo de la familia.

- Dificultades identificadas:

1. Los límites de la implicación familiar en el ámbito rural son difíciles de establecer. La familiaridad de las personas con otros residentes hace que se deba tener especial cuidado en algunos ámbitos, tales como los cuidados médicos.
2. La confusión de roles, que lleva por ejemplo en ocasiones a familiares cercanos autoproclamarse personas de confianza. Otra dificultad radica en las dificultades de algunas personas mayores para nombrar a la persona de confianza.
3. Conflictos familiares que influyen en la comunicación con el centro y con la persona residente.
4. La imagen social de la residencia como opción peor que el mantenimiento en el domicilio.
5. Reticencias familiares a abrirse en las reuniones con la psicóloga, sin ser aquellas conscientes de que las entrevistas tienen por objetivo mejorar la vida de la persona en la residencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Agrela Romero, B., Martín Palomo, M., & Langa Rosado, D. (2010). Modelos de provisión de cuidados: género, familias y migraciones. Nuevos retos y configuraciones para las políticas. *Alternativas*, 9-17.
- Delgado Rodríguez, J. (abril de 2012). Nuevas perspectivas bioéticas: autonomía relacional. *Revista de Enfermería*, 6(1), 35-42.
- Ipsos Mori. (2014). Understanding the lives of older people living with frailty. A qualitative investigation. London: Age UK.
- Klein, G. (1999). Sources of power. How people make decisions. Cambridge: MIT Press.
- Tronto, J. C. (Fall de 1998). An Ethnic of care. *Generations*, 22(3), 15-20.
- Zsombok, C., & Klein, G. (1997). Naturalistic decision making. New Jersey: Lawrence Erlbaum publishers.

“El proyecto SAREA ha sido cofinanciado al 65% por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER) a través del Programa Interreg V-A España-Francia-Andorra (POCTEFA 2014-2020). El objetivo del POCTEFA es reforzar la integración económica y social de la zona fronteriza España-Francia-Andorra. Su ayuda se concentra en el desarrollo de actividades económicas, sociales y medioambientales transfronterizas a través de estrategias conjuntas a favor del desarrollo territorial sostenible.

Le projet SAREA a été cofinancé à hauteur de 65% par le Fonds Européen de Développement Régional (FEDER) au travers du Programme Interreg V-A Espagne-France-Andorre (POCTEFA 2014-2020). L’objectif du POCTEFA est de renforcer l’intégration économique et sociale de l’espace frontalier Espagne-France-Andorre. Son aide est concentrée sur le développement d’activités économiques, sociales et environnementales transfrontalières au travers de stratégies conjointes qui favorisent le développement durable du territoire