



MEMORIA ACTIVIDADES SERVICIOS GERIÁTRICOS CANARIAS

2023

Usuario

ÍNDICE

1. Carta del presidente
2. Introducción
3. Quiénes somos
 - 3.1 Historia
 - 3.2 Misión, visión y valores
 - 3.3 Organigrama propio de Servicios Geriátricos Canarias y propios por centros.
 - 3.4 Carta de servicios
 -
4. El Modelo de Atención en los centros
 - 4.1 Principales componentes del Modelo de atención.
 - 4.2 El plan de atención individual (PAI)
 - 4.3 Los programas de intervención
 - 4.3.1 Programa de intervención al ingreso en el centro
 - 4.3.2 Programa de atención sanitaria
 - 4.3.3 Programa de Intervención social
 - 4.3.4 Programas de intervención funcional
 - 4.3.5 Programa de atención familiar
 - 4.3.6 Programa de reducción del uso de sujeciones físicas
 - 4.3.7 Programa de relación con la comunidad
5. Sistemas organizativos
 - 5.1 Protocolos
 - 5.2 Principales cambios organizativos.
6. Política de calidad
7. Plan anual de formación
8. Cronograma actividades 2023.

1. Carta del presidente de Servicios Geriátricos Canarias

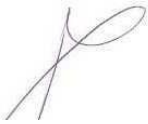
Un año más me gustaría agradecer a todos/as y cada uno/a de los/as que hacen posible que Servicios Geriátricos Canarias sea un hogar, en el que se presta una intervención global y que acompaña a las personas usuarias, en su proyecto de vida.

Un pilar, sin el que esto no podría salir adelante, es la plantilla de la Servicios Geriátricos Canarias, el verdadero motor y eje, que hace que día a día, mejore la calidad de vida y expectativas de las personas que viven en los centros de la Servicios Geriátricos Canarias, con una motivación y vocación por el trabajo que desempeñan, sin el que sería imposible llevar a cabo nuestra labor.

No me puedo olvidar, en esta mención especial, a quienes hacen posible y dan sentido a la existencia de la Servicios Geriátricos Canarias y la creación de esta “casa”. Me refiero a las personas que habitan en cada uno de los centros, así como a sus familias. Nuestro principal objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, acompañándolas en la creación y consecución de su proyecto de vida.

Me satisface ver la confianza depositada a lo largo de los años, y esto es síntoma de que las cosas se hacen bien, y nuestro empeño de ser mejores cada día, para así poder prestar los cuidados que se merece todas las personas que forman parte de Servicios Geriátricos Canarias.

Miguel Blanco Álvarez.



2. Introducción.

Este documento contiene la memoria justificativa del final del ejercicio del año 2023, de la Servicios Geriátricos Canarias, organización sin ánimo de lucro en el sector de la geriatría.

Por lo tanto, esta memoria, es un resumen y evaluación del conjunto de actividades e intervenciones, que, durante el año 2023, se han realizado en cada uno de los seis centros que compone la Servicios Geriátricos Canarias.

La memoria, está compuesta por diversos apartados y se ha desarrollado con el fin de exponer todas aquellas actividades, objetivos, resultados obtenidos, evaluación y mejoras, que la Servicios Geriátricos Canarias realiza, además de recoger datos de interés, en la labor diaria, como datos económicos, inversiones, subvenciones...

Este documento de consulta, está creado pensando no sólo en la parte profesional de la Fundación, si no que, también sirve de comunicación con todas las partes interesadas que participan o colaboran en la Servicios Geriátricos Canarias. Tanto de personas usuarias y familiares, como de la plantilla, como las administraciones públicas, y la propia junta directiva.

Además, es una clara apuesta hacia la transparencia en la gestión, ya que permite conocer y hacer visible, entre otras, las actividades que llevamos a cabo, pero también, evaluar el trabajo ya realizado, y que tiene que ver con la calidad en la atención residencial, como pueden ser las evaluaciones y mejoras tomadas de los programas de intervención, las encuestas de satisfacción, los estudios por áreas que permiten una visualización de la evolución del año...

A continuación, el desarrollo de la memoria de actividades del año 2023 de la Servicios Geriátricos Canarias.

3. Quiénes somos

3.1 Historia

La Servicios Geriátricos Canarias se constituye en el año 2003 con el objetivo de cubrir las necesidades sociales de la época, con especial atención a las personas mayores.

A lo largo de su historia ha experimentado un gran desarrollo y evolución, con el fin de ofrecer una respuesta acorde a las nuevas necesidades de las personas en su proceso de envejecimiento.

En los últimos años se ha realizado una enorme inversión en personal, infraestructuras, recursos materiales y medios técnicos con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas mayores que viven en los diferentes centros.

En la actualidad la Servicios Geriátricos Canarias gestiona dos centros residenciales para personas mayores atendiendo a un total de 205 personas.

El **Centro Sociosanitario de Santa Úrsula** está ubicado en **La Corujera**, un barrio del municipio de Santa Úrsula (www.santaursula.es), al norte de la isla de Tenerife.

El Centro está situado a 1 kilómetro del casco urbano del municipio, dicha ubicación nos permite tener una preciosa panorámica de los municipios situados en las faldas del Teide y del Océano que baña la isla, permitiéndonos ser testigos de las más bellas puestas de sol del norte de la isla.

A tan sólo 500 metros del Consultorio de Atención Primaria de La Corujera y a menos de 10 kilómetros del centro Hospitalario de referencia.

Su abrupta y acantilada costa, además de los ricos ecosistemas y espacios protegidos existentes en el municipio de Santa Úrsula conforman un atractivo lugar para el desarrollo de actividades en contacto con la naturaleza, siendo en algunos casos complementadas con senderos, convirtiéndose los mismos en punto de visita obligada para los turistas.



Centro Sociosanitario Los Realejos

El Centro Sociosanitario Los Realejos está situado en el término municipal de Los Realejos (www.losrealejos.es), en el norte de la isla de Tenerife. Cuenta con una gran diversidad paisajística de mar y montaña, muy conocido por su romería tradicional y sus batallas de fuegos artificiales.

El Centro se encuentra situado dentro del casco urbano, a unos 500 metros del Centro de Salud de Atención Primaria del municipio y a menos de 10 kilómetros del hospital de referencia.



3.2 Misión, Visión y Valores

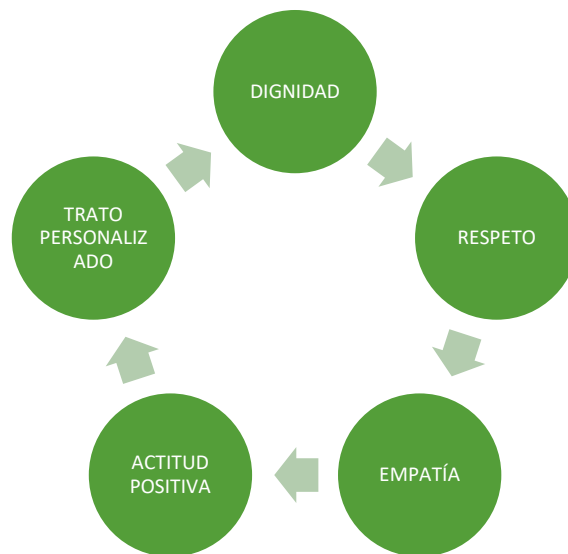
Misión: proporcionar atención integral a las personas mayores, acompañar en el proceso de envejecimiento y mejorar su calidad de vida. Seguir trabajando en el ciclo de la mejora continua manteniendo las certificaciones para las NORMAS ISO

9001:2015 y UNE 158.101:2015 para las que estamos certificados por la entidad AENOR, garantizando así una calidad en todos los servicios prestados.

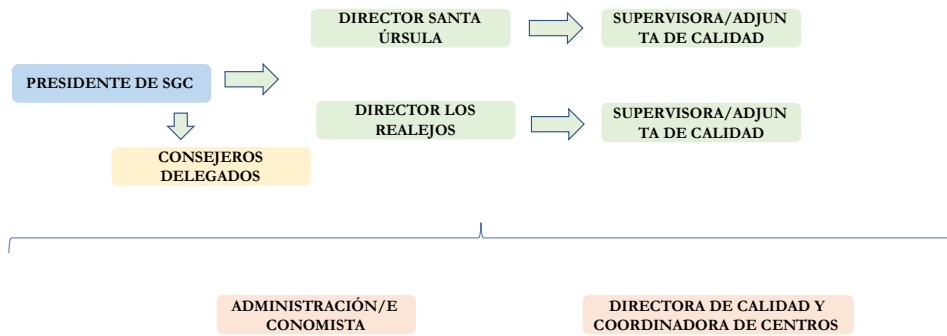
Visión:

- Prestar cuidados sociosanitarios y de rehabilitación mediante una atención integral personalizada, ofreciendo un trato digno y respetando la voluntad de las personas usuarias y, en su caso, teniendo en consideración la aportación de sus familiares.
- Promover el envejecimiento activo y la autonomía de las personas usuarias con acciones de prevención y motivación hacia una forma de vida que propicie su mejor calidad de vida y, en la medida de lo posible, su desarrollo personal.
- Servir de apoyo a los familiares de las personas usuarias con el objetivo de posibilitar el acompañamiento personal y la participación en la residencia de las familias
- Desarrollar un modelo organizativo y de funcionamiento centrado en la persona usuaria y orientado a una adaptación a sus necesidades cambiantes estableciendo procedimientos para la evaluación, la planificación y la gestión de recursos y actuaciones orientados a la mejora continua de la calidad en la residencia.
- Identificar los procesos que componen la actividad residencial. Determinar y seguir indicadores clave de eficiencia, eficacia y calidad, que permitan el análisis individual y comparativo de la gestión del centro y compongan una base sólida de nuestro compromiso con la mejora continua del sistema.
- Implementar una gestión del centro participativa mediante la delegación funcional y la toma de conciencia de la opinión de los profesionales.
- Integrar social, medioambiental y laboral del centro en su entorno para que sea un aporte de valor.

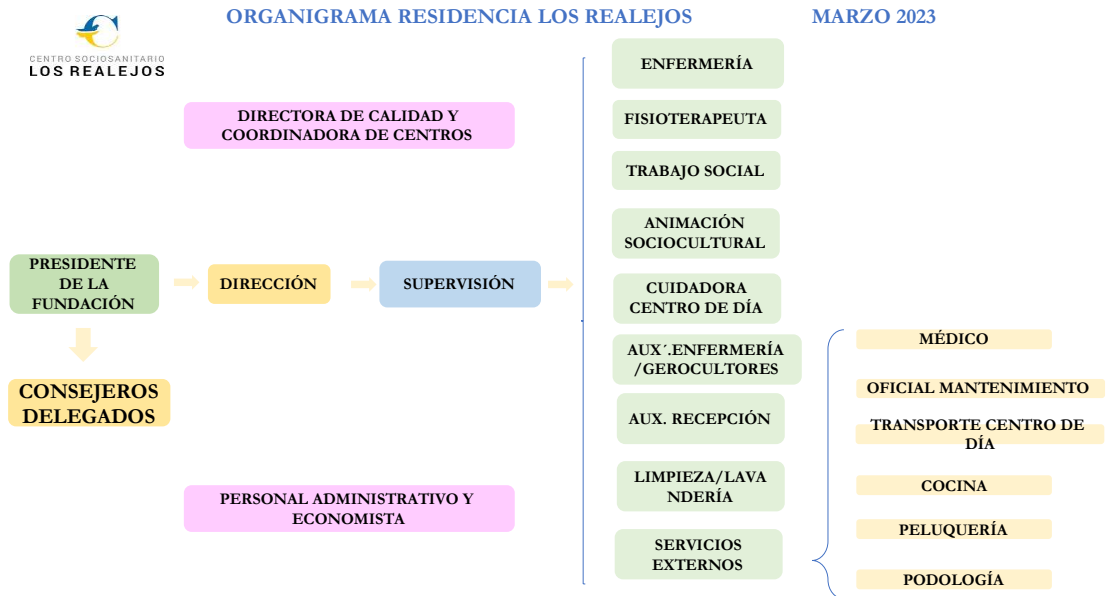
Valores:



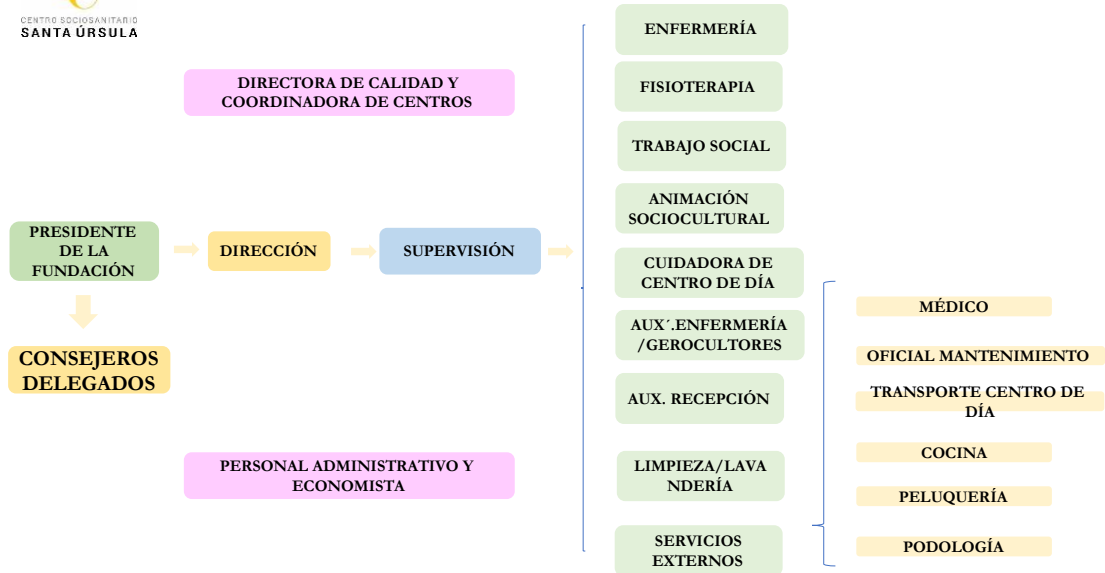
3.3 Organigrama de Servicios Geriátricos Canarias



Organigrama Los Realejos



Organigrama Santa Úrsula



3.4 Carta de Servicios

Cada centro de la Servicios Geriátricos Canarias cuenta con su propia carta de servicios, pero todas tienen puntos en común que son los que se redactan a continuación:

INFORMACION Y ATENCION A LAS FAMILIAS

Toda la información que las familias precisen podrán obtenerla siempre que lo demanden, con una atención personalizada por parte de la Dirección y Supervisoras de la Residencia. Las familias podrán presentar sugerencias siempre que se crea que los servicios pueden mejorarse.

SERVICIOS

Servicios Geriátricos Canarias proporciona asistencia médica con diagnóstico, valoración y prescripción de tratamientos médicos en horario de tarde de lunes a viernes, estando disponible un servicio médico desde el centro de salud de referencia.

Cuenta con un **director y una supervisora** disponibles las 24 horas, tanto para residentes como para familiares.

El **departamento de enfermería** del centro realiza las funciones propias, como gestión de medicamentos, curas, controles periódicos de tensión, etc. En horario de mañana y tarde.

Rehabilitación: el programa de rehabilitación está encaminado tanto a la recuperación (fracturas, operaciones, caídas...) como al mantenimiento de las actividades de la vida diaria. Es realizada por la fisioterapeuta del centro con la supervisión del médico en la sala de fisioterapia o en las mismas habitaciones de los residentes, en función de sus necesidades. También contamos con programas de gimnasia geriátrica y envejecimiento activo. Así mismo se aplican terapias didácticas al departamento de auxiliares en movilizaciones, levantamientos, comidas...

La persona responsable en el centro del programa de atención social es la **trabajadora social**. Es la profesional de contacto del centro para los residentes y familiares, tanto en el proceso de ingreso y acogida como durante el resto de la estancia de la persona mayor en el centro junto con el resto de profesionales.

Auxiliares y profesionales de referencia: ayuda a las AVD, plan de apoyos adaptado a cada residente y atención centrada en el residente, además de las funciones propias de su puesto de trabajo.

Programa de **animación y estimulación** cognitiva: actividades lúdicas y de estimulación cognitiva, talleres de manualidades y de cocina, huerto urbano, excursiones, gimnasia geriátrica, fiestas tradicionales.

Cocina realizada en el propio centro a diario llevada a cabo por un servicio externo (SERUNION): dietas adaptadas realizadas a diario en el centro.

Auxiliares de recepción siempre disponibles en la entrada del centro para atender a visitas y residentes, además de ayudar en traslados y funciones propias como mantenimiento del centro.

Personal de limpieza propio del centro desempeñando funciones propias de su puesto.

Contamos con **servicio externo de peluquería**, con precios asequibles. La supervisora se encarga de solicitar su servicio cuando se genera una lista de residentes bien porque estos lo soliciten o porque el personal lo vea oportuno (aproximadamente una vez cada dos semanas).

Servicio de podología externo para aquellos residentes que lo soliciten (si no hay contraindicaciones estas funciones las realiza el personal auxiliar del centro).

Contamos con un **servicio de transporte** para los residentes del centro de día que se encarga de su transporte tanto de del centro como de su domicilio.

Servicio de acompañamiento por parte del personal sanitario del centro, a consultas médicas programadas y derivaciones a urgencias.

DERECHOS Y OBLIGACIONES:

Los residentes, sin perjuicio de lo que establezca la normativa de aplicación en cada caso, disfrutarán de los siguientes derechos:

- ✓ A acceder al mismo y recibir asistencia en condiciones de igualdad y sin discriminación por razón de sexo, raza, orientación sexual, estado civil, edad, situación familiar, discapacidad, creencia, ideología, opinión o cualquiera otra circunstancia personal, económica o social.
- ✓ A recibir un trato acorde con la dignidad de la persona y el respeto de los derechos y libertades fundamentales, tanto por parte del personal del Centro como de los demás usuarios.
- ✓ A la confidencialidad, sigilo y respeto acerca de sus datos personales e información de su historial sanitario y social.
- ✓ A realizar salidas al exterior, dando cuenta al Centro si se sale del entorno del mismo, para facilitar la localización en caso de posibles riesgos (podrá ser objeto de limitación en virtud de resolución judicial)
- ✓ A mantener relaciones interpersonales, incluido el derecho a recibir visitas.
- ✓ A una intervención individualizada acorde con sus necesidades específicas, así como a la asistencia en los trámites necesarios de cara a su acceso a la atención social, sanitaria, educativa, cultural y, en general, a todas las necesidades personales precisas para su desarrollo integral.
- ✓ A la intimidad personal en función de las condiciones estructurales del Centro.
- ✓ A dejar de utilizar servicios o a abandonar el Centro por voluntad propia.
- ✓ A dar instrucciones previas respecto de la asistencia o cuidados que se le pueden administrar, al objeto de hacer frente a situaciones futuras en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente.

Son obligaciones del usuario:

- ❖ Cumplir las normas sobre utilización del Centro establecidas en el Reglamento de Régimen Interno y en el contrato de prestación de servicios, así como los acuerdos e instrucciones emanados de la Dirección del Centro.
- ❖ Utilizar adecuadamente las instalaciones del Centro.
- ❖ Observar una conducta inspirada en el mutuo respeto, tolerancia y colaboración, encaminada a facilitar una mejor convivencia en el Centro.
- ❖ Poner en conocimiento de la Dirección del Centro las anomalías o irregularidades que se observen en el mismo.
- ❖ Abonar puntualmente el importe de los servicios.
- ❖ Si, por cualquier causa, el residente tuviese intención de no pernoctar en el Centro, deberá comunicarlo con la debida antelación a la Dirección.
- ❖ De igual manera procederá el residente cuando se trate de ausencias temporales por cualquier causa.

OBJETIVOS Y FINES DE LA RESIDENCIA LOS REALEJOS – SERVICIOS GERIÁTRICOS CANARIAS

La carta de servicios tiene como finalidad dar a conocer los servicios que se prestan en la Residencia y los compromisos de calidad que se adquieren con los/as ciudadanos/as.

La Residencia para personas mayores es un recurso social del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia de Tenerife. Es un centro socio-sanitario que ofrece una atención integral y servicios continuados de carácter personal, social y sanitario en función de la situación de dependencia y de las necesidades específicas de apoyo, registrados en un Plan Interdisciplinar de Atención Personalizado, basado en la ACP (Atención Centralizada en la Persona).

Los principales objetivos en este sentido son:

- Promover el envejecimiento activo y la autonomía de las personas usuarias con acciones de prevención y motivación hacia una forma de vida saludable que propicie su desarrollo personal.
- Prestar servicios y programas de intervención ajustados a las necesidades de las personas en situación de dependencia que están siendo atendidas.
- Servir de apoyo a los/as familiares de las personas residentes y usuarias del centro con un doble objetivo: favorecer el acompañamiento personal y, por otra parte, hacerles partícipes en todo lo relacionado con la vida de sus familiares.

POLÍTICA DE CALIDAD

La definición de nuestra política de calidad ha de contribuir a mantener la satisfacción y confianza de nuestros residentes y sus familias, así como de sus trabajadores, a través de la implantación de un sistema de gestión basado en la norma UNE 158101:2015 y la norma ISO 9001 implantado con un sistema multisite en los dos centros pertenecientes a Servicios

Geriátricos de Canarias como muestra de nuestra mejora y para ofrecer los mejores servicios a nuestros residentes y su entorno.

Alguno de los principios por los que nos regimos son los siguientes: satisfacción del cliente (residente – familiar) mediante una atención cercana, individualizada y profesional consiguiendo que residentes y familiares estén satisfechos del trato que reciben, enfoque de atención integral y multidisciplinar basándonos en el modelo de Atención Centralizada en la Persona, modelo biopsicosocial y espiritual, esmero permanente por garantizar un trato amable, respetuoso y digno, escucha activa a residentes, familiares, entorno y trabajadores, disponer de un equipo de profesionales que trabajen respetando la libertad, intimidad y dignidad de los residentes, igualdad entre mujeres y hombres...

SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Implantado en nuestro centro, y con cinco años de rodaje, alcanza a las actividades de gestión de residencias de personas mayores prestando servicios personales, sanitarios (Médico, Rehabilitación y Enfermería), Psico-Socio-Culturales (Atención Psico-Social y Animación Socio-Cultural) y Generales (Cocina). El centro cumple con todos los requisitos establecidos en la Norma UNE-EN ISO 9001:2015 y en la norma UNE 158101:2015, con las que seguimos certificados. Para ello, nos sometemos anualmente, a una auditoría interna y una auditoría externa por parte de la empresa certificadora AENOR, además de seguimientos diarios por parte de la directora de calidad de Servicios Geriátricos Canarias, tanto en conexiones remotas, como de forma presencial en el centro.

El objetivo estratégico de los Realejos – Servicios geriátricos de Canarias es la realización de servicios cuyo nivel de calidad los haga competitivos desde el punto de vista del mercado, adecuados a la legislación vigente, a los requisitos de nuestros clientes, y rentables desde el punto de vista económico. En concordancia con ese objetivo empresarial, los objetivos generales del centro en la prestación del servicio a nuestros usuarios son los siguientes: ofrecer un hábitat seguro, accesible y adaptado a las necesidades funcionales de las personas usuarias en un ambiente confortable, proporcionar una convivencia armoniosa entre las personas usuarias respetando la intimidad y privacidad individuales, implantación del modelo de atención centrada en la persona con profesionales de referencia, mejorar la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la satisfacción con el propio proceso de necesidad de apoyos, favoreciendo la autoestima, el desarrollo personal y la integración socio ambiental, y prestar la atención necesaria a las personas usuarias según su necesidad de apoyo.

COMPROMISO DE LA DIRECCIÓN

La Dirección del centro ha adquirido un compromiso firme con el desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad y con su mejora continua. Para conseguir los objetivos de calidad expuestos anteriormente, el equipo de profesionales que trabaja en el centro debe estar suficientemente motivado y satisfecho de formar parte del mismo. Este equipo es el mayor valor de nuestro centro, por lo que debe existir un compromiso por parte de todos que asegure no solo una realización a nivel profesional sino también personal. Para ello, cada dos años se realizará una encuesta de satisfacción del personal tomando medidas en aquellos ítems menos valorados. También, como parte de la evolución continua, nos sometemos a una valoración anual por parte de los residentes y los familiares del centro, tomando también medidas en aquellos aspectos peor valorados y que estén dentro de nuestras posibilidades mejorar.

Algunos de los **objetivos** marcados donde se refleja nuestro compromiso son los siguientes:

- En Servicios Geriátricos Canarias, creemos y apostamos por una plantilla formada profesionalmente. Es por ello, que además de los requisitos que solicitamos para cada perfil de puesto, ofertamos anualmente una carta de cursos de formación específicos en el sector, que ayudan en la adquisición de herramientas para poder desempeñar el trabajo diario. Este año, hemos incluido en nuestro plan anual de formación, como forma de autoevaluación y ver si los cursos ofertados e impartidos en el centro, son realmente atractivos para nuestros/as trabajadores/as, un ítem de medición de “% de personal participante en la formación impartida en el centro”, planteándonos como objetivo, conseguir más de un 70% de participación anual del equipo trabajador en los cursos impartidos a lo largo del año 2023.
- Consideramos que hacemos un buen trabajo, acompañando y ayudando a todos/as nuestros/as usuarios/as en su proyecto de vida, sin embargo, no tenemos un formato en el que se recojan todas las actividades, funciones, tratamientos, planes de trabajo, intervenciones... del año. Es por ello, que a lo largo de este año 2023, iremos elaborando una “Memoria de actividades”, donde se reúna todo lo concerniente a la Servicios Geriátricos Canarias, de aplicación a los/as residentes y trabajadores/as, y se publicará y difundirá para el acceso de todo aquel que le pueda resultar de interés, en la página web de Servicios Geriátricos Canarias.
- Involucrar a los/as familiares en todos los aspectos de vida de nuestros/as usuarios/as, y acompañarlos de forma conjunta en el desarrollo de su proyecto de vida, es uno de nuestros pilares, ya que, lo consideramos indispensable para mejorar su calidad de vida. Es por ello, que, cuando programamos las reuniones interdisciplinarias de PAI de cada usuario/a, comunicamos a su familiar de referencia para que acuda a la reunión con todo el equipo técnico y con el/la usuario/a en cuestión. Tanto si el/la familiar de referencia acude como no, se le hará entrega de los resultados obtenidos (objetivos), de dicha reunión, para que, entre todos, podamos hacer cumplir los el proyecto de vida del/la usuario/a.
- Sabemos que la alimentación y las horas de la comida, son un hito en el día a día de nuestros/as usuarios/as, es por ello que, satisfacerles en este ámbito es uno de nuestros pilares. Este año, como novedad, iremos

- introduciendo platos nuevos en los menús, además de realizar menús estacionales y unificar los menús para ambos centros, agrupando lo mejor de cada uno de ellos.
- Siempre hemos considerado de vital importancia, el realizar actividades, terapias... tanto individuales como grupales en el centro, y la importancia de que estas actividades propuestas, sean realmente significativas para los/as residentes, y más, después de la situación vivida por el Covid-19, en la que estas actividades, se vieron suspendidas. Actualmente, esto lo tenemos cubierto entre semana, con la presencia de terapia ocupacional/educación social o animación sociocultural, pero es cierto, que el fin de semana, carecen de este tipo de “entretenimiento”. Es por ello, que este perfil de puesto, elaborará un dossier de “actividades adaptadas” para que se puedan realizar durante el fin de semana dirigidas por el personal auxiliar del centro.
 - En el centro, y dentro de nuestra metodología de trabajo de ACP (Atención Centralizada en la Persona) y con nuestro Sistema de Gestión de Calidad, trabajamos con numerosas escalas de evaluación para los diferentes perfiles de puesto. Sin embargo, no existe una escala para el ámbito social y conocer los recursos de los que disponen nuestros/as usuarios/as, y en base a eso, poder determinar de qué mejor manera podemos ayudarles. Es por ello, que la trabajadora social, ha diseñado una Escala propia de ámbito social, que para a cada nuevo/a usuario/a del centro, para así detectar en qué situación se encuentra socialmente, y como abordar de la mejor manera, esa situación. Esta escala social, se añadirá al software RESIPLUS, con el que trabajan todos/as los/as técnicos/as, de manera que así, quede centralizada e informatizada.
 - Muchos/as de nuestros/as usuarios/as están plurimedcados, debido a varias patologías concomitantes, que les hace ser llevados por varios especialistas. Sin embargo, en muchas ocasiones, la medicación crónica se alarga, en ocasiones quizás sin necesidad de ello. Es por eso, que revisaremos junto con la médica del centro, cada uno de los tratamientos de los/as residentes, y se valorará con esta, la posibilidad de retirar alguna de la medicación crónica, siempre, consultando previamente, con el médico/a especialista en caso de ser necesario.

Además, como objetivo propio del centro Los Realejos, tenemos:

- Como se ha indicado anteriormente, queremos mejorar las infraestructuras e instalaciones del centro, para mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios/as, con estancias acondicionadas para ellos/as. Es por ello que, este año, habilitaremos un espacio más para ellos/as, mediante el acondicionamiento y mantenimiento de un jardín.
- Uno de los grandes problemas que nos encontramos en este centro, y que nos limita a los trabajadores en ocasiones para poder realizar nuestras funciones, así como a la directora de calidad para conectarse en remoto, o a la hora de realizar auditorías... son las malas conexiones. Es por ello, que trataremos de instalar fibra óptica, para conseguir un trabajo más fluido.

Anualmente se revisarán los compromisos contenidos en la misma comprobando si siguen siendo adecuados, procediéndose a su actualización o modificación en el caso.

En el caso de los objetivos planteados en el 2022, dado que ya están cumplidos, no los proponemos para este 2023 independientemente de que seguiremos trabajando con la misma dinámica y con aquellos aspectos ya conseguimos. Cabe recalcar, que los objetivos que nos hemos ido proponiendo a lo largo de los años (desde el 2018 que comenzamos a trabajar con un sistema de gestión de calidad), se han ido cumpliendo y los hemos añadido a nuestra sistemática de trabajo, lo que quiere decir, que no son objetivos del año en curso únicamente. Esto nos parece importante, ya que cada año, añadimos mejoras y quedan implantadas en nuestro sistema de trabajo.

MEDICION Y SEGUIMIENTO DE LA CALIDAD

En este centro se realizará anualmente una encuesta a usuarios y familiares para medir su satisfacción con el centro, los servicios que ofrece y la eficacia del sistema de gestión de la calidad. Dentro del Programa de Indicadores, podemos destacar los siguientes para evaluar la eficacia de los procesos del centro: porcentaje de ocupación de plazas privadas, programas de salidas al exterior, sugerencias del personal, número de visitas en la página web, número de no conformidades y tiempo de resolución de las mismas, porcentaje de usuarios con valoración inicial en el proceso del ingreso, porcentaje de usuarios con realización de PAI en tiempo, porcentaje de revisiones semestrales de PAI, porcentaje de usuarios con baja por insatisfacción, porcentaje de reclamaciones contestadas en plazo, porcentaje de usuarios con caídas, porcentaje de usuarios con absorbentes, porcentaje de usuarios con úlceras por presión (UPP), porcentaje de usuarios con infección de orina (ITU), porcentaje de usuarios con sujeción mecánica, porcentaje de incidencias en la medicación, porcentaje de usuarios participantes en actividades de estimulación cognitiva y en actividades socioculturales, porcentaje de usuarios con prendas extraviadas, porcentaje de usuarios con quejas...

A lo largo del 2022 se han cumplido todos los objetivos propuestos para cada uno de los indicadores de medición, y para este 2023, se han añadido seis nuevos ítems de seguimiento y autoevaluación.

Cabe recalcar, que los resultados de las encuestas del 2023, han sido muy satisfactorias. Citamos los resultados a continuación:

- Encuesta de satisfacción del personal trabajador. Se realiza bianualmente y fue realizada en 2022, teniendo un resultado de un 90% de satisfacción del personal. Se realizará de nuevo este año 2024.

- Encuesta de satisfacción del residente, realizada en el 2023 y obteniendo un valor de un 96% de satisfacción.
- Encuesta de satisfacción del familiar, realizada en el 2023 y obteniéndose un valor de un 94% de satisfacción.

MEDIDAS DE SUBSANACIÓN. MEJORA CONTINUA

Acciones correctivas. Se establecen acciones correctivas para eliminar las causas de las no conformidades con el objeto de prevenir su repetición. Se realizan los siguientes pasos:

- Revisar las no conformidades y determinar las causas.
- Evaluar la necesidad de adoptar acciones para asegurar que las no conformidades no vuelvan a aparecer.
- Comunicar a la directora de calidad la deficiencia para la gestión de la no conformidad o acción correctiva
- Determinar las acciones correctivas necesarias e implantarlas.
- Registrar los resultados de las acciones adoptadas.
- Revisar la eficacia de las acciones correctivas adoptadas.
- Cierre por parte de la directora de calidad de la no conformidad o acción correctiva.

QUEJAS Y RECLAMACIONES:

Existe además un documento donde tanto usuarios, familiares como trabajadores pueden hacer comunicaciones, consultas o quejas ubicada en la portería de ambos centros, también se pueden hacer mediante correo electrónico o mediante correo ordinario a la dirección Servicios Geriátricos Canarias.

Existe también un libro de reclamaciones.

4 El Modelo de Atención en los centros de la Servicios Geriátricos Canarias

En los centros de la Servicios Geriátricos Canarias se apuesta por la mejora continua de la calidad de vida de las personas, por lo que se inicia la implantación del modelo de Atención centrada en la persona (ACP) con el fin de garantizar una atención integral y personalizada.

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

En base a esto, todos los centros de la Servicios Geriátricos Canarias, se han sometido a varias reformas e inversiones, tanto estructurales, como de recursos humanos y de gestión, para conseguir llegar a este modelo de atención a las personas usuarias y así prestar una mayor calidad de vida.

4.1 Principales componentes del modelo de atención en los centros de la Servicios Geriátricos Canarias

Se exponen a continuación las principales dimensiones y componentes del Modelo de atención de los centros de la Servicios Geriátricos Canarias sobre los que se realizan y orientan las intervenciones para avanzar hacia una atención más individualizada

Dimensión 1: Prácticas centradas en la persona

El Conocimiento de la persona y el trato personalizado: Cada persona es diferente y por tanto no puede ser tratada de una manera uniforme. El trato personalizado es fundamental en la atención que se preste a cada persona. El punto de partida de las intervenciones profesionales debe ser el reconocimiento de la singularidad de cada persona y el apoyo a su proyecto de vida. Se puede definir el proyecto de vida como la forma en que las personas se plantean su existencia, para conseguir sus metas y deseos, en relación a distintos ámbitos de desarrollo personal y social: el trabajo, familia, las amistades, el desarrollo personal, los bienes, el ocio....

El respeto a su Autonomía: La autonomía es la capacidad de la persona para tener control sobre su propia vida, de elegir, decidir y asumir las consecuencias de las propias decisiones y actos. En relación a la autonomía es necesario clarificar tres aspectos por la trascendencia que tienen en las intervenciones:

- Autonomía no es un término contrario a dependencia. La autonomía es lo opuesto a heteronomía mientras que la dependencia lo es a independencia. Por tanto, las personas dependientes pueden y deben ser lo más autónomas posible, es decir deben tener oportunidades de elección y poder tomar sus propias decisiones, para lo cual en muchas ocasiones necesitarán la ayuda de otras personas.
- La autonomía no es una cuestión de todo o nada. No es una capacidad única. La competencia para tomar decisiones depende de cada situación o demanda. No todas las situaciones requieren el mismo grado de competencia. Cuando la decisión o tarea implica riesgo, mayor es la competencia que se requiere para poder decidir o actuar.

- La autonomía, como valor de la atención, no debe perderse ya que puede ser ejercida de modo indirecto, a través de los representantes de la persona.

Fomentar su Independencia: 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 dependencia es independencia. La atención que se proporciona a las personas debe partir siempre de que, aunque tengan necesidades de apoyo y atención permanente, todas tienen capacidades que deben ser reconocidas y estimuladas. Además, tienen el derecho de poder acceder a servicios, programas y prestaciones dirigidos a prevenir o minimizar las situaciones de discapacidad o dependencia, así como a recibir los apoyos y cuidados precisos para favorecer la máxima independencia en el desenvolvimiento de su vida cotidiana. Cuando se habla de personas con discapacidad y dependencia, un aspecto clave, será identificar y apoyarse en las capacidades preservadas, en lugar de enfocar las limitaciones. Las intervenciones que se vayan a realizar tendrán por objetivo evitar el exceso de dependencia y recuperar la mayor independencia posible.

La protección de su intimidad: Deriva del reconocimiento de la necesidad y del derecho de las personas a proteger su vida privada, y cuanto ella integra, de injerencias no autorizadas por parte de otras personas. Es un derecho fundamental garantizado, entre otras normativas, por la Constitución Española (artículo 18) para todas las personas con independencia de sus características individuales.

Mejorar la comunicación: es imprescindible mejorar la calidad de la comunicación de quienes no tienen dificultades para hacerlo y facilitar la de quienes sí presentan dificultades. La profesionalidad debe ir asociada a permanecer sensibles a esta necesidad y generar y mantener varios canales de comunicación. Buscar sistemas de comunicación alternativa, facilitar momentos, entornos y lenguajes. Todo ello es necesario para expresar las emociones pues con ello se mejora su bienestar, y también podrá reducirse conflictos y respuestas agitadas. La comunicación es la base de una buena relación interpersonal. El cuidado es una forma de relación interpersonal, y, por tanto, la comunicación es algo fundamental para el entendimiento y la empatía. Una adecuada comunicación favorece tanto el bienestar de la persona que es cuidada como el del que desempeña la tarea de cuidar.

Las personas en situación de dependencia, por diferentes motivos, pueden ver limitada su capacidad comunicativa.

Favorecer el bienestar psicoafectivo: emociones y convivencia. El bienestar psicoafectivo de las personas es un concepto amplio que implica para que pueda darse la combinación armoniosa de varias dimensiones que, actuando de forma interactiva, permite experimentar esta vivencia subjetiva. Algunas de estas dimensiones son:

- El bienestar emocional: la persona puede vivir y expresar emociones positivas. Es experimentar seguridad. Disponer de ambientes gratificantes, estables y predecibles, en los que poder elegir personas a las que vincularse y que le permitan suficiente intimidad.
- Relaciones interpersonales: tener amistades, sentirse querido. Intercambiar afectos, relacionarse con personas hacia las que siente afecto. Tener la opción de participar en ambientes grupales positivos, agradables, que le hagan sentir bien y que no le causen estrés, sufrimiento, ni malestar.
- Desarrollo personal: es disponer de proyecto vital, tener ilusiones, poder materializar sueños y deseos. Es sentirse útil, satisfecho/a y feliz.
- Sentirse y percibirse capaz para gobernar su vida: sentirse valioso/a, poder hacer elecciones y controlar su vida. Es gestionar objetos propios, significativos para cada uno/a. Cuidar y mantener la propia imagen, mantener una buena autoestima, ser capaz de adaptarse a los entornos y circunstancias cambiantes, disponer de sistemas de atribución de casualidad adecuados.
- Integración, pertenencia, apoyo social: es desempeñar roles valiosos. Sentirse miembro de un colectivo, en un grupo, integrado en una comunidad. Es ser “alguien “para otros/as.
- Bienestar físico: es disfrutar del cuerpo, vivir experiencias sensoriales placenteras. Es no tener molestias, dolores, o tener que soportar medidas que generen disconfort.

Dimensión II: Entorno facilitador de la AICP:

Actividad cotidiana: para favorecer el bienestar de las personas es necesario que en los centros se programen y organicen actividades estimulantes, agradables y significativas para las personas mayores y ofrecer apoyos para que éstas participen si así lo desean.

Espacio físico: debe estar orientado a favorecer la convivencia de las personas usuarias. Por esta razón, es necesario crear espacios de atención centrada en la persona pensados para que convivan un número de personas reducido. El ambiente debe ser confortable y acogedor, además de accesible y adaptado a las circunstancias de las personas a las que se les presta atención.

Relación con las familias: es muy importante fomentar la colaboración de las familias, respetando siempre su grado de implicación, en la atención, cuidados y participación en la actividad cotidiana del centro.

Comunidad: Se trata de estimular el contacto social, la presencia de personas de la comunidad en la vida cotidiana del centro y ofrecer apoyo para que las personas puedan utilizar servicios, acudir a actividades y mantener relaciones sociales con personas de fuera del centro.

Organización: es muy importante reducir las rotaciones del personal que participa en la atención de las personas. Los horarios se deben elaborar con la mínima rotación de personal, para conseguir que en la atención de las personas participen el mínimo número de profesionales.

Destacar la flexibilización del sistema organizativo, de tal forma que sea la organización la que se adapte a la persona y no a la inversa.

Usar metodologías afines a la ACP

4.2 El plan de atención individual

Durante el año 2023 se elabora/revisa el plan de atención de cada una de las personas usuarias que conviven en los centros de la Servicios Geriátricos Canarias. Se realiza una revisión semestral. A continuación, se expone la definición, objetivos, las metodologías utilizadas para su elaboración, la evaluación y seguimiento.

Fundamentación

El plan de atención, entendido desde la coparticipación (persona usuaria, familiares y profesionales) constituyen la principal estrategia metodológica para garantizar una atención individualizada.

Es el instrumento básico para aplicar una Atención Centrada en la Persona, donde se recogen las valoraciones, informaciones personales, objetivos y propuestas de intervención, apoyos personalizados y recomendaciones a lo largo del proceso asistencial.

Los centros de la Servicios Geriátricos Canarias disponen de un procedimiento para la elaboración del PAI: P08 – Establecimiento y seguimiento del plan de atención individualizado.

Objetivos

Su principal objetivo es que cada persona:

- Reciba una atención integral y personalizada.
- Adquiera el mayor grado de autogestión posible sobre su vida cotidiana.
- Mantenga su identidad, continúe con su proyecto de vida y se sienta bien.

Contenidos

Identifica no sólo las necesidades de cuidados de la persona sino también sus capacidades, preferencias y deseos, elementos importantísimos para lograr la máxima autogestión de la persona en su vida cotidiana.

Los principales cambios introducidos para la elaboración del plan de atención individual, desde la metodología ACP, son los siguientes:

- Se considera un proceso de diálogo, que incluye y anima en todo el proceso la participación activa de la persona, y en su caso de la familia o allegados, en la medida que ésta desee y pueda implicarse.
- Se realiza una programación mensual y se comunica la fecha de la reunión a los/as usuarios/as y familiares con el fin de favorecer y posibilitar su presencia en la reunión.
- El equipo técnico asume un rol diferente, no directivo y partiendo para el diseño de su intervención de los gustos y preferencias de la persona. Definiendo los apoyos que necesita la persona para poder realizar su proyecto de vida.
- Presencian en la reunión la figura del profesional de referencia. Es un/a profesional clave en el apoyo al cumplimiento del plan de Atención. Facilita que la persona tenga oportunidades de hablar, comentar, tomar decisiones y pactar acuerdos. Es una figura cercana a quien recurrir cuando se tienen dudas, problemas o simplemente, se quiere compartir algo. El profesional de referencia permite que la persona se implique más en todo lo relacionado con su vida en el centro. Debe mostrar discreción y prudencia, garantizando la confidencialidad en todos los asuntos privados. Se incorpora además, de una forma más real la figura del profesional de referencia, añadiendo los siguientes ítems en el programa RESIPLUS: aseo e higiene personal, control de esfínteres, transferencia/deambulación, arreglo personal/vestido, ingestas, cambios posturales, ayudas técnicas, sueño, gustos y preferencias y objetivos, que deberán cubrir como el resto de técnicos para después, plasmarlo de forma conjunta en la reunión interdisciplinar.
- Se recogen las aportaciones por parte de la familia de la persona usuaria y las aportaciones de la propia persona, siempre y cuando este esté capacitada para tal acción.
- Como novedad, en el 2023, se entrega a la familia de la persona usuaria, el resultado de los objetivos propuestos en la reunión interdisciplinar, por todas las partes implicadas, para involucrarles durante todo el proceso.
- El soporte base para su elaboración es la historia de vida de la persona que recoge datos biográficos e información en relación a sus gustos y preferencias.
- Se definen instrumentos y soportes de apoyo a la persona: grupo de apoyo y consenso, ficha de capacidades, Historia de vida de la persona...
- Se incluye una guía “Plan de cuidados auxiliares”, que empleará y servirá de apoyo al profesional de referencia, durante el ingreso de la nueva persona usuaria, para recabar la máxima información y así, ir creando su historia de vida y los componentes facilitadores para prestar una mejor calidad de vida, en función de sus capacidades, habilidades, gustos, preferencias...
- Se incluye, en este caso, para facilitar el proceso de ingreso y obtención de información por parte del equipo de enfermería, una guía “Entrevista de ingreso”, para que así, cada técnico, recoja los datos importantes dentro de su perfil de puesto, exponerlos en común, y en base a eso, y la observación e información que se obtienen en el día a día, crear su historia de vida, para acompañarles/as en su proyecto de vida.

Metodología

La metodología para su elaboración es la siguiente:

- El departamento de dirección/supervisión elabora una programación mensual de los planes de atención de las personas usuarias que corresponda.
- Comunicación a la persona y/o a su familiar de la fecha y horario de la reunión, con el fin de fomentar su participación.
- Se realiza una valoración integral de la persona siguiendo la instrucción técnica IT-08-01 Valoraciones Resiplus que permita conocer cuál es su estado actual a nivel clínico, psíquico, funcional y social.
- Reunión de todo el equipo técnico y el/la profesional de referencia de la persona para la elaboración de una propuesta inicial.
- A continuación, se consensua el plan de atención propuesto con la persona usuaria y/o familiar.
- Se establece el plan de cuidados (definiendo los apoyos que la persona necesita y qué personas los van a prestar), los objetivos claves para la persona y se concretan las actividades a llevar a cabo.
- Se entregará a la familia (presente en el PAI o no), los resultados obtenidos del plan de atención individualizada.
- Puesta en marcha del plan

Evaluación

Cada programa Individual de Atención contiene además un itinerario de seguimiento y evaluación, fijándose plazos para su revisión. Asimismo, el equipo mantiene un contacto permanente con las familias de las personas usuarias para intercambiar información sobre su evolución, orientar y resolver las posibles incidencias.

De cada persona usuaria existe un expediente personal en el que constan los datos de identificación personal y de la familia, los informes sanitarios, psicológicos, sociales y de cualquier otra índole aportados o emitidos en el Centro, el programa individual con los tratamientos prescritos, el seguimiento y las modificaciones efectuadas, así como las incidencias producidas.

4.3 Los programas de intervención

Durante el año 2023 en los diferentes centros de los Servicios Geriátricos Canarias se desarrollan los siguientes programas de intervención con el objetivo de prestar una atención integral a las personas usuarias:

4.3.1 Programa de intervención al ingreso

Fundamentación

Este programa se diseña teniendo en cuenta que es necesario comprender y saber manejar positivamente las reacciones iniciales de las personas usuarias. Las conductas complejas y las reacciones intensas se deben entender como necesidades emocionales y no como conductas alteradas que se deben corregir de forma inmediata.

El/la profesional de referencia debe estar pendiente de la persona que llega nueva y favorecer que ésta le puede plantear sus dudas o dificultades.

Objetivo del programa

El objetivo principal de este programa es facilitar la adaptación de la persona al centro. En relación a los primeros días, se debe ser flexibles y favorecer la adaptación progresiva a horarios, normas de convivencia, actividades...

Principales contenidos

Los Servicios Geriátricos Canarias dispone de un procedimiento donde se detalla de forma concreta las actividades que realiza cada profesional en el momento del ingreso y durante el proceso de acogida: P-07 Gestión de clientes, preingreso, ingreso, acogida y finalización.

Se utiliza la metodología del/la profesional de referencia y la historia de vida para favorecer la adaptación de la persona usuaria al centro.

Contamos en nuestro sistema de gestión de calidad, para el/la profesional de referencia, el “plan de cuidados auxiliares”, esto permite en el momento del ingreso, al que será el/la profesional de referencia de la persona usuaria en cuestión, detectar aquellas capacidades y necesidades que deben ser cubiertas para la nueva persona usuaria.

También se incluye, en este caso, para el equipo de enfermería, la “entrevista de ingreso”, para poder recoger el máximo de información en esta primera toma de contacto, tanto por parte de los familiares, como de la propia persona. Además, en esta entrevista de ingreso, se recoge un control de las constantes que se deberán realizar durante los tres primeros días, que obliga a una atención más directa y una forma de acogida a su ingreso.

Por su parte, el equipo de trabajo social y/o psicología del centro, al mes de estancia de la nueva persona usuaria en el centro, les pasará el “test de adaptación”, que una vez evaluado, trasladará los resultados a la dirección de centro y a la familia de la persona usuaria.

A continuación, se detallan los principales contenidos del programa de intervención al ingreso en el centro:

- Información previa al ingreso que facilite la atención inicial de la persona usuaria: antes de ingresar en el centro, el departamento de trabajo social contacta con la persona o su familia con el objetivo de conocer los datos previos al ingreso que puedan facilitar la adaptación al centro y la atención inicial de la persona usuaria.
- Acompañamiento durante el ingreso y la acogida en el centro: el departamento de dirección/supervisión, asigna un/a profesional de referencia que estará presente en el momento del ingreso. Se encargará especialmente de la acogida de la persona. Le informará sobre lo que sucede y le apoyará en lo que vaya necesitando estando muy pendiente de ella,

evitando sucesos desagradables o desconcertantes que le puedan generar ansiedad (quedarse solo/a sin saber qué pasa, perder cosas, etc.)

- Presentación de los/las profesionales del centro: en el momento del ingreso el personal de dirección se reúne con la persona usuaria o su familia para la presentación del equipo de profesionales del centro. En dicha reunión se informará sobre qué profesionales forman el equipo que le va a prestar atención. Se ofrece la oportunidad de hablar con ellos/as y conocerlos/as.
- Facilitación de información sobre el funcionamiento del centro: se debe informar a cada persona de forma personalizada y adecuada (en un lugar privado, sin intermediarios y con tiempo suficiente) sobre el centro, sus normas de funcionamiento, las atenciones que podrá recibir y las condiciones del contrato de servicios. Además, se facilitará por escrito la información más importante sobre el funcionamiento y convivencia, servicios, derechos y deberes...
Se hará entrega de la IT-07-01 Guía de información al usuario y la carta de servicios, además de todos los documentos para hacer oficial su entrada en el centro.
- Establecimiento de los apoyos necesarios: si la persona no tiene capacidad para decidir sobre sus asuntos y no está incapacitada valorar qué sistemas de apoyo precisa para su protección y asesorar a sus familiares.
- Conocimiento de las instalaciones del centro: animar a la persona usuaria, y a su familia si así lo desea, a visitar el centro para conocer las instalaciones, los servicios, las actividades y quienes allí conviven.
En dicha visita un/a profesional del centro los/as acompañará y responderá a todas sus dudas e inquietudes.

Recursos

- Equipo de dirección y supervisión
- Profesional de referencia

- Equipo técnico
- Personal auxiliar

Evaluación

Uno de los objetivos de la Servicios Geriátricos Canarias, es mejorar la adaptación al centro de las nuevas personas usuarias. Para ello, se diseña un test (R-11-10 Test de adaptación) para que en cada ingreso se valore cómo ha transcurrido su adaptación. La persona designada para pasar este test, una vez lo pase y obtenga los resultados, los trasladará a la dirección y supervisión del centro, mediante una reunión informal, y, posteriormente, a su familia. Además de registrar las actividades y seguimientos que los/as profesionales llevan a cabo para favorecer el período de acogida en el centro.

4.3.2 Programa de atención sanitaria

Fundamentación

Los programas de atención sanitaria comprenden un conjunto de actuaciones personales y transversales sobre las personas usuarias, profesionales, procedimientos e instalaciones, e incluyen actuaciones de prevención y promoción de la salud, atención médica, servicios de enfermería y conexión con servicios sanitarios externos (farmacia hospitalaria, programa Ianus y atención hospitalaria).

Objetivos

- Promover, prevenir y mantener la salud de cada persona usuaria, para proporcionarle la mejor calidad de vida desde el punto de vista sanitario.
- Adaptarse a los cambios y situaciones de atención con carácter de urgencia que puedan ocurrir en el tiempo, a través de recursos propios o externos.
- Establecer los cauces para que pueda ser efectiva la coordinación sociosanitaria.

Contenidos

La Servicios Geriátricos Canarias, dispone de un procedimiento donde se detalla de forma concreta las actividades que realiza cada profesional para proporcionar atención clínica al/a usuario/a: P-10 Prestación de atención sanitaria médica.

Los principales contenidos del programa de atención sanitaria son los siguientes:

La asistencia sanitaria prestada por la Servicios Geriátricos Canarias abarca distintos campos como son:

- Atención médica primaria.
- Atención de enfermería
- Atención de auxiliares de enfermería
- Coordinación con los servicios externos: farmacia y atención hospitalaria

Para la realización del trabajo diario los profesionales tienen a su disposición los siguientes protocolos de atención Clínica:

- Protocolo de actuación ante la hipertensión arterial
- Protocolo diabetes
- Protocolo de actuación para prevenir las úlceras por presión
- Protocolo de prevención y tratamiento de infecciones
- Protocolo de esterilización
- Protocolo de atención al sueño
- Protocolo de adquisición, administración y control de fármacos

- Protocolo nutrición e hidratación
- Protocolo de nutrición enteral
- Protocolo prevención y tratamiento del estreñimiento
- Protocolo Traumatismo Craneoencefálico
- Protocolo tratamiento y eliminación de residuos
- Protocolo de sondaje vesical
- Protocolo de accidentes de trabajo
- Protocolo de actuación frente a una reacción anafiláctica
- Protocolo de atragantamiento
- Protocolo de emergencia sanitaria
- Protocolo de derivación a urgencias
- Protocolo de derivación a consultas programadas fuera del centro
- Protocolo higiene diaria
- Protocolo atención al baño
- Protocolo de atención de incontinencias urinarias
- Protocolo de caídas: prevención y actuación
- Protocolo movilización
- Protocolo valoración y uso de las sujeciones
- Protocolo de medidas alternativas a las contenciones físicas (sujeciones)
- Protocolo de cambios posturales
- Protocolo de constantes vitales
- Protocolo de actuación ante el Sars-Cov-19
- Protocolo sobre el uso de los diferentes equipos de protección individual (EPIs)
- Plan de reactivación frente al Covid-19
- Protocolo de eliminación de sujeciones
- Protocolo de actividades de auxiliares de enfermería, ante la ausencia de enfermería.
- Protocolo de derechos y deberes de los trabajadores

Cada persona usuaria dispone de una valoración clínica que permite cualificar y cuantificar patologías sintomáticas, identificar patologías desconocidas, evaluar sus efectos sobre la funcionalidad y planificar y priorizar la intervención terapéutica.

Tres puntos importantes en relación a la valoración clínica son:

- La anamnesis (antecedentes personales y familiares, hábitos alimenticios, farmacología, hábitos con relación a tóxicos, vacunaciones, situación basal previa, enfermedades actuales).
- La exploración física (revisar signos vitales, la piel, la marcha, el equilibrio, los órganos de los sentidos, los sistemas...).
- La nutricional. Para poder tener un conocimiento del estado nutricional de las personas usuarias, se incluye el pasar un test nutricional. Este test nutricional "Nutritional Assessment", se pasará al ingreso de la nueva persona usuaria para conocer el punto de partida sobre el que trabajaremos y evaluaremos, y posteriormente, se pasará de nuevo a los seis meses coincidiendo con la reunión interdisciplinar (se pasará antes siempre que se considere necesario por un cambio significativo, ya sea por aumento o por pérdida de peso, de la persona)
- Los exámenes complementarios.
- Como novedad, también se hará un análisis de los tratamientos crónicos de las personas usuarias, para disminuir, en la medida de lo posible y siempre consensuado con el equipo de atención primaria, del centro y especialista, la polimedicación que en muchos casos, se arrastra de años de consultas y no se hace especial atención en este tema.

Las intervenciones van dirigidas a personas usuarias sanas y/o enfermas, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de enfermedades y accidentes, así como ayuda a una muerte digna.

La prevención de la enfermedad se realizará en los siguientes niveles:

- Nivel primario: control y modificación de los factores de riesgo sanitarios y sociales.
- Nivel secundario: intentar evitar la evolución hacia la incapacidad de las enfermedades potencialmente incapacitantes.
- Nivel terciario: minimizar al máximo la dependencia de las personas, permitiendo grados de autosuficiencia tanto en su cuidado como en las actividades de la vida diaria. Para ello se intenta que la persona usuaria se dote de las ayudas técnicas necesarias.

Se incluyen en este apartado los controles médicos preventivos, programas de vacunaciones, vigilancia de la salubridad de las instalaciones, actividades de educación sanitaria, prevención de accidentes y caídas.

En relación al tratamiento de la enfermedad cabe destacar las siguientes intervenciones:

- Exámenes de salud y revisiones periódicas a todas las personas usuarias del centro.
- Preparación, pautaado, administración y/o seguimiento de los medicamentos prescritos, toma de constantes, aplicaciones de oxigenoterapia, aerosoles y tratamientos similares, cuando así lo requieran.
- Realización de cambios posturales preventivos y terapéuticos tanto de día como de noche, siguiendo las indicaciones médicas.
- Control de nutrición en la alimentación de las personas usuarias y prescripción y seguimiento de dietas especiales.
- En aquellos casos en que puedan preverse situaciones de riesgo para la integridad de las personas, se establecerán las medidas de protección y control necesarias.
- Relación con los servicios sanitarios externos, petición de pruebas diagnósticas, prescripción de fármacos y atención de las situaciones de urgencias.

Evaluación

El seguimiento y revisión de las personas usuarias desde el punto de vista sanitario con el fin de verificar la evolución con respecto a los objetivos fijados, así como una valoración de su evolución se realiza periódicamente en SEGUIMIENTO del PAI del programa RESIPLUS.

4.3.3 Programa de intervención social

Fundamentación

La intervención social pretende mantener y desarrollar las habilidades sociales necesarias para la interacción y la comunicación con los demás y para la utilización de los recursos comunitarios.

Comprende, así mismo, actividades de trabajo social que incluirán, entre otras, facilitar información a personas interesadas, personas usuarias y/o familiares sobre recursos de los Centros de la Servicios Geriátricos Canarias y generales, la atención en el periodo de acogida, colaboración en el desarrollo de programas de ocio, así como la planificación y seguimiento de las bajas del Centro.

Objetivos

- Facilitar el proceso de ingreso y ajuste de las personas usuarias en la residencia.
- Realizar el adecuado seguimiento de la vida de la persona en el centro.
- Promover y facilitar la socialización e integración mediante las relaciones interpersonales.
- Promover y participar en la dimensión lúdica de la vida de la persona.
- Atención a las familias en las necesidades relacionadas con la persona.
- Colaborar en las actividades de animación con el equipo de animación sociocultural/ terapia ocupacional.
- Informar y asesorar a las familias en torno al fallecimiento de la persona.

*Como novedad, este 2023, el equipo de trabajo social de la Servicios Geriátricos Canarias, diseña una escala propia: “Escala de recursos sociales”, que se pasará al ingreso de la nueva persona usuaria, para ver de dónde partimos en cuanto a recursos sociales y donde podemos incidir para ayudarla según el resultado de la misma, y se pasará de nuevo siempre que sea necesario.

Contenidos

Los principales contenidos de los programas de intervención social son:

- Información y asesoramiento durante la fase de preingreso, ingreso y acogida de la persona usuaria en el centro.
- Elaboración de informes sociales para cada persona usuaria.
- Valoración social según los Ítems establecidos. Se encargará de conocer los gustos y preferencias de la persona y elaborar un decálogo que se respetará en su atención.
- Gestión y seguimiento de las distintas prestaciones.
- Solicitud de ratificación del internamiento, cuando proceda, por el juzgado competente.
- Dinamización cultural.
- Favorecer la inserción en la comunidad.

Metodología

La Servicios Geriátricos Canarias dispone de un procedimiento donde se detalla de forma concreta las actividades que realiza cada profesional para proporcionar atención social al usuario: P-11 Atención psicosocial.

Además, los profesionales disponen de los siguientes protocolos que orientan sus actuaciones:

- Protocolo internamiento involuntario
- Guía de información a la persona usuaria
- Protocolo de atención familiar continuada
- Protocolo gestión de quejas y sugerencias
- Protocolo de modificación de la capacidad de obrar
- Protocolo de solicitud y gestión de la baja por traslado
- Protocolo de éxitus

- Guía para la realización de la entrevista
- Guía para la realización de la historia de vida

4.3.4 Programas de intervención funcional

A continuación, se describen los principales talleres desarrollados en los centros de la Servicios Geriátricos Canarias por el departamento de terapia ocupacional durante el año 2023 relacionados con la rehabilitación funcional y las actividades de ocio.

Fundamentación

Las actividades de rehabilitación funcional, como las de ocio, son muy importantes para mejorar la calidad de vida de las personas usuarias.

Objetivos:

En el modelo de atención centralizada en la persona, nos centramos en las capacidades de las personas y no en sus debilidades. Es por ello que, con este programa intentamos preservar aquellas capacidades, e incluso, con rehabilitación, recuperar algunas de las pérdidas y susceptibles de ello. Además, las actividades de ocio y lúdicas, les permiten mantenerse activos/as durante el día, tanto física como cognitivamente, mejorando finalmente, su calidad de vida.

Contenidos:

Taller Actividades Básicas Vida Diaria (ABVD)

Ducha

Objetivo general:

- Mantener o incrementar el nivel de independencia de cada persona para la realización de la ducha en base a sus capacidades físicas y cognitivas.

Objetivos específicos:

- Facilitar la adquisición de la postura adecuada para la realización de la actividad.
- Trabajar el manejo de la alcachofa, así como la regulación del agua.
- Mantener o incrementar el nivel de independencia durante el enjabonado mediante el uso de esponja.
- Mantener o incrementar el nivel de independencia durante el aclarado, bien con alcachofa o colaboración con las manos.
- Mantener o incrementar el nivel de independencia durante el secado con las toallas.
- Entrenar el uso de productos de apoyo.
- Proporcionar estrategias de cara a un menor esfuerzo a la hora de ejecutar dichas acciones.
- Favorecer calidad de vida.

Vestido

Objetivo general:

- Mantener o incrementar el nivel de independencia para la realización del vestido y desvestido en base a sus capacidades físicas y cognitivas.

Objetivos específicos:

- Facilitar la adquisición de la postura adecuada para la realización de la actividad.
- Mantener o incrementar el nivel de independencia para el vestido/desvestido de miembros superiores (MMSS).
- Mantener o incrementar el nivel de independencia para el vestido/desvestido de miembros inferiores (MMII).
- Entrenar el uso de productos de apoyo, por ejemplo, ayuda para poner calcetines o calzador de mango alargado.
- Fomentar la participación de los/as usuarios/as en la selección de las prendas de vestir que se van a poner.
- Proporcionar estrategias de cara a un menor esfuerzo a la hora de ejecutar dichas acciones.
- Favorecer calidad de vida.

Aseo personal

Objetivo general:

- Mantener o incrementar el nivel de independencia para la realización de las diversas actividades de aseo personal teniendo en cuenta sus capacidades físicas y cognitivas.

Alimentación

Objetivo general:

- Mantener o incrementar el nivel de independencia para la realización de la alimentación en las diferentes comidas a lo largo del día.

Objetivos específicos:

- Facilitar la adquisición de la postura adecuada para la actividad.
- Entrenar el manejo y/o sujeción de los cubiertos.
- Entrenar el manejo y/o sujeción de los vasos y las tazas.
- Entrenar el uso de la servilleta.
- Entrenar el uso de productos de apoyo, por ejemplo, cuchara de mango engrosado.
- Proporcionar estrategias de cara a un menor esfuerzo a la hora de ejecutar dichas acciones.
- Favorecer calidad de vida.

Metodología:

Para trabajar las ABVD anteriormente expuestas, el/la terapeuta ocupacional, acude cada mañana a las habitaciones de las personas usuarias (sola o acompañada del equipo de auxiliares en función de la situación de cada persona).

En cuanto a la alimentación, acude a los comedores de las diferentes salas a lo largo del día (desayuno, comida o merienda).

Intervención terapéutica individual.

Una vez valoradas, se establecen objetivos para cada persona acordes a su situación.

En habitaciones se sigue un plan de trabajo rotatorio que persigue satisfacer las necesidades de cada persona en base a sus ABVD en períodos quincenales, es decir, intentar trabajar de cara a los objetivos propuestos con todas en quincenas, y después vuelve a empezar el rotatorio.

Por otra parte, en comedores, el rotatorio es diario, pues a lo largo de la jornada el/la terapeuta ocupacional acude a los comedores de tres salas. Por un lado, se trabaja el mantenimiento de las capacidades con aquellas personas usuarias que las presentan. Cuando existe potencial para la ejecución de determinadas acciones, pero no se realizan, se lleva a cabo un entrenamiento de cara a la consecución de dichos objetivos.

Todo ello se desenvuelve mediante un trabajo en equipo con el equipo auxiliar. Ante eso, se les informa verbalmente de las capacidades de cada persona para fomentar que alcancen la máxima independencia posible. Además, el equipo de auxiliares tiene a su disposición una carpeta con un fichero individual con la información para cada residente.

Recursos:

- Perfil de puesto de terapia ocupacional.
- Colaboración por parte del equipo auxiliar
- Materiales necesarios: esponja, peine, cubiertos, secador, cuchillas...
- Productos de apoyo.

Taller de Actividades Instrumentales Vida Diaria (AIVD)

Objetivo general:

- Mantener o incrementar el nivel de independencia para las AIVD en base a las capacidades físicas y cognitivas de cada residente.

Objetivos específicos:

- Facilitar la adquisición de la postura adecuada para la actividad.
- Trabajar la actividad de hacer la cama.
- Trabajar la actividad de cambio de sábanas.
- Trabajar la actividad de limpieza de habitación.
- Trabajar la actividad de doblar ropa.
- Trabajar la actividad de manejo de dinero.
- Trabajar la actividad de manejo de teléfono móvil.
- Proporcionar estrategias de cara a un menor esfuerzo a la hora de ejecutar dichas acciones.
- Favorecer calidad de vida.

Metodología:

El/la Terapeuta Ocupacional valora las capacidades de cada persona y en base a las mismas se establecen los objetivos correspondientes.

Posteriormente lleva a cabo una intervención individual tanto en habitaciones como en sala.

Se trabaja en equipo con el personal auxiliar, para ello, se les informa verbalmente de las capacidades de cada persona para fomentar que alcancen la máxima independencia posible. Además, el equipo de auxiliares tiene a su disposición una carpeta con un fichero individual con la información para cada residente.

Recursos:

- Perfil de puesto de terapia ocupacional.
- Colaboración por parte del equipo de auxiliares.
- Materiales: sábanas, ropa, bayetas, billetes de papel...

Taller de motricidad

Objetivo general:

- Mantener o incrementar las habilidades de motricidad fina (habilidad motriz de las manos y los dedos).

Objetivos específicos:

- Mantener o mejorar la coordinación viso manual.

- Mantener o mejorar el agarre con las diferentes pinzas digitales.
- Mantener o mejorar la manipulación con las diferentes pinzas digitales.
- Mantener o mejorar los movimientos, como rotación, y posicionamiento de la muñeca.
- Mantener o mejorar el nivel de independencia para la realización de las actividades básicas diarias que requieran de estas destrezas.
- Favorecer calidad de vida.

Metodología:

El/la terapeuta ocupacional valora las capacidades a nivel motriz de las personas usuarias del centro y en base a las mismas se establecen objetivos individuales y se determinan las actividades a trabajar.

Además, se le proporciona al equipo auxiliar de sala actividades con indicaciones para trabajar en ausencia del/la terapeuta ocupacional.

Recursos:

- Perfil de puesto de terapia ocupacional.
- Colaboración por parte del equipo auxiliar.
- Materiales: piezas hama beads, piezas de montaje, tijeras, papel, lápices, pelotas, lentejas, botellas, ejercicios de grafomotricidad, cremalleras, cordones, botones...
- Productos de apoyo.

Movilizaciones

Objetivo general:

- Favorecer movilizaciones mediante la marcha.

Objetivos específicos:

- Potenciar adquisición de postura funcional.
- Mantener patrón de marcha actual.
- Mejorar patrón de marcha actual.
- Favorecer propiocepción.
- Mejorar equilibrio.
- Prevenir el deterioro físico.
- Enlentecer el avance del deterioro físico.
- Favorecer independencia.
- Favorecer calidad de vida.

Metodología

El/la terapeuta, acompañada por el equipo auxiliar, realizará cada tarde movilizaciones mediante paseos con aquellas personas usuarias que lo necesiten. También se realizarán paseo de manera individual cuando un/a de los/as presentes, no se encuentre.

Recursos:

- Presencia terapeuta ocupacional y auxiliar.
- Materiales: productos de bastón como bastón, andador...

Gimnasio

Objetivo general:

- Favorecer movilizaciones activas y pasivas tanto de MS como de MI.

Objetivos específicos:

- Facilitar la realización de actividad física.
- Potenciar adquisición de postura funcional.
- Mantener patrón de marcha actual.
- Mejorar patrón de marcha actual.
- Favorecer propiocepción.
- Mejorar equilibrio.
- Prevenir el deterioro físico.
- Enlentecer el avance del deterioro físico.
- Favorecer independencia.
- Favorecer calidad de vida.

Metodología

El/la terapeuta, llevará a cabo sesiones individuales o de grupos reducidos en el gimnasio, haciendo uso del material disponible, así como ideando alternativas tales como circuitos con diferentes complejidades.

Recursos:

- Presencia terapeuta ocupacional y sala de gimnasio.

- Materiales: paralelas, aros, pelotas, restante equipación...

Taller de estimulación sensorial

Objetivo general:

- Potenciar la estimulación de los sentidos de forma graduada y al nivel en el que la persona usuaria pueda responder.

Objetivos específicos:

- Trabajar el sentido del olfato mediante su estimulación y la búsqueda de respuestas (*en implantación*).
- Trabajar el sentido del gusto mediante su estimulación y la búsqueda de respuestas.
- Trabajar el sentido del tacto mediante su estimulación y la búsqueda de respuestas.
- Trabajar el sentido de la vista mediante su estimulación y la búsqueda de respuestas.
- Trabajar el sentido de la audición mediante su estimulación y la búsqueda de respuestas.
- Potenciar la relajación postural.
- Potenciar la relajación muscular y articular.

Metodología:

El/la terapeuta ocupacional acude a las diferentes salas y a las habitaciones para realizar sesiones de intervención individual, en base a las necesidades de cada persona.

Tan solo serán estimulados aquellos sentidos ante los cuales las personas usuarias muestren una reacción positiva.

Además, se le proporciona al equipo auxiliar de sala indicaciones para trabajar en ausencia del/la terapeuta ocupacional.

Recursos:

- Perfil de puesto de terapia ocupacional.
- Colaboración por parte del equipo auxiliar.
- Materiales: cremas, guantes sensoriales, texturas, frascos aromáticos, cascos y MP3...

En relación a las actividades de ocio, entre otras, se incluyen las siguientes:

Taller de ocio y tiempo libre

Objetivo general:

- Fomentar la participación e inclusión de las personas usuarias en actividades de ocio y tiempo libre de manera grupal e individual en función de los gustos personales.

Objetivos específicos:

- Facilitar a las personas usuarias la realización de actividades significativas para ellas. Por ejemplo: pintura, idiomas, ganchillo, costura, música de su agrado, lecturas sobre temas de interés como el fútbol, fotos de sus lugares de origen...
- Favorecer calidad de vida.

*Como novedad en este 2023, se crea el "Dosier de actividades dirigidas durante el fin de semana", que elaborarán en coordinación y colaboración el equipo de terapia ocupacional y fisioterapia, dejando tras un análisis individual de las preferencias de cada persona, material para que el equipo auxiliar pueda emplear y utilizar con las personas usuarias durante el fin de semana en ausencia del equipo técnico, y así mantener una actividad de valor para cada persona usuaria y entretenimiento dirigido, en ausencia del equipo técnico.

Metodología

Colaboración con el equipo de auxiliares para organizar actividades grupales de ocio tales como cinefórum, bingo, juegos populares...

Recursos:

- Perfil de puesto de terapia ocupacional y equipo auxiliar,
- Materiales: periódico, ordenador, libros...

Taller de estimulación cognitiva

Objetivo general:

- Favorecer la estimulación de las funciones cognitivas: lectura, escritura, cálculo, percepción, memoria, atención, lenguaje...

Objetivos específicos:

- Prevenir el deterioro cognitivo.
- Enlentecer el avance del deterioro cognitivo.
- Fomentar adquisición de habilidades y resolución de problemas.
- Trabajar agilidad mental.
- Mantener el nivel de ejecución actual.
- Favorecer calidad de vida.

Metodología

El/la terapeuta realizará en taller de estimulación cognitiva en las salas bien mediante intervención individual o en grupo.

Recursos:

- Presencia terapeuta ocupacional.
- Materiales: lápices, folios, cuadernos...

Taller de alfabetización digital

Objetivo general:

- Trabajar la adquisición de destrezas para el manejo de las nuevas tecnologías: ordenador o tablet.

Objetivos específicos:

- Favorecer el conocimiento de las diferentes partes que conforman un ordenador.
- Realizar entrenamiento en el manejo de ordenador: teclado, ratón, encender, apagar...
- Realizar entrenamiento en manejo de tablet: encender, apagar, escribir...
- Prevenir el deterioro cognitivo.
- Enlentecer el avance del deterioro cognitivo.
- Trabajar agilidad mental.
- Favorecer calidad de vida.

Metodología

El/la terapeuta realizará este taller mediante intervención individual con cada persona usuaria, o bien, grupos de dos personas. El taller se desarrollará de manera que en cada sesión se repasará la sesión anterior con el fin de facilitar la interiorización de información.

Recursos:

- Perfil de puesto de terapia ocupacional.
- Materiales: ordenador portátil, tablet...

Taller de reminiscencia/memoria

Objetivo general:

- Favorecer la estimulación de la memoria episódica autobiográfica.

Objetivos específicos:

- Potenciar recuerdo e inclusión de roles pasados (infancia, familia, vida laboral, fiestas, bodas...).
- Prevenir el deterioro cognitivo.
- Enlentecer el avance del deterioro cognitivo.
- Fomentar relaciones sociales.
- Favorecer calidad de vida.

Metodología:

El/la terapeuta realizará en taller de reminiscencia aproximadamente cada quince días en un punto concreto del centro. Preferiblemente un lugar libre de ruidos o posibles interrupciones. Allí se reunirán todas las personas usuarias que deseen participar en dicha sesión.

Recursos:

- Presencia terapeuta ocupacional.
- Materiales: fotografías, ordenador, música...

Salidas programadas

Objetivo general:

- Fomentar que las personas usuarias puedan dejar de lado por un período temporal (una tarde) su lugar de vivienda habitual (residencia) para favorecer un cambio de aires.

Objetivos específicos:

- Potenciar recuerdo e inclusión de roles pasados (infancia, familia, vida laboral, fiestas, bodas...).
- Trabajar la actividad instrumental de manejo de dinero (cuando sea posible, entregar dinero a un/una residente para que sea él quien pague).
- Fomentar la participación social.
- Generar momentos de ocio y tiempo libre.
- Favorecer calidad de vida.

Metodología

El/la terapeuta, acompañada por el equipo de auxiliares (uno/a o más en función del número de residentes participantes en la salida), aprovecharán el buen tiempo (primavera-verano) para acudir a la localidad más cercana a tomar algo o simplemente pasear.

Recursos:

- Presencia terapeuta ocupacional y colaboración equipo técnico.
- Materiales: autobús...

Taller de manualidades

Objetivo general:

- Trabajar la creación manual de materiales vinculados a épocas señalizadas o momentos significativos para los/as residentes: carnaval, navidad, cumpleaños...

Objetivos específicos:

- Potenciar recuerdo e inclusión de roles pasados, por ejemplo, coser.
- Trabajar la motricidad fina.
- Potenciar reminiscencia.

- Fomentar la participación social.
- Favorecer calidad de vida.

Metodología:

El/la terapeuta ocupacional, en función de la época de año, preparará las manualidades a realizar por los/as participantes de este taller, siempre debe ser una fecha significativa.

Recursos:

- Presencia terapeuta ocupacional.
- Materiales: tijeras, material de costura, cartulinas, rotuladores, goma eva, fieltro...

Debates

Objetivo general:

- Favorecer el conocimiento e intercambio de opiniones acerca de un tema en concreto.

Objetivos específicos:

- Trabajar la capacidad del lenguaje.
- Trabajar otras funciones ejecutivas como lectura y escritura...
- Fomentar la participación social.
- Favorecer calidad de vida.

Metodología

El/a terapeuta ocupacional, en el papel de moderadora, dirigirá el debate en uno de los espacios del centro, preferiblemente libre de ruidos y de interrupciones. Se favorecerá que las personas usuarias puedan elegir el tema de debate. La metodología a seguir será, en primer lugar, exponer el tema. Después hacer unas preguntas sobre el mismo que ellos/as deben contestar en papel y finalmente puesta en común de manera oral.

Recursos:

- Presencia terapeuta ocupacional.
- Materiales: folios, bolígrafos

Gerontogimnasia

Objetivo general:

- Favorecer movilizaciones de tren superior e inferior.

Objetivos específicos:

- Facilitar la realización de actividad física.
- Favorecer propiocepción.
- Prevenir el deterioro físico.
- Enlentecer el avance del deterioro físico.
- Favorecer independencia.
- Favorecer calidad de vida.

Metodología

El/la terapeuta realizará los diferentes espacios de ACP, mediante turnos alternos, esta actividad. Se movilizarán las diferentes partes del cuerpo (manos, hombros, brazos, piernas, pies...) acompañados de música. Para terminar la sesión se realizarán pases de pelota.

Recursos:

- Presencia terapeuta ocupacional y colaboración equipo de auxiliares.
- Materiales: pelotas, música...

Musicoterapia

Objetivo general:

- Fomentar estimulación del sentido de la audición.

Objetivos específicos:

- Trabajo de la memoria (función ejecutiva).
- Generar momentos de ocio y disfrute.
- Fomentar relaciones sociales.
- Favorecer calidad de vida.

Metodología:

La persona encargada de desarrollar las sesiones de musicoterapia acude cada semana al centro y va rotando por los diferentes espacios de ACP para llegar al máximo número de residentes posibles. Se les entregan instrumentos a aquellos que pueden realizar una participación más activa y efectiva. El/la terapeuta ocupacional actúa como apoyo en el desarrollo de la actividad.

Recursos:

- Presencia de la persona que desarrolla las sesiones y apoyo del/la terapeuta ocupacional.
- Materiales: acordeón y diversos instrumentos.

4.3.5 Programa de atención familiar

Fundamentación

Las familias son un elemento primordial para el bienestar de la persona. Pueden ser un potente aporte afectivo además del principal nexo de conexión con su proyecto vital.

El programa de intervención con las familias estará dirigido a aumentar su participación tanto en el día a día como en la organización de actividades con las personas usuarias.

El objetivo del programa es: Fomentar la participación de las familias en los centros ya que supone múltiples ventajas para la persona. Entre ellas, la fundamental, es que se sienta más apoyada en sus nuevas relaciones. Le puede ayudar a encontrar más sentido a su existencia. Cuanto más consciente sea de dicha participación, más ventajas experimentarán si sus allegados se implican en su entorno vital.

En relación a la implicación de la familia hay que tener en cuenta un aspecto muy importante y es que nunca debe relegar a un segundo plano a la persona, limitando su capacidad de decisión. En el caso de aquellas personas que tengan mayor dificultad para tomar sus propias decisiones, entonces el papel de la familia será ejercer la autonomía de forma delegada.

Contenidos:

Comunicación con las familias: se establecerá un trato directo con los/as familiares, manteniéndolos/as informados de todos aquellos aspectos que se consideren relevantes para la persona usuaria. Se seguirán las siguientes pautas:

- Establecer una relación de confianza basada en el trato respetuoso, amable y una actitud de escucha hacia los/as familiares.
- La familia debe estar informada de las normas del centro, su organización, derechos y deberes de las personas.
- Se deben ajustar las expectativas sobre la atención que se ofrece en el centro.
- Mantener con las familias una actitud de colaboración.
- Se debe respetar su grado de implicación y colaboración.
- Mantener a las familias informadas, siempre que la persona lo consienta.
- Consensuar el plan de atención de la persona con su familia.
- Anticipar problemas que puedan darse en el centro (caídas...) y explicar por qué no pueden evitarse en su totalidad y cuál es la forma de proceder del centro cuando esto sucede.
- Atender, analizar y en su caso resolver las quejas que puedan producirse

Se flexibilizará la organización del centro posibilitando la participación efectiva del familiar en el día a día:

Participación de las familias en el plan de atención de la persona: Un aspecto fundamental es posibilitar que las familias participen en el diseño del plan de atención personalizado, siempre que la persona usuaria lo acepte. Dicha participación será de gran valor para poder proporcionar a la persona una atención integral y coordinada.

En relación a la participación de la familia en el plan de atención de la persona se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- Para conseguir su participación efectiva, se comunicará la fecha de la reunión con la antelación suficiente y se flexibilizarán los horarios para que pueda asistir. Hay que tener en cuenta, que a pesar de comunicar a las familias con antelación la realización del PAI, resulta muy complicado en ocasiones, poder coincidir en el tiempo, todo el equipo técnico (en un horario que afecte lo menos posible la atención directa a las personas usuarias) y las familias. Es por ello, que se plantea otra metodología, en la que se involucre a la familia y se haga partícipe de los objetivos propuestos en común para el proyecto de vida de la persona usuaria, sin necesidad de que esté presencialmente durante la reunión interdisciplinar, aun dándole esta opción siempre, ya que sería lo más adecuado. Esta nueva metodología, se incluye este 2023, y consiste en entregar a la familia, un resumen de los objetivos planteados durante la reunión interdisciplinar de cada uno de los técnicos, y consensuados por todo el equipo y la persona usuarias, siempre que esta, esté capacitada cognitivamente.
- La intensidad y forma de participación de la familia en el plan de atención puede ser muy variada. Su participación dependerá de muchos factores tales como las necesidades y deseos de la persona mayor, la disponibilidad de la familia, de la relación previa al ingreso....
- La actitud del/la profesional en todo caso será la de proponer y facilitar espacios de cooperación, pero siempre respetando las decisiones de la persona y de la familia, y no juzgándolas.
- En las personas mayores con suficiente competencia para la toma de decisiones, las familias actuarán de acompañantes, de apoyos, procurando que sea la persona quien tome sus propias decisiones.
- En las personas usuarias con grave afectación cognitiva, serán las familias o allegados (si están incapacitados legalmente esta función corresponde a su curador/a) quienes asuman su representación en la práctica totalidad de los asuntos cotidianos. En este caso, lo adecuado es que las familias decidan defendiendo lo que la persona hubiese deseado.

Participación de las familias en los cuidados de su familiar: se fomenta que el/la familiar pueda colaborar en los cuidados de la persona usuaria, el centro no dispone de horario de visitas y permite el acceso a todas las instalaciones siempre que no se vea comprometida la intimidad de otras personas.

También se fomenta la participación de las familias en las actividades de ocio que se realizan con la persona usuaria. Se informa de las celebraciones, excursiones... ofreciendo la posibilidad de acompañar a la persona.

Metodología

La Servicios Geriátricos Canarias dispone del protocolo de atención familiar continuada, además de hacer referencia a la relación que se establece con las familias en el resto de protocolos que corresponde.

4.3.6 Programa de reducción de las sujeciones

Fundamentación

Las sujeciones son métodos que pueden suponer graves riesgos o inconvenientes sobre la salud de las personas objetos de las mismas y que nunca pueden ser empleados por conveniencia o disciplina. Se entiende el uso por conveniencia, aquel que se traduce en un ahorro de trabajo o esfuerzo, o de recursos, y no, en el mejor beneficio para la persona sometida a dichas medidas.

A la hora de valorar la necesidad de uso de medidas de sujeción, los/as profesionales implicados/as deben tener en cuenta que:

- Diferentes estudios y bibliografía analizada aseguran que:
 - El uso continuado de sujeciones restrictivas presenta efectos adversos tanto a nivel físico (úlceras por presión, infecciones, incontinencia urinaria y fecal, disminución del apetito, estreñimiento, pérdida de peso, pérdida del tono muscular, atrofia y debilidad) como a nivel psicológico (miedo/pánico, vergüenza, ira, agresividad, depresión aislamiento social y retiro/apatía).
 - No está demostrada la efectividad de las sujeciones restrictivas a la hora de prevenir caídas y las lesiones asociadas a ellas.
 - Estudios indican que el uso de sujeciones restrictivas, provoca menos caídas, pero caídas con consecuencias más graves que la ausencia de estas.
- Diferentes organismos internacionales, nacionales y autonómicos consideran el uso de sujeciones como una vulneración de los derechos fundamentales de la persona. La reducción del uso de sujeciones supone un avance importante en la defensa de los derechos fundamentales como son la libertad y la dignidad, el fomento de la atención centrada en la persona y modelos de cuidado basados en el desarrollo de la calidad de vida.

Por todo lo expuesto anteriormente, el uso de sujeciones debe ser considerado un último recurso por parte de la plantilla del centro. Se tendrá presente que el objetivo final es la eliminación de la sujeción en el plazo de tiempo más corto posible, siempre que se pueda.

Es importante concienciar a las personas usuarias, las familias/representantes legales, y a la plantilla del peligro del uso de sujeciones físicas a corto, medio y largo plazo.

El objetivo del programa es: Fomentar que el uso de sujeciones físicas sea considerado como un último recurso por parte de la plantilla, tras haber experimentado y agotado todas las posibles alternativas existentes, evitando así caer en un uso por conveniencia o inercia de las mismas.

Establecer y unificar criterios y pautas de actuación en relación a la valoración de la necesidad de uso de medidas de sujeción.

Garantizar la seguridad de la persona.

Establecer los cauces de información a las personas usuarias o representantes legales de ellas con lo que sea necesario aplicar medidas de sujeción.

Facilitar información a toda la plantilla implicada en la aplicación de las medidas de sujeción para garantizar su correcta utilización

Metodología

Servicios Geriátricos Canarias, dispone del protocolo de valoración y uso de sujeciones físicas, del cual se ha sensibilizado a todo el personal y también se ha hecho ver y entender, nuestro objetivo de eliminar al máximo aquellas sujeciones restrictivas.

Contamos con el protocolo de eliminación de sujeciones, y también se ha creado un nuevo registro "R-09-20 Eliminación de sujeciones" para que se lleve un control exhaustivo de aquellas personas usuarias con esta medida, el porqué de su uso, que medidas se están tomando y se van a tomar para intentar eliminarla, posibles medidas alternativas particulares para cada persona, y el seguimiento de las medidas adoptadas.

Este registro es muy útil, para poder cumplir nuestro objetivo de reducir las sujeciones en un 4% y poder hacer un seguimiento, de las sujeciones eliminadas durante el año, las medidas tomadas y las mejoras que podemos tomar al respecto, en nuestro sistema de mejora continua.

4.3.7 Programa de relación con la comunidad

Fundamentación:

La apertura del centro a la comunidad aumenta las oportunidades de relación y desarrollo de las personas usuarias.

El facilitar que las personas salgan del centro y acudan a lugares, actividades y servicios del entorno, le proporciona mayores oportunidades de participación, espacios más integradores y una mayor continuidad con la vida previa.

Objetivo:

El objetivo de dicho programa es estimular el contacto social, la presencia de personas de la comunidad en la vida cotidiana del centro y ofrecer apoyos para que las personas usuarias puedan utilizar servicios, acudir a actividades del barrio y mantener relaciones sociales con personas de fuera.

Contenidos:

Los contenidos de los programas de integración en la comunidad irán dirigidos a:

- Animar y permitir que organizaciones externas utilicen la residencia y aprovechen algunos de los servicios e instalaciones.
- Facilitar que las personas usuarias salgan y disfruten de otros recursos externos.
- Favorecer la retroalimentación positiva mediante jornada intergeneracionales.

En relación a las intervenciones que se están llevando a cabo para favorecer la inserción en la comunidad, cabe destacar:

Desarrollo de iniciativas y avance en la utilización de metodologías intergeneracionales. El enfoque y la metodología intergeneracional aporta elementos de gran valor al permitir compartir experiencias, vivencias y conocimientos a distintos grupos de edad y circunstancias. Resulta enriquecedor no sólo para las personas mayores sino para los otros grupos de edad que conocen en directo, apartándose de los tópicos, personas y situaciones con un enfoque real. En los programas de actividades de terapia ocupacional se potencia el diseño de proyectos intergeneracionales.

Potenciación de los programas de formación práctica de profesionales. Desde los Servicios Geriátricos Canarias se entienden los programas de formación con alumnos/as en prácticas como una oportunidad para optimizar recursos y propiciar contacto con otras personas, normalmente jóvenes, de la comunidad. Se planifican y supervisan detenidamente para sacar el máximo rendimiento y evitar disfunciones en el funcionamiento y organización del centro.

Convenio con personas que cumplen penas por servicios sociales: ofreciendo nuestras instalaciones para que estas personas cumplan la condena adjudicada.

Favorecer la participación de las personas en el entorno más próximo. Se programan actividades fuera del centro tales como visitar lugares o escenarios que le resulten familiares de la localidad, y acudir a conciertos, exposiciones, ferias, etc. Se trata de conseguir dar continuidad a su vida anterior. A la hora de planificar dichas actividades:

- Se tienen en cuenta las opiniones de los/as usuarios/as.
- Se trata de respetar las costumbres y tradiciones que las personas tenían en su entorno (celebración de carnaval, asistencia a la feria del pueblo...).
- Se adaptan las actividades a las características actuales de las personas, teniendo en cuenta sus limitaciones.
- Se facilitan los apoyos necesarios.

5 Sistemas organizativos

5.1 Protocolos de actuación

Los Servicios Geriátricos Canarias dispone de los siguientes protocolos de actuación para orientar la intervención profesional:

PROTOSCOLOS DE DIRECCIÓN/SUPERVISIÓN/RECURSOS HUMANOS

- Responsabilidades por la dirección
- Control de la documentación y de los registros
- Recursos humanos
- Manual de acogida a la nueva persona trabajadora
- Protocolo de selección y contratación
- Guía para víctimas de violencia de género
- Comunicación y consulta.
- Gestión de compras y proveedores.
- Auditorías e inspecciones.
- Protocolo de derechos y deberes de los trabajadores
- Infraestructuras y dispositivos de seguimiento

- Verificación de termómetros
- Mantenimiento de medios contra incendios
- Verificación de básculas
- Seguimiento y medición de procesos: análisis de datos
- Satisfacción del cliente (personas usuarias y familiares)
- Contesto de la organización y partes interesadas
- Identificación y evaluación de riesgos y oportunidades

- PROTOSCOLOS DE ATENCIÓN SOCIAL
 - Guía de información a la persona usuaria.
 - Protocolo de Ingreso (preingreso, ingreso y adaptación
 - Protocolo internamiento involuntario
 - Protocolo de atención familiar continuada
 - Protocolo gestión de quejas y sugerencias
 - Protocolo de solicitud y gestión de la baja por traslado
 - Protocolo de solicitud de la capacidad de obrar
 - Protocolo de fugas
 - Protocolo de éxitus
 - Guía para la realización de la entrevista
 - Guía para la realización de la historia de vida

- PROTOSCOLOS DE ATENCIÓN CLÍNICA
 - Establecimiento y seguimiento del plan de atención individualizada (PAI)
 - Valoraciones en RESIPLUS
 - Prestación del servicio y atención de cuidados personales.
 - Protocolo de actuación ante la hipertensión arterial
 - Protocolo diabetes
 - Protocolo de actuación para prevenir las úlceras por presión
 - Protocolo de prevención y tratamiento de infecciones
 - Protocolo de esterilización
 - Protocolo de atención al sueño
 - Protocolo de adquisición, administración y control de fármacos
 - Protocolo nutrición e hidratación
 - Protocolo de nutrición enteral
 - Protocolo prevención y tratamiento del estreñimiento
 - Protocolo Traumatismo Craneoencefálico
 - Protocolo tratamiento y eliminación de residuos
 - Protocolo de sondaje vesical
 - Protocolo de accidentes de trabajo
 - Protocolo de actuación frente a una reacción anafiláctica
 - Protocolo de atragantamiento
 - Protocolo de emergencia sanitaria
 - Protocolo de derivación a urgencias
 - Protocolo de derivación a consultas programadas fuera del centro
 - Protocolo de constantes vitales
 - Protocolo de actuación antes el SARS-COV-19
 - Protocolo sobre el uso de los diferentes equipos de protección individual (EPIs)
 - Plan de reactivación frente al Covid-19
 - Atención sanitaria rehabilitadora
 - Decálogo de atención sanitaria rehabilitadora
 - Técnicas de movilidad y transnsferencias

- PROTOSCOLO DE ATENCIÓN FUNCIONAL
 - Protocolo higiene diaria
 - Protocolo atención al baño
 - Protocolo de atención de incontinencias urinarias
 - Protocolo de caídas: prevención y actuación
 - Protocolo movilización

- Protocolo valoración y uso de las sujeciones
 - Protocolo de eliminación de sujeciones
 - Protocolo de medidas alternativas a la contención mecánica
 - Protocolo de tareas de auxiliar de enfermería ante la ausencia de enfermería.
 - Protocolo de cambios posturales.
 - Atención hostelera y manutención
 - Protocolo de limpieza general
 - Protocolo de medición de componentes polares
- PROCOLO DE ATENCIÓN PSÍQUICA
 - Protocolo de actuación ante conductas agresivas
 - Protocolo de resolución de conflictos
 - Protocolo de decisiones personales
 - Protocolo de prevención, detección y actuación en caso de malos tratos
 - Protocolo de estimulación a la persona usuaria
 - Protocolo de atención familiar continuada
 - Protocolo de prevención de suicidios
 - Protocolo de acompañamiento al final de la vida
 - Guía para combatir el edadismo
- PROCOLO DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA
 - Plan de Igualdad
 - Informe de auditoría retributiva
 - Protocolo contra el acoso laboral
 - Guía de comunicación no sexista
 - Decálogo de igualdad de oportunidades
 - Guía de conciliación de la vida personal, laboral y familiar
 - Glosario
 - Responsabilidad social corporativa

5.2 Principales cambios organizativos para adaptarse al nuevo paradigma de atención.

Desde la Servicios Geriátricos Canarias se entiende que la atención que precisan las personas usuarias requiere un conjunto diversificado de apoyos y cuidados para atender a sus necesidades clínicas, psíquicas, sociales y funcionales. Para poder prestar dicha atención, es necesario la articulación de diferentes recursos, prestaciones y profesionales.

A la hora de organizar el trabajo diario, cada profesional del centro dispone de un plan de trabajo y conoce los protocolos de actuación de la Fundación.

Con el objetivo de mejorar la atención de las personas que residen en los centros de la Servicios Geriátricos Canarias, se realizan cambios en el modelo de atención, pasando de un modelo de atención tradicional al modelo de Atención centrada en la persona y con un sistema de gestión de calidad basado en las normas ISO 9001:2015 y UNE 158.101:2015 para las que estamos certificados. Para adaptarse a los nuevos paradigmas, es necesario modificar la organización de los centros. Se detallan a continuación los principales cambios organizativos realizados en los últimos años:

5.3.1 Cambio en los roles Profesionales: la atención centrada en la persona implica una visión distinta del cuidado profesional, en la que se debe asumir un nuevo enfoque de la relación con la persona usuarias y/o su familia. En esta nueva visión el/la profesional se convierte en un apoyo para la persona, que es quien decide cómo han de ser las cosas. Desde la AICP se capacita a las personas para que puedan tomar el control de su vida y se valoran sus capacidades en lugar de sus necesidades.

Es importante entender, que debemos conocer el pasado de la persona, para poder entender su presente, y poder así, entender y acompañar en su proyecto de vida.

En relación a este aspecto se detallan a continuación las principales funciones del/la profesional de referencia:

- *Mejorar la comunicación con las personas y generar una relación de confianza*
 - Participación en el ingreso de la nueva persona usuaria, recabando la máxima información posible desde el inicio, para comenzar a crear la historia de vida.

- Proporcionar a la persona el apoyo que necesite. Facilitar la relación interpersonal, dar confianza. Esto significa que debe estar disponible, cercano/a a la persona llegando a formar parte de su vida cotidiana.
- Demostrar actitudes de cercanía e interés.
- Reforzar vínculos emocionales y de confianza con la persona y su familia.
- Feedback directo con las familias.
- Mostrarse cercano/a.
- Servir de apoyo y referente a la persona y su familia en la incorporación y adaptación inicial al centro.
- Apoyar en los momentos de mayor vulnerabilidad.
- *El conocimiento de cada persona:*
 - Conocer la biografía y el proyecto de vida de cada persona.
 - Conocer las necesidades, lo que para la persona es importante y sus preferencias en relación a la atención.
 - Identificar las capacidades (competencias de la persona) y sus fortalezas.
 - Observar en el día a día las situaciones que le generan bienestar y lo que le produce malestar.
 - Identificar opciones para tomar decisiones y tener un mayor control sobre su vida cotidiana (capacidades, oportunidades y apoyos que precisa para ello)
- *Adoptar una actitud proactiva proponiendo y buscando recursos que generen capacidad y bienestar:*
 - Encontrar actividades, espacios, momentos... que le resulten gratificantes.
 - Fomentar la implicación de la persona en la toma de decisiones.
 - Favorecer la independencia funcional de la persona asegurándose que los modos de trabajar del resto de los/as compañeros/as también la potencian.
- *Apoyo y seguimiento del plan de atención de la persona:*
 - Estar presente en las reuniones para el diseño del plan de atención de la persona.
 - Poner en conocimiento del resto del equipo de profesionales aquellos aspectos que considere relevantes para la atención de la persona.
 - Apoyar la participación e implicación de la persona en su propio plan de atención, animándola a opinar y transmitiendo dicha información.
 - Realizar un seguimiento y velar porque se cumpla lo establecido.
 - Gestionar la información de la persona con esmero y los límites que el derecho a la intimidad personal le confieran. No debe informar de todo lo que la persona le cuenta en su relación especial de confianza, a otros/as profesionales o a sus familiares, sólo aquello que resulte necesario o relevante para su vida en el centro y el desarrollo de su plan de atención y siempre con el consentimiento de la propia persona.
- *Favorecer la coordinación, continuidad y coherencia de las intervenciones:*
 - Gestionar la información personal necesaria para su adecuada atención
 - Comunicarse y coordinarse con la familia.
 - Comunicarse y coordinarse con el resto de profesionales del centro
 - Saber identificar y solicitar ayuda al resto de profesionales cuando se observe que la persona requiere una atención especializada.

En relación al **equipo técnico:**

- Lo componen los/as profesionales diversos/as: enfermeros/as, trabajadores/as sociales, tasoc, fisioterapeutas... que completan junto con el personal auxiliar el equipo multidisciplinar de un centro.
- La atención centrada en la persona, otorga una gran importancia al personal auxiliar, pero evidentemente no todo se puede delegar. El equipo técnico tiene un gran cometido dentro del modelo ACP. Es muy importante que se establezca un estrecho contacto con los/as profesionales de referencia y que proporcionen apoyo y consejo cuando sea necesario.
- Velamos y trabajamos por una atención más directa.
- Sus principales funciones serán:
 - Realizar la valoración integral de cada persona.
 - Realizar las intervenciones profesionales que sean indelegables.
 - Establecer una relación de colaboración con el equipo auxiliar. Es necesaria su presencia en el día a día para llevar a la práctica lo diseñado en los planes de atención. Asesorar cómo llevar a cabo las actividades, intercambiar información o ayudar a resolver dificultades que puedan surgir.
 - Realizar consultas y apoyar a los/as profesionales de referencia para encontrar las mejores opciones de atención cotidiana a cada persona.
 - Llevar a cabo el seguimiento y evaluación periódica de cada caso.
 - *Recoger la historia de vida:* En el modelo ACP se utiliza el término “Historia de vida” para describir un instrumento de recogida de datos que permita, desde la óptica de la persona, elaborar y consensuar con ella la planificación en sus:
 - Cuidados integrales (el plan de atención), para que este/a pueda seguir realizando su proyecto de vida. No es una finalidad en sí misma, sino que sirve de apoyo a la elaboración del plan de atención.

- El enfoque biográfico y la historia de vida permiten identificar los objetivos claves que ayudan a mejorar su calidad de vida. Se deben recoger por una parte los datos biográficos y por otra los gustos y preferencias de las personas. La información relevante se trasladará al plan de atención.
- Los objetivos claves para la persona serán el resultado de conjugar sus gustos y preferencias con los criterios técnicos. A veces puede ser necesario informar, orientar...siempre respetando sus decisiones.
- *Elaboración del plan de atención:* en cada plan de atención se deben identificar no sólo las necesidades de cuidados sino también sus capacidades, preferencias y deseos, elementos importantísimos para lograr la máxima autogestión en su vida cotidiana. Se establecen las siguientes Buenas prácticas: en todo plan de atención elaborado desde la metodología ACP se deben reflejar aspectos en relación a la autonomía de la persona. Es decir, aquellos aspectos en los que reflejen decisiones de la persona.
- *En relación a las valoraciones de los técnicos:*
 - Realizar una valoración integral de la persona contemplando de una manera global su situación, su entorno y sus diferentes necesidades (salud física, estado cognitivo, emocional...)
 - Conocer y recoger en el plan de Atención de la persona su biografía.
 - Identificar y recoger en el plan de atención de la persona sus objetivos claves.
 - Recoger los gustos y preferencias de las personas.
 - Reflejar sus deseos, voluntades, preocupaciones en relación al futuro.
 - Aspectos relacionados con la autonomía de la persona.
 - Aportaciones del/la profesional de referencia.
 - Debe figurar el decálogo de la persona.
 - Registrar toda la información en las valoraciones, cubriendo los ítems establecidos.

5.3.2 Creación de espacios de ACP: La creación de espacios de ACP con un número reducido de personas (entre 20-25 personas) con el objetivo de buscar su bienestar.

Se trata de evitar la convivencia diaria obligatoria de un elevado número de personas usuarias en las zonas comunes del centro ya que esta situación puede producir malestar en las personas.

Se facilita que las personas que viven en los distintos centros puedan traer objetos significativos y decorar sus habitaciones, siempre que así lo deseen. Al mismo tiempo se realizaron cambios en el diseño de los espacios de ACP para conseguir que sean lo más acogedores posibles.

Llevamos años trabajando con la ACP. Los dos hitos que han marcado nuestros avances en este sentido, son, la creación de espacios de convivencia, los cambios en los turnos del personal auxiliar eliminando prácticamente las rotaciones y la inclusión en todo el proceso de vida de la persona usuaria del/la profesional de referencia, pero siempre, con una visión de mejora continua.

5.3.3. Eliminación de las rotaciones: se elaboran horarios para que en los espacios de ACP creados trabajen siempre los/as mismos/as profesionales.

No se puede hablar de AICP sin eliminar las rotaciones elevadas de personal. En los horarios elaborados se establece una rotación mínima. El objetivo principal es conseguir que en la atención de la persona participe el número mínimo de profesionales.

Utilización del enfoque biográfico y de la metodología de historia de vida.

- Programación de actividades significativas para la persona: se diseñan programas de actividades de ocio con significado para el/la usuario/a.

5.3.4 Organización de actividades significativas: en los centros residenciales es muy importante ofertar la posibilidad de participar en actividades, ya que están demostrados los múltiples beneficios de mantenerse activos/as.

La actividad previene la dependencia, mejora la salud, el estado de ánimo y fortalece la autoestima.

Teniendo en cuenta lo anterior, es fundamental diseñar programas de actividades que resulten atractivos a las personas que conviven en el centro. Al mismo tiempo, hay que respetar también la inactividad, es una decisión personal.

Para el diseño de dichos programas se parte de la importancia que tiene para las personas mayores participar en actividades que resulten significativas y teniendo en cuenta siempre sus gustos y preferencias.

Las actividades significativas se caracterizan por:

- Las personas tienen información de ellas, conocen su finalidad y aprecian su sentido.

- La participación es voluntaria.
- No resultan monótonas ni aburridas. No se perciben como extrañas.
- Se integran en su vida cotidiana y potencian la relación social.
- Visibilizan las capacidades de quien las realiza.
- Fomentan la creatividad y permiten el desarrollo personal.
- Son flexibles.
- No infantilizan a la persona mayor, respetan la edad adulta.

Involucración del/la profesional de referencia en todo el proceso y vida de la persona usuaria.

Para ello, se crea, en el programa RESIPLUS, en reuniones interdisciplinares- auxiliar, varios ítems, que atienden a la vida de la persona usuaria, como son: el aseo, vestido, ducha, movilizaciones, sueño, alimentación, gustos, preferencias, objetivos... que deberá cubrir el/la profesional de referencia de cada persona. Una vez plasmada esta información recabada en el día a día, se plasmará y se pondrá en común, con el resto del equipo técnico, con la persona usuaria en cuestión, y con el/la familiar en caso de que esta acuda presencialmente a la reunión (en caso de que no acuda de forma presencial, se habrá hecho un trabajo previo de recabar información, ya sea por teléfono, o en las visitas que haga a su familiar al centro).

También, para facilitar el proceso de recogida de información, y, por ende, de creación de su historia de vida y acompañarlas en la consecución de su proyecto de vida, se crea una guía, de “Plan de cuidados auxiliares”, para que, el/la profesional de referencia, emplee ya en el momento de ingreso y vaya completando, a lo largo de la estancia de la persona en el centro.

6 Política de calidad

GERIÁTRICOS CANARIAS es una entidad dedicada a la asistencia y atención de personas mayores, cuyo principal objetivo es que tanto los usuarios como los familiares y el entorno social, consideren que nuestros centros satisfacen las expectativas de atención cualificada, de acogida confortable y de respeto a la dignidad de la persona. La definición de esta Política de Calidad ha de contribuir a mantener la satisfacción y confianza de nuestros residentes y sus familias, así como de los trabajadores, a través de la implantación de un sistema de gestión basado en la norma UNE 158101:2015 y la norma ISO 9001:2015.

El sistema de gestión implantado está basado y fomenta la aplicación sistemática de la mejora continua sobre todas las actividades realizadas, entendiéndose dicha mejora continua como la necesidad de planificar a fondo las actividades a desarrollar, hacerlas conforme a lo que se ha decidido, verificar los resultados comparándolos con lo planificado y corregir cuanto sea necesario iniciando de nuevo el ciclo de la mejora continua.

Como pilares de la Política de Calidad se formulan los siguientes principios:

- Satisfacción del cliente mediante una atención cercana, individualizada y profesional consiguiendo que residentes y familiares estén satisfechos del trato que reciben.
- Planificación de las actividades evitando indefiniciones y vacíos de responsabilidad que originen falta de atención a los residentes y previniendo la aparición de problemas ocasionados por el incumplimiento de las especificaciones de nuestros servicios.
- Enfoque de atención integral e interdisciplinar; modelo biopsicosocial y espiritual.
- Esmero permanente por garantizar un trato amable, respetuoso y digno.
- Estimular las actividades diarias de ocio y tiempo libre.
- Conservación de las capacidades físicas y mentales de los residentes.
- Promoción activa de los derechos de los usuarios y aplicación de códigos éticos.
- Escucha activa a usuarios, familiares, entorno y trabajadores.
- Disponer de un equipo de profesionales que trabajen respetando la libertad, intimidad y dignidad de los residentes.
- Compromiso en cumplir con los requisitos legales y reglamentarios relacionados con el servicio, así como los específicos del residente.

- Proporcionar atención individualizada y transparente a los familiares y entorno de los residentes que garantice una total seguridad en el servicio prestado.
- Satisfacer a las personas que integran Servicios Geriátricos Canarias intentando proporcionarles, a través del trabajo en equipo y la responsabilidad en el cuidado, un camino de realización profesional y de implicación en el proceso de mejora.
- Dar prestigio a nuestras residencias diferenciándolas por la calidad de sus servicios.
- Establecer unos indicadores de medida que permitan evaluar la consecución de los objetivos de calidad.

Como consecuencia de este planteamiento, nuestros esfuerzos se orientan en distintos ámbitos de actuación:

- La mejora constante de la capacitación profesional de nuestro personal mediante planes de formación anuales.
- La mejora e innovación tecnológica de nuestras instalaciones para conseguir optimizar a su vez todos nuestros procesos.
- La detección de oportunidades de mejora en nuestro sistema de gestión, mediante revisiones periódicas del mismo que garanticen su permanente adecuación e idoneidad a las exigencias de un mercado cada vez competitivo y un entorno en constante

evolución.

Esta política de calidad, es parte de la política global de Servicios Geriátricos Canarias. Mediante las directrices definidas en su sistema de gestión de calidad, Servicios Geriátricos Canarias pretende alcanzar los siguientes objetivos generales, además de los específicos que se definen anualmente, de forma conjunta por todos los miembros interesados. Estos objetivos más específicos los podemos ver en la carta de servicios y también en el propio documento de seguimiento de consecución de los objetivos planteados.

- Incrementar y consolidar la innovación en un sistema de mejora continua.
- Asegurar la satisfacción de nuestros clientes en cuanto al cumplimiento de requisitos aplicables.
- Disponer de la flexibilidad suficiente para adaptarse a los requisitos de nuestros clientes en un entorno dinámico, cambiante y competitivo.
- Contar con personal con la formación y motivación suficientes, y así conseguir la mejora de los procesos y su orientación a la satisfacción de los clientes y del propio personal.
- Preservar, incrementar y consolidar la innovación y el aprendizaje en el dominio de los procesos de gestión y operativos en un entorno de mejora continua.

El presidente de Servicios Geriátricos Canarias y la dirección de la misma, se compromete a que su política de calidad, integrada dentro de su sistema de gestión, sea entendida e implantada en todos los niveles de la organización, y esté disponible para todas las partes interesadas relevantes.

De igual manera, adquiere el firme compromiso de concretar y actualizar los objetivos específicos que serán periódicamente evaluados y aprobados por las partes antes mencionadas.

7 Plan anual de formación.

A principios de año, el presidente de la Servicios Geriátricos Canarias, la directora de calidad y el personal de dirección y supervisión de cada centro, se reúnen para valorar la formación que consideran necesaria impartir a la plantilla. Se tiene en cuenta los siguientes aspectos:

- El grado de cumplimiento del plan de formación del año anterior: acciones formativas realizadas, acciones pendientes, sus causas, conclusiones y resultados obtenidos, etc.
- Las nuevas necesidades de formación derivadas de la situación de la empresa o de los cambios tecnológicos, legislativos, de mercado, etc.
- La demanda de formación del propio personal de la empresa: intereses, propuestas, sugerencias, necesidades, del propio puesto, etc.

Inicialmente se plantea una formación anual que esta puede ser aumentada según las necesidades que vayan surgiendo a lo largo del año, en el apartado “ampliación”.

Una vez obtenida y analizada esta información, la directora de calidad, aplicando criterios de prioridades, afinidades y posibilidad de realización de las actividades formativas demandadas, define las acciones que conformarán las líneas principales de lo que será el plan de formación de la empresa para el nuevo año.

Estas líneas generales se recogen en el documento del R-03-2 “Plan anual de formación”, en el que se indicarán:

- Curso: acciones formativas/informativas a satisfacer: inquietudes en aspectos concretos de formación, cursos, seminarios, asistencia a jornadas específicas, ferias de interés, etc.
- Participantes: personal o colectivo al que va destinado.
- Fecha de impartición del curso.
- Tipo: si la formación se prevé impartir por personal de la propia empresa o externo, si es autoformación o adiestramiento.
- Organizador/a: si se conoce, entidad organizadora de la formación.
- Aprobado por: revisado por el presidente de la Servicios Geriátricos Canarias
- Necesidad encontrada: motivo por el que se da ese curso en concreto
- Seguimiento: una descripción del curso realizado
- Método de verificación: cómo podemos comprobar si el curso se ha impartido y si ha sido eficaz o no.

- Objetivo: objetivos que se pretenden conseguir con cada uno de los cursos propuestos e impartidos.
- Participantes: para poder cuantificar, dividido por sexos, la participación a los cursos presenciales.

Las actividades de formación pueden ser impartidas por personal propio de la empresa, por personal especializado externo y/o formación ONLINE.

Durante el año **2023** se desarrolló el siguiente plan de formación:

CURSO	TIPO DE FORMACIÓN	ORGANIZADOR	ASISTENTES
PROGRAMA RESIPLUS	Interna	DIRECCIÓN / SUPERVISIÓN	TODO EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN
FORMACIÓN EN PROTOCOLOS SERVICIOS GERIÁTRICOS CANARIAS	Interna	DIRECCIÓN / SUPERVISIÓN	TODO EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN
FORMACIÓN EN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	Interna	DIRECCIÓN / SUPERVISIÓN / DIRECTORA DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN
PLAN DE IGUALDAD Y ACOSO LABORAL	Interna	DIRECCIÓN / SUPERVISIÓN / DIRECTORA DE CALIDAD	TODO EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN
SIMULACRO CONTRA INCENDIOS	ONLINE	QUIRON PREVENCIÓN	TODA LA PLANTILLA
PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	EXTERNA	QUIRON PREVENCIÓN	TODA LA PLANTILLA
HIGIENE POSTURAL Y MOVILIZACIONES	INTERNA-PRESENCIAL	DIRECCIÓN	TODA LA PLANTILLA
IGUALDAD DE TRATO Y OPORTUNIDADES ENTRE HOMBRES Y MUJERES, ACOSO LABORAL Y/O POR RAZÓN DE SEXO, PLAN DE IGUALDAD	INTERNA-PRESENCIAL	DIRECTORA DE CALIDAD	TODA LA PLANTILLA
NUTRICIÓN EN EL ANCIANO Y RECOMENDACIONES EN CENTROS RESIDENCIALES	INTERNA-PRESENCIAL	DIRECTORA DE CALIDAD	TODA LA PLANTILLA

8. Cronograma actividades 2023

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:30-10:30	APOYO ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (APOYO EN DESAYUNOS Y TRASLADOS/DEAMBULACIÓN FOMENTANDO AUTONOMÍA)				
10:30-13:00	<p style="text-align: center;">MANUALIDADES</p> <hr/> <p style="text-align: center;">ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y SENSORIAL</p>	<p style="text-align: center;">GERONTOGIMNASIA AUTÓNOMOS FISIOTERAPEUTA Y TASOC</p> <hr/> <p style="text-align: center;">GERONTOGIMNASIA HETERÓNOMOS TASOC</p> <hr/> <p style="text-align: center;">JARDINERÍA</p>	<p style="text-align: center;">ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y REMINISCENCIA</p> <hr/> <p style="text-align: center;">MANUALIDADES</p>	<p style="text-align: center;">PSICOMOTRICIDAD AUTÓNOMOS FISIOTERAPEUTA Y TASOC</p> <hr/> <p style="text-align: center;">GERONTOGIMNASIA DE HETERONOMOS TASOC</p> <hr/> <p style="text-align: center;">JARDINERÍA</p>	<p style="text-align: center;">ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y SENSORIAL</p>
13:00-14:00	APOYO ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (FOMENTAR LA INGESTA INDEPENDIENTE, USO CORRECTO DE UTENSILIOS Y CORRECCIÓN POSTURAL PARA LAS INGESTAS)				
15:00-17:30	<p style="text-align: center;">BINGO</p> <hr/> <p style="text-align: center;">TALLER LECTURA/ESCRITURA</p>	<p style="text-align: center;">JUEGOS DE MESA</p> <hr/> <p style="text-align: center;">DEBATES, PASAPALABRAS, HISTORIAS</p> <hr/> <p style="text-align: center;">PASEOS Y SALIDAS A LAS ZONAS EXTERIORES DEL CENTRO</p>	<p style="text-align: center;">MUSICOTERPIA</p> <hr/> <p style="text-align: center;">BINGO</p>	<p style="text-align: center;">ACTIVIDADES LÚDICAS</p> <hr/> <p style="text-align: center;">TALLER LECTURA/ESCRITURA</p>	<p style="text-align: center;">DANZATERAPIA</p> <hr/> <p style="text-align: center;">PASEOS Y SALIDAS A LAS ZONAS EXTERIORES DEL CENTRO</p>

SERVICIOS GERIÁTRICOS CANARIAS

En Tenerife, a diciembre del 2023.

