

EL BIENESTAR QUE GENERA
LA SALUD AUMENTA CON
LA INCLUSIÓN SOCIAL.
REFLEXIONES SOBRE
LA NECESARIA
COORDINACIÓN
SOCIOSANITARIA.

GONZALO BERZOSA ZABALLOS
Miembro del equipo InterSocial
Patrono de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal
gonzalo@intersocial.es

PALABRAS CLAVE

Coordinación sociosanitaria, atención integral, bienestar personal, comunicación.

RESUMEN

Si la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, (OMS), quienes trabajan con personas en situación de dependencia no pueden actuar incidiendo sólo en uno de los tres aspectos señalados por la OMS. El bienestar y la calidad de vida de estas personas va a depender tanto del cuidado de la salud física y psíquica como de su presencia activa en la vida comunitaria. En definitiva, se trata de cambiar el enfoque centrado en el servicio que se presta y ponerlo en la propia persona atendida, teniendo en cuenta su biografía, sus vínculos emocionales y sus proyectos personales. La coordinación de los servicios sanitarios y sociales es una oportunidad para hacer realidad el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona.

KEYWORDS

Social and healthcare coordination, Integrated care, personal well-being, communication.

ABSTRACT

If health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not only the absence of disease, as defined by the World Health Organization, (WHO), those who working with people in a situation of dependency they cannot act affecting only in one of the three aspects identified by the WHO. The well-being and life quality of these people will depend on both the physical and mental health care and its active presence in the community life. Ultimately it is changing the approach focused on the service provided and put it in the assisted person, taking into account their emotional ties, his biography and his personal projects. The coordination of health and social services is an opportunity to realize model of Integrated care focused on the person.

1. INTRODUCCIÓN A MANERA DE CUENTO.

Según cuentan personas muy mayores, no hace mucho tiempo, cuando las personas envejecían, enfermaban o vivían situaciones de dependencia, la familia se repartía las tareas de atención, cuidado y cariño. Era algo asumido que ante la vejez, la enfermedad o la dependencia, junto a los servicios sanitarios, se sumaban las relaciones familiares y vecinales para que la persona en situación de vulnerabilidad siguiera presente en las actividades de la vida comunitaria. Esto ya lo habían visto hacer a sus antepasados y estaban seguros de que se repetiría año tras año. Era lo tradicional y la manera más adecuada de garantizar el bienestar personal y la presencia social de las personas enfermas, dependientes o ancianas. En general todo se resumía en transitar con la enfermedad o la dependencia en el entorno donde se había vivido siempre compartiendo relaciones y vínculos sociales.

Esta breve descripción nos recuerda cómo transcurría, hace unas décadas, la vida de las personas enfermas, de las personas dependientes, de las personas en situación de fragilidad. Sin embargo, las cosas han cambiado, ya no son como eran. Vivimos una sociedad de cambios rápidos e inesperados algunos de los cuales inciden en los modelos en los que tradicionalmente hemos desarrollado nuestra vida cotidiana y que afectan de manera especial a quienes viven situaciones de vulnerabilidad.

Es cierto que la mayoría de los cambios son fruto del progreso que se refleja en los avances en la atención a la salud cada día más especializada, en los nuevos estilos de vida independiente que jóvenes, adultos y mayores proclaman como conquista de libertad personal y protagonismo social y en la incorporación de tecnologías que nos facilitan la vida cotidiana. Sin embargo, no podemos soslayar que estos cambios también conllevan asociados algunas pérdidas importantes en aspectos fundamentales como son las relaciones sociales, que incluyen el acompañamiento, la disponibilidad del vecindario para compartir tiempo y la relación de ayuda que amigos y conocidos cercanos prestan cuando alguien se encuentra en estado de necesidad. Fruto de estas pérdidas es el incremento del fantasma de la soledad que acompaña la vida diaria de muchas personas en la actualidad.

2. LA SOLEDAD MANIFESTACIÓN DE DÉFICITS RELACIONAL.

El ser humano es fundamentalmente un ser social. Después de la satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad para el mantenimiento de la vida, estarían como necesidades prioritarias: la necesidad de relación, de reconocimiento y de realización personal en el medio social en el que se encuentra insertado el individuo. Esta escalera de necesidades la definió claramente Maslow cuando explicó la teoría de motivación que impulsa la conducta humana que ha quedado plasmada en la Pirámide de Maslow, que consta de cinco niveles que están ordenados jerárquicamente según las necesidades que atraviesan todas las personas. Es importante resaltar que la teoría de este psicólogo humanista explica porqué muestras

acciones responden al objetivo de cubrir ciertas necesidades con el objetivo de alcanzar y mantener el bienestar personal.

Abraham Maslow introdujo el concepto de la jerarquía de necesidades en 1943 en su artículo “A Theory of Human Motivation” y en su libro “Motivation and Personality”. Defendió que cuando se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados. Las cinco categorías de necesidades que él definió son: *fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento y de autorrealización*. Maslow señaló que las necesidades básicas se ubican en la base de la pirámide, mientras que las necesidades más complejas se encuentran en la parte más alta. Esta teoría facilita la comprensión de lo que ocurre cuando las personas en situación de vulnerabilidad aprecian que sus necesidades básicas han sido atendidas y demandan satisfacer otras necesidades que responden al reconocimiento de lo que han sido y a la valoración a su persona con la dignidad que significa ser un sujeto activo con capacidad de decidir y con la necesidad de ser preguntado ante las necesidades de su vida cotidiana.

Este planteamiento nos lleva a reflexionar sobre la necesaria coordinación socio-sanitaria y a dar respuesta al porqué una vez satisfechas las necesidades más básicas, fisiológicas y de seguridad, surgen de manera automática la necesidad de afiliación, que también la podemos traducir como necesidad de relación estable, de encuentro interpersonal, de mantener vínculos emocionales, en definitiva, la necesidad de estar con otros en un contexto gratificante. Esta es la razón de porqué tiene tanta importancia en el bienestar de una persona ser parte de una comunidad, vivir la inclusión social y no sentirse ajeno al entorno que le rodea. Es lo que entendemos por inclusión social, es decir ser agente y no paciente en el cuidado personal, ser una persona activa y no pasiva en la vida cotidiana, en definitiva, ser protagonista de su vida y no una persona espectadora de la sociedad en la que vive.

Esta vinculación con el entorno a través de las relaciones sociales va a satisfacer la necesidad de reconocimiento, de sentirse valorado, que a su vez es uno de los caminos imprescindibles para mantener la estima del yo, lo que entendemos por autoestima, que siempre crece cuando las personas sienten que son valoradas y reconocidas dentro de la vida comunitaria en la que viven. Con estos planteamientos se fundamenta la necesidad de una coordinación socio-sanitaria que aúne el mantenimiento de un buen estado de salud física y psíquica y a la vez posibilite desempeñar un papel activo en el entorno en el que se vive como un camino para realizarse en lo personal y en lo social. Por eso es importante establecer una buena relación entre la atención a las personas en los centros de servicios sociales, sanitarios y residenciales y al propio entorno social en el que está enclavado el centro. Este clima de relación casi siempre es vivido por las personas beneficiarias como uno de los principales factores de la calidad de atención que se presta a través de los programas sociales, sanitarios y residenciales. No olvidemos que la eficacia y la eficiencia en los servicios que se prestan a la ciudadanía es hoy uno de los retos de los servicios socio-comunitarios.

Es importante señalar que en los centros socio-sanitarios la comunicación que se establece entre la persona atendida y el personal que les atiende adquiere unas características específicas debido a las condiciones de la persona atendida, al lenguaje utilizado por el equipo profesional y a la tecnología con la que se instrumentalizan muchos de los servicios prestados. En estas circunstancias una comunicación que pueda ser valorada positivamente por ambas partes, ayudará a desempeñar mejor el trabajo contribuyendo a un aumento de confianza por parte de la persona que demanda atención que redundará, a su vez, en una experiencia gratificante de su estancia en el centro. Rogers y Carkhuff, representantes de la psicología y pedagogía humanista, estaban convencidos que la manera de ser y de mostrarse de los profesionales en relación con la persona a la que atienden, resulta en muchas ocasiones más eficaz que las técnicas que se emplean.

Por otra parte, hay que destacar que el capital humano es un gran activo en la mayoría de las actividades que se ofrecen en los centros de servicios sociales y sanitarios ya que casi siempre tienen una interacción directa con otras personas: responsables, coordinadores, compañeros de trabajo y sobre todo las personas a las que se atienden en los diversos programas. Por lo tanto, para el desempeño eficaz de las tareas en los centros de servicios sociales y sanitarios no basta con la buena voluntad, ni con los planes estratégicos bien estructurados, ni con modernas infraestructuras, sino que además también se exige que el personal tenga una serie de habilidades de trato para comunicarse eficazmente, para ser empático con las situaciones personales de los demás, para manejar conflictos y para motivar a quienes se atiende con el objetivo de que sigan manteniendo sus niveles de autonomía personal y protagonismo social.

La búsqueda permanente de calidad en el trato va a ser un elemento fundamental de la eficacia en la atención socio-sanitaria, convirtiéndose en uno de los retos de los centros de atención a personas dependientes o en estado de vulnerabilidad. De esta manera al desempeñar las tareas amparados en unas equilibradas relaciones interpersonales se va a redundar en la mejora de la calidad de los servicios prestados a la vez que esto repercutirá en el propio trabajador al sentirse estimulado, reconocido y valorado. Porque como proclaman algunos departamentos de recursos humanos, “no hay nada más motivador en el trabajo cotidiano que el trabajo bien hecho y valorado por otros”. Esta es la razón por la que los expertos en formación cuando se han preocupado por analizar y categorizar las competencias básicas que deben cumplir los profesionales para desempeñar con eficacia su puesto de trabajo en los centros socio-sanitarios, proponen tres niveles:

- Competencias conceptuales, que tienen que ver con las ideas.
- Competencias técnicas, que tienen que ver con las cosas y los instrumentos.
- Competencias interpersonales, que tienen que ver con las personas y las relaciones.

Es cierto que los estudios en torno a la necesaria coordinación socio-sanitaria son tema de actualidad para profesionales, entidades e instituciones públicas que trabajan en ámbitos sanitarios, sociales y comunitarios. Pero todavía falta una legislación coordinada que facilite que las administraciones locales puedan dar respuestas apropiadas a las nuevas demandas de calidad de vida que incluyen el bienestar personal físico psíquico y la presencia activa en la vida comunitaria a través de unas relaciones sociales gratificantes. Es necesario aprender de la práctica que están realizando muchas entidades residenciales para que en todos los centros socio-sanitarios se incorpore la filosofía de una nueva mirada más centrada en la persona que se atiende que facilite una programación de actividades útiles para la persona atendida, eficaces para la entidad y socialmente valoradas por la comunidad

3. LA CALIDAD DE SERVICIO INCLUYE LA CALIDAD DE TRATO.

Ante esta realidad tan cotidiana como invisibilizada ha nacido un camino alternativo que aglutina teoría y práctica en el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP), una metodología de intervención que se está implantando en centros residenciales de personas mayores, en programas de atención a personas con discapacidad, en la atención a pacientes de los servicios de salud y en general a quienes viven en estado de vulnerabilidad personal y social.

La Atención Centrada en la Persona responde a una filosofía de cuidado basada en el respeto a la dignidad, las preferencias y las opciones de las personas atendidas a las que se les reconoce como agentes activos en el protagonismo de su vida y en el mantenimiento de su autonomía personal e inclusión social. Es una metodología de intervención que sitúa al paciente en el centro de la atención sanitaria, a la persona dependiendo y a quienes viven situaciones de marginalidad en el centro de los servicios sociales que se les ofrece, con el objetivo general de promover el bienestar personal y su inclusión social.

Definir la Atención Centrada en la Persona no es una tarea sencilla porque como han señalado Morgan y Yoder (2012), no existe una definición única ni consensuada, de modo que nos encontramos con numerosas definiciones que varían en función del ámbito de aplicación, tanto en su enunciado como en los elementos o componentes destacados. Para la directora del Área de Salud del Instituto Universitario UAB Avedis Donabedian, las palabras clave en este modelo son colaboración, respeto y apoyo. Estas tres palabras nos acercan a una definición de Atención Centrada en la Persona como «la atención que establece una colaboración entre profesionales, personas atendidas y sus familias para garantizar que las decisiones respeten las necesidades y preferencias de la persona atendida y que se facilite la educación y el apoyo que necesiten para tomar decisiones y participar en su atención».

Pilar Rodríguez, presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, inspiradora de este movimiento y generadora de conocimiento en este modelo, propone una definición

de la Atención Integral Centrada en la Persona como “la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”.

La filosofía dominante en el modelo, tanto en el campo de la salud como en el de los cuidados personales o la intervención psicosocial, se centra en colaborar con las personas atendidas para que accedan no solo a mejores niveles de salud física y psíquica sino también a mantener las habilidades sociales adquiridas en su entorno comunitario y la presencia activa en la dinámica de su vida cotidiana. Es lógico entender que la colaboración entre los servicios sanitarios y los sociales se hace imprescindible si queremos garantizar el bienestar personal que la Organización Mundial de la Salud propone como horizonte a conseguir. La salud integral, según la definición que la OMS hace del término, es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

4. LA PERSONA DEPENDIENTE CUANDO DEMANDA ATENCIÓN SANITARIA TAMBIÉN ESPERA ATENCIÓN SOCIAL.

Cambiar no es fácil porque la mayoría de los cambios generan resistencias. Pero se puede cambiar cuando utilizamos dos recursos, uno es la información y el otro la comunicación. Los dos recursos van a ser instrumentos útiles para superar los medios, las desconfianzas y las inhibiciones ante las nuevas propuestas. La pedagogía del cambio cultural en las organizaciones nos dice que para cambiar hay que aprender, hay que cuestionarse y reflexionar sobre las actividades que realizamos en el trabajo cotidiano, porque aprendemos, y por lo tanto cambiamos, cuando nos cuestionamos algo, cuando evaluamos los resultados, por eso el aprendizaje suele ser respuesta a alguna pregunta que nos interpela desde la realidad que vivimos. La pregunta pudiera ser la siguiente: ¿Qué papel tienen que desempeñar los equipos profesionales para garantizar la autonomía personal y la calidad de vida relacional de quienes viven situaciones de vulnerabilidad, dependencia o enfermedad?

Un ejemplo actual de cambio de modelo en la atención socio-sanitaria es el que se desarrolla con personas con discapacidad intelectual. Las personas con discapacidad saben que su calidad de vida no puede desarrollarse plenamente si además de su bienestar físico y mental no disponen de apoyos comunitarios para su inclusión social. Porque los niveles de autonomía de la persona con discapacidad crecen con los apoyos que se les presta y disminuyen con la sobreprotección con la que se les trata. Por eso hoy las entidades que atienden a las personas con discapacidad, los equipos profesionales y amplios sectores sociales saben que la discapacidad no significa minoría de edad permanente y que el límite de su vida autónoma también depende de cómo nos relacionemos con ellos.

Pero si miramos hace un pasado reciente en la intervención, en la atención y en los servicios a estas personas con discapacidad, ha tenido más peso lo sanitario que lo social, es decir, los programas tenían predominantemente una orientación hacia aspectos relacionados con la salud, tanto en su versión física como psicológica. Esta visión relegaba a segundo lugar la promoción de aspectos tan importantes con la autonomía personal que se manifiesta en ámbitos educativos, laborales y socio-comunitarios. Sin embargo, hoy, sin olvidar los aspectos sanitarios, la orientación de los programas tiene un norte más social que sanitario, o por lo menos igual. Palabras como “psicosocial”, “socio-comunitario”, “integración laboral”, “normalización educativa”, “ocio compartido”, “vida autónoma”, “animación sociocultural”, coexisten con el cuidado de la salud, la estimulación cognitiva y la promoción de hábitos saludables.

No es difícil recordar que el lenguaje, la comunicación verbal y no verbal, que ha predominado hasta hace pocos años en relación a las personas con discapacidad era fundamentalmente individualista, biologicista, patológico, pesimista, ligado a una concepción deficitaria de esas personas. En definitiva, era una visión que reproducía la discapacidad como fenómeno social negativo, que orientaba la intervención hacia aspectos patológicos y se olvidaba de “normalizar” la diferencia, con lo que se frenaba o ralentizaba la más que posible integración de estas personas en la vida comunitaria. Por eso hoy los aspectos clínicos con enfermedades y deterioros, las situaciones personales de dependencia y la imagen social de pasividad y demanda de recursos, están dando paso a un nuevo enfoque con avances y aspectos más innovadores en el ámbito social, en el desarrollo educativo, en el ocio y en la presencia comunitaria en relación a la vida de las personas con discapacidad.

Ha cambiado el modelo de atención de orientación más paternalista y asistencialista donde los equipos profesionales tienen la información y son ellos quienes toman las decisiones en relación a la salud y a la vida personal de las personas a quien atienden, basándose en su exclusiva consideración sobre lo que es mejor o beneficioso para las personas atendidas. Este cambio de mentalidad, acorde con los tiempos, ha exigido que las instituciones sanitarias y las sociales estén abiertas a las nuevas oportunidades de presencia social, de vida más independiente, de relaciones comunitarias que demandan las personas con discapacidad o en situación de dependencia. Este cambio de mentalidad conlleva a su vez un cambio también en la organización y gestión de las propias entidades tanto públicas como privadas que gestionan servicios de atención personalizada para promover el bienestar personal y su inclusión social. Estos cambios están íntimamente relacionados con el funcionamiento de la entidad, es decir, con la gestión eficaz que se plantea como uno de los mayores retos que hoy tienen estas organizaciones.

5. LAS PERSONAS MAYORES YA NO SON LO QUE ERAN.

Otro colectivo en el que incide de manera notoria la necesaria coordinación social y sanitaria es la situación que viven hoy muchas personas mayores. Ha cambiado el modelo

de envejecer. La edad, que era un parámetro fundamental en nuestros antepasados, ya no significa lo mismo en la sociedad actual. Todos conocemos personas que tienen una edad cronológica que responde a los años que dice su documento de identidad y manifiesta otra edad a través de una actitud mental abierta, positiva, dinámica y comprometida con la vida. Esta segunda edad no se mide por años sino por la vivencia de emociones, sentimientos, deseos y proyectos. Por eso podemos decir que hoy las edades de una persona no coinciden y que no tienen una relación directa los años con los proyectos que se desean realizar. Muchas veces el “sentirse” o “verse viejo” puede ser el resultado de tres situaciones personales: la inactividad, el aburrimiento y el aislamiento, que se manifiestan en expresiones tan claras como “ya no me interesa”; “no merece la pena apuntarse a esa actividad”: “yo ya para qué”.

Hasta final del siglo XX, hemos considerado el envejecimiento como un fenómeno social negativo. Se ha orientado la intervención más hacia el envejecimiento patológico que hacia el normal. Predominaban los aspectos clínicos que hacían referencia a enfermedades, deterioros, pérdidas, sufrimientos. La imagen social se asociaba a pasividad, demanda de recursos, marginación con el consiguiente coste económico. En lo personal los medios de comunicación resaltaban bolsas de pobreza, soledad aislamiento y dependencia. Este modelo que todavía predomina en nuestra sociedad convive con un modelo emergente que se fundamenta en un nuevo enfoque gerontológico que está incorporando aspectos más positivos de la vejez.

Si bien es verdad que ser persona mayor al comienzo del siglo XXI supone envejecer en una sociedad de cambios acelerados e inesperados, también hay que reconocer que algunos de estos cambios afectan directamente a las personas mayores y repercuten en el modelo familiar en el que pensaban que iban a envejecer. Los cambios exigen adaptarse a ellos, pero algunas personas mayores no disponen de los recursos necesarios para vivir situaciones nuevas que superen modelos antiguos de ser mayor. Adaptarse a los cambios es un buen síntoma de salud psicosocial. Quienes cumplen muchos años tienen en su memoria que, a lo largo del tiempo, la vejez ha tenido más peso familiar que social, más cobertura sanitaria que comunitaria, más presencia individual que asociativa.

Quienes se incorporan hoy al colectivo de personas mayores en España aportan nuevas actitudes ante su vida que se manifiestan en comportamientos que quieren ser más activos que pasivos, más protagonistas que espectadores de su vida, más agentes comunitarios que pacientes sociales. Este nuevo modelo de envejecimiento que incorpora aspectos positivos cuestiona los estereotipos que la tradición popular arrastra en las definiciones de la vejez y va ir consolidando una nueva cultura de envejecimiento satisfactorio. Un aspecto que engloba la construcción de esta nueva cultura de envejecimiento se refiere a entender que envejecer es un proceso individual, pero envejecer bien, es un proceso social porque somos seres en relación. Para conseguirlo se requiere poder acceder tanto a los servicios sociales y sanitarios como disfrutar de los recursos culturales y asociativos. Porque el envejecimiento satisfactorio se

consigue a través de proyectos, manteniendo vínculos y relaciones y fomentando encuentros y acompañamientos mutuos. Por eso el entorno en el que vivimos y por lo tanto envejecemos es determinante para la realización de proyectos personales y para consolidar relaciones estables. La sociedad y quienes nos rodean constituyen el contexto en el que tiene sentido nuestra vejez.

Podemos destacar algunos cambios que afectan directamente al colectivo de personas mayores muchas de las cuales demandan atención en los centros de servicios sociales y sanitarios. En primer lugar, destaca el aumento cuantitativo de las personas mayores de 65 años y dentro de este sector el relativo a los mayores de 80, que componen el envejecimiento del envejecimiento. Hemos pasado de una sociedad en la que había muchos nacimientos y muchos fallecimientos a una sociedad donde hay pocos nacimientos y pocos fallecimientos. Es como si llegar a ser mayor fuera cada día más fácil. Por eso la vejez ya no es patrimonio de unos pocos. Cada día más personas alcanzan edades muy avanzadas.

Destaca, en segundo lugar, el alto porcentaje de mujeres con relación a los varones mayores. Esta llegada masiva de mujeres al colectivo de personas mayores arrastra una serie de aspectos que es necesario señalar. La gran mayoría de estas mujeres ha realizado su proyecto vital en el ámbito familiar y han cumplido un secular papel social de “cuidadoras” de padres, suegros, maridos e hijos. Han llegado a edades avanzadas con bajos recursos económicos y a veces con carencia de redes sociales. Se han realizado en el ámbito privado y ellas que han sido el apoyo natural de muchas personas durante largos periodos de su vida se encuentran ahora que sus hijos e hijas están lejos y no pueden mantener una relación cercana ni contar con su apoyo en la vida cotidiana.

En tercer lugar, no podemos olvidar cómo hemos pensado hasta ahora cuando nos referíamos a quienes envejecían. Todos recordamos algunos clichés con los que definíamos a las personas de edad avanzada, unas veces como “viejos cascarrabias o gruñones”, otras como “abuelos bondadosos y placenteros”, en definitiva, eran estereotipos simples que sirvieron en una época y que hoy son falsos. Recordemos algunos de ellos ya pasados de moda: ser viejo era igual a estar enfermo; la vejez se vivía mayoritariamente como algo triste y desgraciada; las personas mayores eran todas iguales; jubilación significaba lo mismo que vejez; los mayores eran pasivos y no se interesan por lo que les rodeaba; se pensaba que las personas mayores no podían aprender ni cambiar.

Hay, sin embargo, un aspecto importante que hace referencia a un cambio significativo y alternativo de muchas personas mayores hoy que se resume en la predisposición a vivir una mayor autonomía personal. Este aspecto es fruto de la dispersión familiar que la demanda laboral de la sociedad conlleva, también de los diversos modelos de familias, patriarcal, nuclear, monoparental y de hecho que hoy conviven, a lo que hay que añadir el disfrute de una buena salud personal en las personas mayores y de los niveles económicos de las personas

jubiladas. El lema “envejecer en casa”, en la propia casa, es algo cada día más asumido por las personas mayores porque están convencidos que la autonomía personal y la salud se fundamentan en el autocuidado y en permanecer activos participando en la vida social. Sin embargo, esta vida autónoma conlleva muchas veces un nuevo elemento que tiene su reflejo tanto en la soledad de las personas mayores como en la necesaria coordinación socio-sanitaria, es el incremento de un notorio tiempo libre en su vida cotidiana que si no se dispone de recursos personales y sociales puede ser un aspecto que favorezca la aparición de situaciones carenciales que aporten patologías físicas, mentales y emocionales.

La jubilación es una conquista de nuestra sociedad, pero exige, para ser de verdad júbilo, planificar un esperanzador futuro porque conlleva disponer de mucho tiempo que hay que organizar para dar sentido a la vida. El ocio ya no puede ser “la madre de todos los vicios”, sino un tiempo para vivir, para compartir, para disfrutar. La vida es dinámica y cambia por eso necesitamos volver a plantear proyectos cuando nos hacemos mayores porque la sociedad ya no admite que la jubilación sólo sirva para estar pasivos, alejados de lo que nos rodea y “matar el tiempo”. Hace muchos, muchos años, Cicerón dejó escrito que “el ocio es la actividad voluntaria, creadora y grata para uno”.

La gerontología siempre ha entendido la vejez como un fenómeno bio-psico-social, con pérdidas y ganancias, con pasado y presente que se desarrollaba en un proceso personal diferenciado pero que con los cambios que aportan la nueva cultura de envejecimiento activo hay que incluir la dimensión del futuro. Si bien hasta hace poco tiempo las personas que envejecían sólo tenían pasado y presente y así se les entendía, hoy hay que incorporar la palabra futuro, porque se ha retrasado la vejez, porque viviremos muchos años y porque vivir pensando en el futuro requiere la realización de proyectos personales y sociales. Ser “mayor activo” requiere ser protagonista de la propia vida y estar presentes en todo lo que sucede a su alrededor. Es seguir activo sabiendo que participar es vivir.

6. LA SOLEDAD MATA, LA COMUNICACIÓN ES BUENA PARA LA SALUD.

Ante este colectivo de personas abierto al mundo, que mantiene sus relaciones sociales, que valora los encuentros, que busca estímulos y que demanda el reconocimiento de quienes le rodean no es difícil entender que la comunicación sea un recurso fundamental en su calidad de vida. Y como la comunicación es siempre relación y la relación de unos con otros se mediatiza por el trato que nos damos, la calidad de la comunicación también se va a medir por la calidad de trato. La comunicación se define básicamente como el trasvase de información entre dos o más individuos. Esta definición tan breve encierra un cúmulo de importantes habilidades que están en la base de la adecuada relación con las personas que nos rodean. Es sabido que la mayoría de los problemas que tenemos con los demás se deben a una inadecuada expresión de opiniones, sentimientos, puntos de vista, así como a una incapacidad de escuchar. Es un reto más para los profesionales de los servicios sociales, porque como

diría George BERNARD SHO: “Bajo la clave adecuada se puede decir cualquier cosa. Bajo la clave inadecuada nada vale. Acertar con la clave es lo esencial”.

Específicamente en los centros de servicios sociales y sanitarios entender de manera adecuada a los beneficiarios de la acción que se desarrolla, va a permitir ser más eficaces y en definitiva, sentirse más satisfechos con el trabajo realizado. La comunicación va a ser el termómetro de la calidad de trato y se va a apoyar, entre otros, en tres aspectos que van a facilitar una buena relación. Los tres aspectos son los siguientes:

- a) Cuanto mayor es la identificación del receptor con el emisor y viceversa, tanto mayor será “la voluntad de absorber” el mensaje emitido.
- b) Cada persona oye y entiende selectivamente. Un mensaje que coincide con los valores, ideas, pensamientos del receptor es bien recibido y será amplificado (y viceversa).
- c) El emisor que posee expectativas positivas frente al receptor, produce un clima socio-emocional más cálido que repercute tanto en la emisión como en la recepción.

Por lo tanto, saber captar los sentimientos de la persona que atendemos poniéndose en su lugar y analizando por qué dice lo que dice, qué es lo que “lleva dentro” posibilita una cercanía con el interlocutor que genera una sensación de entendimiento y facilita la comunicación. La comunicación requiere que el receptor diga, demuestre, manifieste que ha entendido el mensaje (FEEDBACK). Esto significa que es imprescindible captar el lenguaje no verbal de la otra persona para poder comprender el verdadero sentido del mensaje del interlocutor. Estas ideas demuestran que la comunicación es un proceso interactivo entre un emisor y un receptor que requiere: habilidades de emisión de mensajes y habilidades de recepción de respuestas. La comunicación, por lo tanto, en los centros de servicios socio-sanitarios, no es una tarea opcional que puede aceptar o rechazar según le plazca, sino que es una tarea obligada que ha de cumplir necesariamente. Ser es comunicarse. Ya lo dejó escrito Jacques Lacan: “cuando hay dos personas juntas, el silencio es comunicación”.

Como dice Thomas Emmenegger, psiquiatra y emprendedor social, jefe de servicio de la Organización Socio-psiquiátrica del cantón de Ticino, Suiza, “lo que cura es la relación y el afecto. No hay terapia sin simpatía. Cuanto peor está una persona más relación de afecto necesita”. Añade, para quién trabaja en una institución pública, que esta actitud empática debe ser una práctica cotidiana. Los profesionales tienen conocimiento y afecto que debe propiciar una relación intensiva con las personas a las que se atiende. Por eso lo primero es comprender, y para eso hay que escuchar, hacer preguntas no estandarizadas, tener paciencia y dar crédito a la persona. No se trata de controlar, sino de establecer una relación empática.

7. LA SALUD GENERA BIENESTAR SI VA ACOMPAÑADA DE RELACIONES PERSONALES.

Este amplio campo de acción en la atención y acogida a las demandas de los demás, que se manifiesta mediante una serie de habilidades sociales en las relaciones humanas, está fundamentado en las nuevas necesidades de las personas mayores, de las personas en situación de dependencia y de los colectivos marginados. Estas nuevas necesidades han surgido por el tipo de sociedad que vivimos, por los nuevos modelos de vida familiar, por la incorporación de la mujer al campo laboral, por las formas de entender los servicios en las entidades públicas y privadas y finalmente por los recursos sanitarios, sociales y económicos que disfrutamos y que han alargado la vida posibilitando disfrutar de calidad aún en situaciones de dependencia. Para entender esta nueva situación podemos seguir el consejo que Hipócrates daba a sus discípulos cuatrocientos años antes de Cristo, cuando les dijo “Antes de atender al enfermo, observa en qué entorno vive”.

Antes los cambios eran lentos y se daban preferentemente en el entorno más cercano, en el propio pueblo. Hoy, sin embargo, los cambios son rápidos, inesperados y afectan no sólo a lo local sino también a toda la sociedad y al país en general. Los cambios exigen adaptarse a ellos, pero algunas personas mayores no disponen de los recursos necesarios para vivir situaciones nuevas que superen modelos antiguos de ser mayor. Adaptarse a los cambios es un buen síntoma de salud psicosocial.

Para entender mejor los cambios que la nueva gestión del conocimiento nos aporta en relación a las personas dependientes, con discapacidad intelectual y a quienes viven situación de vulnerabilidad debemos tener en cuenta tres vectores que enmarcan su vida y sus posibilidades para mantener una vida autónoma en lo personal y presente en el entorno comunitario:

- **Un vector sociológico** que se refiere al entorno social dónde se desarrolla la vida de esa persona. No es lo mismo vivir en un pueblo con pocos recursos educativos, laborales y de ocio que en núcleos urbanos con servicios y programas comunitarios a disposición de asociaciones y colectivos sociales.
- **Un vector pedagógico** que hace referencia a la biografía personal que ha podido tener esa persona con estudios, con aprendizajes laborales por años de experiencia, con desarrollo de habilidades sociales, con capacitación de recursos propios para seguir desarrollándose, con modelos de vida propia y autónoma.
- **Un vector comunitario** que tiene que ver con el contexto relacional, es decir familiar y social. Los contextos son determinantes en la maduración personal, no es lo mismo vivir aislado, apartado, en casa o en una comunidad; con afectos o sin afectos; relacionado y acompañado o con predominio de soledades, no es lo mismo ser hombre o mujer, ser mayor o ser adulto o joven. El contexto relacional casi siempre viene determinado por tres variables: los modelos de vida familia, la socialización en centros educativos y la presencia en contextos laborales.

Estos tres vectores hay que ponerlos en relación con otras variables que también afectan directamente a las personas que demandan coordinación sociosanitaria y que podemos señalar, entre otras, las siguientes:

- La persona es bio-psico-social y por lo tanto tenemos que entenderla con dimensión biológica y psicología junto a la social.
- La persona tiene pasado, presente y futuro. En entrevistas generalmente se suele tener en cuenta el pasado y el presente de las personas en estado de vulnerabilidad y no se incorpora una proyección hacia su futuro que desgraciadamente no se suele tener en el horizonte ya que se ve con poco recorrido.
- Las personas no son todas iguales, ni su proceso personal es unívoco. Su desarrollo es un proceso individual **diferenciado** con pérdidas y ganancias, con crecimientos y deterioros, con avances y retrocesos.

Todo ello requiere la intervención de profesionales e instituciones diversas con el objetivo de garantizar su bienestar personal con calidad de vida social. Decía Concepción Arenal, que **“las cosas son imposibles mientras lo parecen”**. Hoy podemos afirmar que la coordinación socio-sanitaria está en la mente de muchos profesionales, en el diseño de los centros, en la planificación de las entidades y sólo nos falta que las administraciones públicas incorporen en la cartera de servicios institucionales la figura del profesional que coordine las necesidades en los ámbitos de la salud, de los recursos sociales y de la atención domiciliaria para que el beneficio sea mantener la autonomía persona y la inclusión social no parezca una tarea imposible en la vida comunitaria.

8. DOS IDEAS PARA LA REFLEXIÓN.

A) La coordinación sociosanitaria empieza en los contextos locales.

Las entidades, las asociaciones, los centros comunitarios pueden enfrentarse al reto de la coordinación sociosanitaria experimentando las ventajas de la atención centrada en la persona que aúna la respuesta a necesidades físicas, psíquicas y sociales. Se pueden planificar programas de intervención en los propios centros de atención sanitaria, en las residencias de personas mayores, en las entidades de atención a personas con discapacidad y en las instituciones que atienden a personas dependientes o en situación de vulnerabilidad.

Para conseguirlo las entidades públicas y privadas tienen que incorporarse desde los ámbitos directivos a la filosofía de la Atención Integral Centrada en la Persona y planificar programas de intervención que sigan los modelos ya diseñados y experimentados. En definitiva, se trataría de consolidar equipos de trabajo capacitados en las principales habilidades de atención, acogida, escucha y buen trato para dejar fluir las capacidades, deseos y experiencias de la persona atendida.

Dos grandes ideas deberían encuadrar la actividad: una hace referencia a que “las empresas inteligentes son las que aprenden y cambian”, y la otra es que “las personas somos fruto de nuestra propia biografía. Con la edad, la dependencia o la vulnerabilidad cambian muchas cosas en la vida de una persona, pero permanecen otras”. En definitiva, acertar con lo que permanece en la persona que se atiende es la clave para una atención eficaz, gratificante y motivadora.

“Usted es solamente tan bueno como la gente que usted capacita”, está frase de Leonard Heard escrita en 1987 resume el reto de las entidades que apuestan hoy por un cambio de modelo en el que predomine la atención centrada en la persona. Para conseguirlo es indispensable que la dirección planifique y facilite la capacitación de los equipos que desarrollan el modelo para garantizar una gestión eficaz que dignifique a las personas atendidas.

José Luis Monleón en su libro “Gestión integrada de recursos humanos” define de la siguiente manera la formación: “acción de suministrar a una persona, o a varias, la información y entrenamiento precisos para que conozca o aprenda a realizar y a desempeñar un nuevo papel, ejerciendo actividades y funciones nuevas”. De esta definición hay que resaltar tres conceptos: información, entrenamiento, desempeño. Nadie va a desempeñar bien su trabajo si no se tiene un suficiente entrenamiento con el que se haya ido desarrollando una serie de pautas, ritmos y destrezas para cumplir la tarea. A su vez el entrenamiento será un ejercicio vacío y sin rumbo si no se dispone de la suficiente información que canalice todos los esfuerzos hacia los objetivos programados. En este contexto la formación es un proceso de cambio en el que participan tanto el personal directivo como el personal que desempeña las labores cotidianas en las entidades. La formación es una inversión en el capital humano de las entidades. Sin ella no se pueda dar respuesta adecuada a las necesidades de bienestar y calidad de vida de las personas atendidas. Una máxima de Winston Churchill resume con certeras palabras lo que estamos diciendo: “Mejorar significa cambiar. Ser perfecto significa cambiar frecuentemente”.

B) El papel de las entidades es protagonizar el cambio cultural en la atención.

Las organizaciones son un conjunto de personas que interactúan para la consecución de un objetivo común. Forman parte de un sistema comunitario abierto, en el que influyen aspectos sociales, políticos, culturales que integran la sociedad. A su vez se componen de equipos de trabajo que constituyen las bisagras sobre las que se mueve toda la organización. Los equipos de profesionales no son meros instrumentos de acción, aunque se les califique como uno de “los mayores recursos” que dispone la entidad. Los equipos de trabajo son personas en interacción, por eso llevan asociados a su funcionamiento conflictos de intereses, dificultades comunicativas y desajustes en las relaciones personales.

Un aspecto significativo de los equipos profesionales es que son dinámicos porque están constituidos por representantes de las diferentes piezas que conforma una entidad. Esta

característica define el dinamismo del equipo que sólo tiene dos movimientos: se desarrolla o se deteriora. Pero, y este es uno de los aspectos más importantes de la dinámica organizativa, si el equipo no funciona porque no hay dinamismo se deteriora la organización.

Este breve comentario nos plantea que la eficacia de los equipos profesionales no se improvisa. Depende tanto de la capacidad de interacción de la propia dirección, como de las habilidades de cada uno de sus miembros tenga para desempeñar tareas grupales. Porque el trabajo en equipo es un medio al servicio de la organización. No es un fin en sí mismo, es un recurso más para que la entidad cumpla su finalidad que en la atención social y sanitaria se resume en promover el bienestar personal y la inclusión social.

Las habilidades para trabajar en los centros de atención social y sanitaria no sólo hacen referencia a las actitudes de quienes lo conforman, es decir, a su disposición para desempeñar las tareas encomendadas, sino también hacen referencia a las aptitudes, al conocimiento que garantiza el saber hacer. Por eso el desarrollo eficiente y eficaz de las tareas que requiere el trabajo en equipo está en relación directa con los conocimientos, destrezas y actitudes de sus miembros para:

- saber comunicarse bien,
- mantener una escucha activa,
- empatizar con las personas,
- ser asertivo ante las demandas,
- actuar de manera proactiva
- y auto-motivarse.

En todas las entidades de atención a personas podemos encontrar una parte visible “organización visible” y otra parte oculta, “organización sumergida”. La parte visible es aquella que está sujeta a los cambios tecnológicos, de procedimientos, de estructura organizativa, de objetivos, de marketing, de productos y servicios.

Por otro lado, “la organización sumergida” es aquella en la que se hospedan las normas, las creencias, las actitudes, los objetivos personales, los estilos de comunicación, las relaciones informales, las lealtades y el compromiso personal. Para promover el cambio cultural de una atención centrada en los servicios que se ofrecen y potenciar una atención centrada en la persona que se atiende debe tener en cuenta los aspectos que conforman la organización sumergida para desarrollar un plan de acción en el nuevo modelo con eficiencia y eficacia.

Sería deseable que, si las entidades desean diseñar un plan estratégico que proyecte su buen hacer en los próximos años, dediquen tiempo a reflexionar sobre la importancia de la atención centrada en la persona porque cuando se viven situaciones de vulnerabilidad muchas personas no están educadas para enfrentarse solas a esa situación ni tienen habilidades para superar la soledad.

No olvidemos que el desempeño eficaz de las tareas profesionales no sólo conlleva una mayor rentabilidad económica, sino también la satisfacción personal de quienes la realizan porque **nada motiva más que el trabajo bien hecho y reconocido por otras personas.**

9. BIBLIOGRAFÍA.

Avia, M. D. y Vázquez, C. (2004). El optimismo inteligente. Editorial Alianza. Madrid.

Castanyer, O. (1996). La asertividad: expresión de una sana autoestima. Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.

Goleman, D. (1997). La inteligencia emocional. Editorial Kairós. Barcelona.

Hirigoyen, M. (2008). Las nuevas soledades. El reto de las relaciones personales en el mundo de hoy. Paidós. Barcelona.

IMSERSO (2009). Nuevas miradas sobre el envejecimiento. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid.

Martínez Rodríguez, T. (2016). La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos Modelos de atención y evaluación. Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal. Madrid.

Noye, D. (1993). La Comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Barcelona: Paidós. Barcelona.

Rodríguez Rodríguez, P. (2013). La atención integral y centrada en la persona. Papeles de la Fundación Pilares. Madrid.

Salomé, J. y Gallame, S. (1996). El lenguaje del cuerpo. Altaya. Barcelona.

Watzlawick, P. y otros (1983). Teoría de la comunicación humana. Herder. Barcelona.

Weisinger, H. (1998). La inteligencia emocional en el trabajo. Javier Vergara. Buenos Aires.