



**“¿Quién me ha quitado mi sitio?:
Aprendiendo a convivir en la residencia.”**

Directora: DE PEDRO, M^a Dolores

Alumnas: ENTRENA VICÉN, Ana Belén

GARCÍA GARCÍA, Lorena

Curso de Adaptación al Grado Trabajo Social.
Trabajo Final de Grado.
Zaragoza, Junio de 2015

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a Dolores de Pedro, Directora de este TFG.

Darle las gracias por creer en este proyecto desde el principio, por animarnos y por ser nuestra guía para la elaboración del mismo.

Gracias por motivarnos al trabajo en equipo y por desafiarnos a alcanzar juntas nuestro objetivo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1 Metodología	7
1.2 Objetivos del TFG.....	8
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Análisis de los estudios realizados sobre el perfil de los ancianos que viven en centros residenciales.....	9
2.2 Alteraciones conductuales en la población anciana que pueden afectar y alterar la convivencia residencial.....	11
2.3 Otros factores y/o condicionantes que afectan a la convivencia en un centro de personas mayores.....	13
2.4 Situaciones de conflicto asociadas a la atención de personas dependientes.....	14
2.5 Situaciones de conflicto más frecuentes.....	20
3. MARCO INSTITUCIONAL.....	24
3.1 Objetivos Generales y Específicos de la Residencia.....	24
3.2 Servicios y programas que se llevan a cabo en la residencia.....	26
4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.....	33
5. DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN.....	35
5.1 Programa “Aprendiendo a Vivir”	35
5.1.1. Justificación.....	35
5.1.2. Objetivos del programa.....	36
5.1.3. Metodología del programa.....	37
5.1.4. Temporalización.....	39
5.1.5. Recursos Humanos y Materiales.....	40
5.2 Programa “Escuela de Familias”	41
5.2.1. Justificación.....	41
5.2.2. Objetivos del programa.....	41
5.2.3. Metodología del programa.....	42
5.2.4. Temporalización	44

5.2.5. Recursos Humanos y materiales.....	45
5.3 Programa “Mediando el conflicto”.....	46
5.3.1. Justificación.....	46
5.3.2. Objetivos del programa.....	46
5.3.3. Metodología.....	47
5.3.4. Temporalización.....	50
5.3.5. Recursos humanos y materiales.....	50
6. CONCLUSIONES.....	52
6.1 Consideraciones finales.....	55
7. BIBLIOGRAFÍA.....	57
8. ANEXOS.....	62
Anexo I. Glosario de términos.....	62
Anexo II. Plantilla de observación.....	64
Anexo III. Evaluación competencial del usuario.....	65
Anexo IV. Ficha de sesión.....	67
Anexo V. Cuestionario de actitudes.....	68
Anexo VI. Acuerdo de mediación.....	69
Anexo VII. Fichas de trabajo del programa de mediación.....	70
Anexo VIII. Cuestionario de satisfacción.....	71
Anexo IX. Cuadros de análisis del conflicto.....	72

INDICE DE TABLAS

Tabla I. Conflictos más frecuentes en “Elías Martínez Santiago”.....	34
Tabla II. Esquema de la Intervención.....	34
Tabla III. Temporalización del programa “Aprendiendo a vivir en la residencia”.....	39
Tabla IV. Temporalización del programa “Escuela de Familias”.....	44
Tabla V. Temporalización del programa “Mediando el conflicto”.....	51

1. INTRODUCCIÓN.

Con este trabajo pretendemos diseñar un proyecto de intervención que aborde las situaciones conflictivas más frecuentes que se dan en los centros residenciales, a través de tres estrategias de intervención, que mejoren la percepción tanto de la calidad asistencial como de la calidad de vida de las personas mayores institucionalizadas y su bienestar personal.

El conocimiento en profundidad de la estructura y dinámica de esos conflictos evidencia la necesidad de desarrollar nuevas formas de abordarlos.

En este sentido, la eficacia de desarrollar un programa que identifique los conflictos residenciales y nos ayude a gestionarlos, permite ir adaptándose a los intereses reales de las personas que se atienden en los centros residenciales y destapar las posiciones con las que se muestran ante sus compañeros, sus familiares, el equipo de trabajo y que dificultan la garantía de un servicio en el que se apuesta por las buenas prácticas y la calidad del servicio.

Desde nuestra experiencia, hemos observado que las personas mayores valoran especialmente el mantenimiento de determinadas necesidades sociales, como la de reconocimiento y de superación personal que lograron a lo largo de sus vidas, la necesidad de compañía reflejada en la posibilidad de establecer relaciones personales, y el derecho a la dignidad y la intimidad.

En los entornos residenciales, y concretamente nos podemos referir a centros de personas mayores, al igual que en otros contextos, es habitual detectar una visión del conflicto asociada erróneamente con una mala gestión del centro o unos servicios de dudosa calidad. Es por ello que las situaciones conflictivas que se producen en un centro suponen un serio obstáculo para su buen funcionamiento, generando costes tanto laborales (económicos, de gestión de tiempo, productividad, eficacia de los servicios ofertados por el centro) como personales (desmotivación, problemas de relación).

Obviar los conflictos o gestionarlos inadecuadamente agrava este tipo de situaciones y da lugar a un clima de trabajo desfavorable y una visión negativa y del funcionamiento del centro por parte de los que residen en él.

Según el artículo “*Los programas de gestión de conflicto como garantía de una asistencia en el sector sociosanitario*” (Godoy, A. I., Malla, R., Alzate, R., y Blanco, S., 2010), aceptar la presencia de los conflictos como algo natural que ocurre en todos los centros dedicados a la prestación de ayuda es el paso a dar, de tal forma que la gestión del conflicto se llega a configurar como parte

importante de los planes estratégicos de los centros de personas mayores en la búsqueda constante de una asistencia de calidad.

En este trabajo, se ha considerado que uno de los factores que influyen o determinan en el proceso de institucionalización, concretamente en centros geriátricos, son las formas en que la institución resuelve los conflictos surgidos en este contexto.

Es evidente que el fenómeno de la institucionalización de las personas mayores dependientes en centros geriátricos, trae consigo la emergencia de conflictos asociados a la convivencia en grupo y comunidad relacionados con la diferencia de intereses, relaciones difíciles y estructuras inadecuadas.

La resolución de estos va a necesitar de la difusión de nuevas formas de afrontarlos y del desarrollo de nuevas herramientas capaces de dotar a los centros de recursos para hacerles frente con la fórmula ganar-ganar.

El desarrollo de este trabajo final de grado, nos ha parecido muy interesante, tanto a nivel personal como a nivel profesional.

- A nivel personal, nos ha supuesto un reto, puesto que resulta difícil compaginar las horas de trabajo profesional con el tiempo que hay que dedicar a la realización de este TFG, por todo lo que conlleva: investigación, recopilación de datos, , búsqueda de bibliografía... y todo ello en un corto periodo de tiempo.
- Es por ello que lo valoramos como una satisfacción personal, ya que hemos puesto a prueba nuestras habilidades personales y profesionales durante su desarrollo, a la hora de plantearnos un objeto de estudio, de diseñar y elaborar un proyecto de intervención y de aplicar las técnicas adecuadas para recopilar la información necesaria y poder dar respuesta así a los objetivos planteados con la asignatura.
- A nivel profesional, este trabajo nos ha resultado muy enriquecedor como herramienta para el conocimiento y verificación de la realidad sobre la que estamos trabajando, cuantificándola y haciéndonos reflexionar sobre si los protocolos de actuación a implantar son necesarios y adecuados, así como la rentabilidad del desarrollo de nuevas respuestas a las necesidades que van surgiendo.

- La disciplina de trabajo social está en continuo contacto con el ser humano, y éste al ser dinámico requiere de actuaciones adaptadas a las problemáticas y necesidades presentes en cada momento de la sociedad.

1.1. Metodología.

La metodología seguida en este trabajo varía en función de su estructura, se diferencia en dos bloques el primero que incluye la introducción y el marco teórico que fundamenta el proyecto y una segunda parte donde se detalla el proyecto de intervención que planteamos para la resolución de los conflictos en el entorno residencial.

En primer lugar debemos investigar acerca del tema que queremos tratar, los conflictos en los centros residenciales y para dicha investigación hemos recurrido tanto a técnicas cualitativas y cuantitativas.

Las técnicas cualitativas de nuestro trabajo se fundamentan en la revisión bibliográfica acerca de las patologías propias de las personas mayores institucionalizadas, de los conflictos y de otros temas de interés para nuestro trabajo.

La metodología utilizada para la búsqueda y revisión de la documentación principal la hemos concretado en los siguientes procesos:

- **Búsqueda bibliográfica de guías y literatura secundaria:** se ha establecido una estrategia de búsqueda centrada en la consulta de bases de datos de la universidad (Zaguán), buscadores de internet (google), páginas webs de organismos internacionales, nacionales y locales especializados en gente mayor y conflictos (IMSERSO, IASS, FITS, Discapnet. Etc) y libros, artículos y monografías entre otros (véase bibliografía).
- **Clasificación, almacenamiento y registro de la información:** hemos creado una base bibliográfica específica para registrar y clasificar toda la bibliografía obtenida en función de los objetivos formulados.
- **Selección de los documentos relevantes:** una vez localizados los documentos, hemos seleccionado los más importantes para el proyecto.
- **Descripción del contenido de la documentación relevante.** Una vez seleccionado los documentos relevantes del proyecto se realizó una primera revisión descriptiva de su contenido y estructura. Dicha documentación se volcó en un documento denominado

“sistematización bibliográfica”, que nos ha servido de guía para conceptualizar y seleccionar los contenidos más relevantes.

En cuanto a las técnicas cuantitativas, con el objetivo de investigar y analizar los diferentes tipos de conflicto que se dan en las personas mayores autónomas y dependientes institucionalizadas se seleccionó una muestra de la población de la residencia de personas mayores “Elías Martínez Santiago”, a partir de una observación directa durante 14 días de la que se obtuvieron los resultados recogidos en la plantilla que está disponible en el anexo II.

A partir de estas consideraciones hemos desarrollado unos programas básicos de intervención centrados en trabajar el conflicto y las relaciones de convivencia para desarrollar estrategias que favorezcan crear un clima de confianza y afecto a partir de técnicas que permitan la adaptación e integración desde la identidad y sentimiento de pertenencia a un grupo.

1.2. Objetivos del TFG

En este apartado vamos hablar de los objetivos generales y específicos que nos planteamos para nuestro TFG.

Como indica Delgado, en su artículo “Calidad de vida de las personas mayores: internamiento” (204:211): la organización de cada residencia se plantea los objetivos a conseguir para la mejor atención de los mayores.

Ello se consigue ofreciendo una mayor atención integral, es decir, biológica, psicológica y social a las personas que en ellas conviven.

Esta perspectiva múltiple asume que la naturaleza y calidad de las relaciones que existen en el centro de convivencia, juegan un papel fundamental a la hora de determinar características tales como la motivación de la persona, la satisfacción con la vida, el nivel de participación o de abandono, la relación entre los estamentos jerárquicos del centro y, en definitiva, el éxito en las organizaciones mismas.

Por tanto, el **objetivo general** que nos planteamos con este trabajo es “Diseñar un programa para la gestión de los conflictos que surgen en el ámbito residencial y que influyen en la percepción de la calidad de vida y bienestar de las personas mayores institucionalizadas”.

Este objetivo se concreta en los siguientes objetivos específicos:

2. Identificar los conflictos existentes en las relaciones de convivencia que se dan en el ámbito residencial:
 - a) Entre los propios usuarios
 - b) Entre los usuarios y sus familiares
 - c) Entre los usuarios y los trabajadores.
3. Proponer posibles intervenciones sobre los distintos conflictos.
4. Proponer los principales criterios y recomendaciones a seguir en la aplicación de programas de gestión de conflictos.

2. MARCO TEORICO

En este apartado se recoge la información de diferentes estudios, entre ellos, nuestro Practicum de investigación “**trastornos mentales y/o de conducta derivados de patologías propias de las personas mayores que viven en la residencia “Elías Martínez Santiago”** y de diversos artículos científicos que nos ayudan a encuadrar el Trabajo Fin de Grado.

2.1 Análisis de estudios realizados sobre el perfil de los ancianos que viven en centros residenciales

A lo largo de los años, se han presentado estudios sobre características concretas de las personas que viven en los centros residenciales.

De la Fuente Sanz realizó un estudio sobre el perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de Soria, en dicho estudio se destacó que la mayor parte de la población era femenina 64.7%, con una media de edad de 85 años; el nivel educativo era bajo en ambos sexos. Con respecto a las salidas al exterior y mayor capacidad de interacción social era el género masculino quien más salía del centro de forma rutinaria y quien más se relacionaba (De la Fuente, 2012).

Lázaro Ruiz estudió como eran las relaciones entre los usuarios de estos centros con sus familias, vecinos y amigos. Se observó que el 91% de los residentes recibían visitas habitualmente y el 66,7% las habían tenido en la última semana (Lázaro, 2012).

Otro de los aspectos estudiados ha sido la evolución del deterioro cognitivo en personas institucionalizadas. En este estudio se concluyó que las personas que en el inicio del mismo tenían

entre 71 y 85 años, presentaban un deterioro leve y eran las más numerosas (80%), este deterioro evolucionó a los 5 años en moderado en el 65% de los casos (Bernal y Barberó, 2006).

El último estudio presentado fue comparar la calidad de vida entre residencias públicas y privadas teniendo en cuenta diferentes parámetros como: la salud, las actividades de ocio, la integración social y la cobertura sanitaria. En la salud no se observaron diferencias; pero si en las actividades de ocio ya que los usuarios de residencias privadas escuchan más la radio (60%), mientras que en las públicas caminaban más (62%). También se concluyó que en los Centros Públicos el 1% vivían en habitaciones individuales frente al 2% de las privadas. El último aspecto estudiado fue la cobertura sanitaria, donde no se observaron diferencias significativas, ya que el 96% de los entrevistados pertenecían a Seguridad Social y el resto a mutualidades privadas (Fernández, 1997).

En los últimos años, nuestro sistema social y sanitario ha tenido que hacer frente a una constante evolución de las necesidades asistenciales, lo que ha supuesto un importante esfuerzo por parte de las instituciones y los profesionales implicados en la relación de ayuda para adaptarse a esas nuevas y cambiantes realidades en el marco de la atención a personas mayores. Esto se ha traducido en un compromiso para la mejora continua de los servicios prestando especial atención a la satisfacción del usuario entendiendo éste concepto en un sentido amplio que integra tanto a la persona residente como a su familia.

La calidad asistencial implica también una gestión eficaz de las situaciones conflictivas asociadas a la atención de personas mayores así como un adecuado tratamiento de las quejas y reclamaciones relacionadas con los servicios y la prestación de cuidados.

Es habitual que, en relación a la calidad asistencial, se aborden aspectos relacionados con la calidad de vida y el bienestar personal. Dado que la calidad de vida es un reflejo de las condiciones de vida deseadas por la persona (Leturia, Inza y Hernández, 2007) que contribuyen a hacer su vida más agradable, conocer aquellos aspectos a los que las personas mayores otorgan importancia en el ámbito institucional se convierte en el primer paso para dar una asistencia de calidad.

Por tanto, en el marco de la atención a las personas mayores dependientes, el trato directo y personal con los usuarios y sus familias adquiere una importancia especial, siendo uno de los aspectos que más valoran. Sin embargo, la satisfacción de los profesionales que proporcionan los

cuidados debe ir cobrando más fuerza por la implicación que su trabajo tiene a la hora de garantizar un servicio y una asistencia de calidad.

2.2 Alteraciones conductuales en la población anciana que pueden afectar y alterar la convivencia residencial

Se estima que la prevalencia de los trastornos mentales, en este grupo de edad, es del 12%, siendo del 70% aproximadamente en centros de larga estancia y del 94% en hospitales psiquiátricos. Asimismo, el 27% de los pacientes de más de 65 años presentarán algún cuadro psiquiátrico a lo largo de su vejez (“Gaviria Vilches M, 2005”).

Existe una elevada prevalencia de síntomas psicológicos y conductuales en ancianos con demencia y deterioro cognitivo leve. Según diversos estudios, la prevalencia oscila entre el 35% y el 75% y entre el 49 y 89% en pacientes diagnosticadas en una unidad especializada (“Abizanda P, 2009; Apostolova LG, 2008; Baquero M, 2004”.)

Como indican los autores del párrafo anterior, entre un 20 y un 30% de estos pacientes son diagnosticados de depresión, entre un 15 a un 20% de apatía y de irritabilidad, siendo éstos los síntomas más frecuentemente encontrados en demencia.

Además existen estudios donde la aparición y la tipología de los síntomas psicológicos y conductuales apoyan o hacen poco probable el diagnóstico de personas con deterioro cognitivo leve o con la enfermedad de Alzheimer, frente a la caracterización de sujetos sin alteración cognitiva. Así, la presencia de delirios, alucinaciones y conductas motoras aberrantes apoyan el diagnóstico de demencia frente al deterioro cognitivo leve y la irritabilidad, ansiedad, agitación, depresión y apatía, se encuentran más en pacientes con deterioro cognitivo leve o sin alteración cognitiva.

Los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencias se han asociado a mayor mortalidad, peor pronóstico, mayor institucionalización, mayor carga del cuidador y mayor consumo de recursos sanitarios y de fármacos, originando en numerosas ocasiones más problemas que los propios déficit cognitivos (“Stern Y, 1997; Steele C, 1990; Boada M, 2005; Abizanda P, 2009”).

En el **deterioro cognitivo leve**, la aparición de los síntomas conductuales, se asocia con mayor declinar cognitivo y funcional, e incluso en algunos estudios, se refiere que la depresión, la apatía y la agitación aumentan la probabilidad de conversión del deterioro cognitivo leve a la enfermedad de Alzheimer (Apostolova LG, 2008). Así en un estudio de “Abizanda et al”, se describe que la mayor

probabilidad de conversión de una demencia a otras acontece cuando existen delirios, apatía, desinhibición y conductas motoras aberrantes.

Según Abizanda (2009), en la **enfermedad de Alzheimer**, la depresión y la ansiedad suelen aparecer en fases iniciales porque el paciente es consciente de sus déficits. Al inicio se puede encontrar síntomas como perdida de interés por el entorno, tendencia al llanto, lentitud en el habla y en los movimientos, despertar precoz, agitación y cuando está más avanzada la enfermedad, los signos de depresión se vuelven más atípicos, encontrado fenómenos psicomotores (inquietud psicomotriz, gritos o caminar asustados). Los trastornos por ansiedad suelen comenzar con preocupaciones acerca de temas que antes no eran importantes, como asuntos financieros o la familia, o bien desencadenarse por asuntos cotidianos.

Según estos autores, los delirios suelen ser más simples y menos elaborados que en otras demencias, predominando los de persecución, celos, perjuicio personal, robo, sustitución o síndrome de Capgras (creencia de que unas personas están sustituyendo a conocidos). También es frecuente encontrar ideas de abandono. Es importante saber diferenciar las confabulaciones de los delirios, frecuentes en el paciente con enfermedad de Alzheimer. Además, hay que tener en cuenta que la presencia de ideas delirantes es un factor de riesgo para la aparición de agresividad y agitación. Las alucinaciones son predominantemente visuales, aunque pueden aparecer auditivas, olfatorias o cestésicas, fundamentalmente en las fases moderadas de la enfermedad.

En otros tipos de demencias degenerativas, como la **demencia frontotemporal**, también se detectan trastornos del comportamiento similares a los de la enfermedad del Alzheimer, pero el estudio cronológico, el patrón de asociación, la frecuencia y la intensidad de los mismos son diferentes y nos puede ayudar al diagnóstico diferencial. Los síntomas típicos en esta demencia son los correspondientes al daño en el lóbulo frontal (Levy ML, 1996).

En la demencia con cuerpos de Lewy, los trastornos neuropsiquiátricos son muy comunes hasta en un 80% de los casos y pueden aparecer en las fases tempranas de la enfermedad contribuyendo al diagnóstico. El más característico son las alucinaciones, frecuentemente visuales y de carácter vivido, predominantemente en forma de personas y animales. En segundo lugar, están los delirios que se presentan como ideas de perjuicio, delirios paranoides más estructurados o celotipias. En estos pacientes es característico el trastorno de la conducta del sueño REM, útil en el diagnóstico diferencial. Frecuentemente su introspección es una irreabilidad por las propias alucinaciones (Hannay HJ, 2004).

2.3 Otros factores y/o condicionantes que afectan a la convivencia en un centro de personas mayores.

En este apartado se recogen los diferentes factores y/ o condicionantes que afectan a la convivencia en un centro de personas mayores, teniendo en cuenta que la percepción de que existe conflicto influyen tanto factores endógenos (factores individuales de la persona) como factores exógenos (marco contextual donde se desarrolla la convivencia). En función de cómo converjan estos factores, la vivencia del conflicto será diferente para una persona u otra, así como la forma de afrontarlos.

2.3.1 Factores individuales de las personas mayores que conviven en un centro residencial: actitudes, sentimientos, emociones y habilidades.

Cada persona tiene una actitud diferente frente al conflicto en función de cómo sus experiencias han influido en la manera de solucionarlos. Las habilidades sociales que vamos desarrollando a lo largo de nuestra vida, nos posiciona de forma positiva o negativa a la hora de aceptar los cambios y verlos como una oportunidad de crecimiento. Una actitud positiva favorece a la adaptación a cualquier cambio y la adquisición de nuevas habilidades para la adaptación al entorno. Una actitud negativa predispone hacia la negación de la existencia de conflicto o el desconocimiento en la utilización de alternativas pacíficas (diálogo, negociación) para la convivencia cuando surgen los problemas, en lugar de la pelea.

Los sentimientos y las emociones de las personas afectan la interrelación diaria en un centro y esto afecta al reconocimiento de los conflictos como tales, lo que hace que en la mayoría de los casos se relacionan con necesidades emocionales y afectivas o con duelos por alguna cuestión personal.

2.3.2. Condicionantes sociales y culturales: características de los centros y tipos de grupos que conviven.

El tipo de centro puede favorecer un tipo de condiciones para que la convivencia se desarrolle en un sentido u otro. Las características del estilo directivo, el tipo de participación de las familias, la implicación y dedicación de los profesionales y la participación de los usuarios en la vida del

centro, son una fuente de conflictos inevitable. La solución o el aumento de conflictos se ven influidos a partir del aprendizaje del funcionamiento y desarrollo de los centros.

2.4 Situaciones de conflicto asociadas a la atención de personas dependientes

Este apartado es la piedra angular de nuestro TFG. En él vamos a exponer cuáles son las situaciones de conflicto más frecuentes en el ámbito residencial y que son susceptibles de ser abordadas desde el trabajo social. Antes de adentrarnos en detalle, creemos necesario hablar sobre el conflicto como elemento clave disfuncional en la convivencia. Vemos necesario enmarcar que es un conflicto para que nuestro trabajo no se convierta en una simple aplicación de técnicas sino que nos haga reflexionar sobre sus efectos en las relaciones interpersonales que se dan en este tipo de centros.

2.4.1. El conflicto: definición y características

Según el autor Josep Redorta (2004) en su libro “*Cómo analizar los conflictos*”, si nos referimos al conflicto en términos amplios puede ser relativamente fácil alcanzar un acuerdo en el concepto. Sin embargo, al intentar precisar nos damos cuenta inmediatamente de que estamos ante un constructo complejo (Redorta, J., 2004, 29).

Moscovici (1981, 123-135) ha visto el conflicto embebido en la interacción, en los procesos de cambio y en la influencia afirmando: “*Los procesos de influencia están directamente unidos con la producción y reabsorción de conflictos.*” Este autor, un estudioso de los procesos de conflicto y consenso, ha sostenido también que “*en la medida en que los procesos de influencia social tienen lugar en el marco de una interacción en la que cada miembro del grupo tiene buenas razones para reducir o resolver el conflicto o el desacuerdo, estos procesos aparecen estrechamente emparentados con un proceso de negociación*” (Moscovici, 1985, 82).

La aportación de este autor, centra una idea que luego ha resultado clave en la definición del conflicto: Las relaciones de poder y la influencia social están embebidas en todo tipo de conflictos, por lo que su no apreciación como elemento relevante en la identificación de un patrón de conflicto, nunca presumirá su inexistencia, sino más bien su no relevancia explícita, en la fase en la que el conflicto se desarrolle desde la perspectiva de su ciclo.

Deutsch (1973, 33) aclaró que: “*el conflicto interno es una experiencia personal inevitable.*” Sostiene que un conflicto ocurre cada vez que una actividad incompatible ocurre. Que estas

acciones se pueden originar en una persona, grupo o nación. A continuación, define lo que entiende por incompatibilidad afirmando que: “*una acción es incompatible con otra cuando previene, obstruye, interfiere, daña, o de alguna manera posteriormente la hace menos agradable o menos efectiva*” (p.10).

En 1986 Rubin, Pruitt y Hee (1994, 5) se preguntaban “What is conflict?” aportando a continuación una definición válida, en su opinión: “*El conflicto significa diferencia de intereses percibida, o una creencia (belief) que las partes en sus aspiraciones normales no pueden alcanzar simultáneamente.*” Con esta idea, el conflicto se manifiesta ya de forma general en la interacción, en lo social, siempre más allá del individuo.

Otros autores ofrecen su definición apoyándose en algún aspecto muy destacado. Así Freund (1983, 65) habla de: “*la intención hostil a propósito de un derecho*”, D. Tjosvold (1998, 285) recoge una línea de pensamiento que habla de: “*intereses opuestos relativos a recursos escasos con objetivos divergentes y frustración*”. Lewicki, Weis y Lewin (1992, 211) efectuaron una revisión en la que vienen a sostener que ninguna definición parece predominante dependiendo de los investigadores y de los métodos de conceptualización de las diferencias.

Eduardo Infante, de la Universidad de Sevilla, efectuó un estudio sobre la definición de conflicto en el período 1933 a 1996, hallando 78 definiciones distintas y aplicando el denominado “*cluster analysis*”, obtuvo interesantes conclusiones al respecto (Infante, 1998, 491). Se destaca que el conflicto es concebido mayoritariamente por los autores como un: “*proceso –producto subjetivo- cognitivo que implica percepciones de metas incompatibles por parte de, al menos, dos individuos*”. Sin embargo, destaca que los conceptos de poder e interacción, aparecieron poco en las definiciones, elementos que ya hemos visto como consustanciales al conflicto. A partir de lo hallado en la investigación, Infante ofrece una nueva definición de lo que debe entenderse por conflicto interpersonal: “*un proceso cognitivo- emocional en la que dos individuos perciben metas incompatibles dentro de su relación de interdependencia y el deseo de resolver sus diferencias de poder.*”

En cuanto a las definiciones de conflicto utilizadas en las ciencias sociales, Fernández-Ríos (1999:26) apunta que es necesario trabajar con una definición de conflicto, puesto que analizar las consecuencias del mismo, puede resultar tan genérico e indeterminado que nos arriesgamos a estar reflexionando sobre cuestiones completamente diferentes. Pondy (Pondy, 1967, citado en Fernández-Ríos, 1999:29), realiza una clasificación de las definiciones de conflicto, resaltando

cuatro variables que delimitarán el concepto utilizado: los estados afectivos o emocionales de las partes, las percepciones y los aspectos comportamentales de la relación. Para realizar el análisis de las relaciones interpersonales y los conflictos de las personas mayores institucionalizadas, estimamos que es necesario la complementariedad de estas variables. Con ello, partimos de que una definición operativa del conflicto, en nuestro caso, debe contemplar desde las condiciones que lo generan, es decir, el contexto y el clima de convivencia de las residencias de personas mayores; las emociones de las partes y las percepciones individuales y colectivas sobre el conflicto, es decir, la adaptación a la vida residencial y los sentimientos de pertenencia y apoyo social y, como no, la dinámica de las relaciones interpersonales.

De todas las definiciones que hemos leído, sintonizamos con el concepto que nos aporta la Teoría de Conflictos (Entelman, 2002:75). El autor define el conflicto como una especie del género relación social, es decir, como una secuencia de conductas recíprocas, cuya diferencia con ese género reside en la incompatibilidad de los objetivos de los actores que la realizan. Tal sucesión de conductas es obviamente un proceso dinámico.

Así mismo, sintonizamos también con lo que Herman señala sobre que el conflicto está afectado por diferentes variables (2006:19 -59): contexto, personales y del problema. Coincidimos con este autor en la distinción de estas variables. De hecho, según el artículo “Análisis de las relaciones interpersonales y los conflictos en los centros residenciales para mayores” (Carbonell, M.C., García, M.P., 2012: 19) en el contexto residencial, tiene mucha importancia para el desarrollo y abordaje de los diferentes conflictos las siguientes variables: organización (residencia de personas mayores), medio en el que se inserta (comunidad), variables personales (características de las personas mayores) y las variables relativas al problema (intereses, valores y creencias).

Tal y como señala Carmen Rodríguez, Trabajadora social, Asesora Familiar y Experta en Mediación y Técnicas alternativas a la Resolución de Conflictos:

1. El conflicto no tiene origen sólo en una parte: se genera en la lucha entre dos partes que en algún punto son incompatibles.
2. El conflicto se produce a través de un PROCESO: nace, crece, se desarrolla y puede morir o quedar estacionado.
3. Se construye entre las dos partes: se involucran ambas, con participación.
4. La construcción del conflicto nos lleva a otra idea: la conducción del conflicto.

En todo conflicto existe una parte pública y una parte oculta: es lo que se conoce coloquialmente como la figura del iceberg.

En la parte pública tenemos los siguientes componentes:

- a) Posiciones e intereses o lo que es lo mismo: los **intereses negociables** (Burton, 1990) que se expresan a través de posiciones. Son los temas que formarán parte de la agenda de negociación y que acabarán finalmente reflejados en el acuerdo. Son los elementos materiales de la negociación.
- b) Responde a las preguntas “qué” (posiciones) y “porqué”(intereses).

En la parte oculta tenemos los siguientes componentes:

- a) Necesidades, con las cuales no se negocia o lo que es lo mismo necesidades innegociables siendo éstas elementos identitarios, ideológicos...
- b) Responde a la pregunta “para qué”.

En cuanto a la tipología del conflicto, no hay una única clasificación, sino múltiples clasificaciones. Estas nos resultan útiles para identificar el tipo de conflicto ante el cual nos encontramos.

La más conocida es la dada por Christopher Moore, que los clasifica en:

1. Conflictos entre datos: causas

- a. Falta de información, por ejemplo, el residente desconoce donde se realizan las actividades, y muestra desorientación por el centro sin recibir ayuda al no atreverse a preguntar por “no molestar al personal”.
- b. Información errónea, por ejemplo, los datos recogidos en el preingreso de la persona no coinciden con la realidad que muestra la primera valoración de cuidados realizada en el centro, por lo que, el residente no recibe los cuidados de forma adecuada a sus necesidades.
- c. Diferentes opiniones, por ejemplo, sobre el tratamiento de una incidencia de salud entre el residente y el personal médico, provoca un conflicto de resistencia al tratamiento pautado.

d. Diferentes interpretaciones, como por ejemplo, por parte de la Dirección del centro, se comenta que en caso de estar enfermo la familia puede acceder a las habitaciones, y la familia cree que puede acceder cuando el residente tiene un constipado y saltarse los horarios de visitas.

2. Conflictos de intereses: causas:

- a. Carácter competitivo, como por ejemplo querer que les atiendan los primeros porque llevan más tiempo que otras personas que acaban de ingresar en el centro y tienen más derecho.
- b. Intereses de contenido, como por ejemplo, una discusión por una visita de un familiar y buscan un espacio de intimidad y no lo encuentran, ya que comparte habitación y el resto de zonas son comunes.
- c. Intereses procedimiento, como por ejemplo, pretender que el centro contrate más personal para poder ser atendidos cuando ellos lo consideran necesario, no según está organizado el centro.
- d. Intereses psicológicos, como por ejemplo, el chantaje emocional de abandono que algunos residentes ejercen sobre sus familiares, con el objetivo de recibir más visitas.

3. Conflictos de relaciones: causas:

- a. Las emociones intensas, ya que, no aceptar determinadas normas que impone el centro, surgen problemas de adaptación que desembocan en conflictos con el entorno más cercano.
- b. Percepciones erróneas, estereotipos, por ejemplo, creer que existe un trato diferenciado respecto a otros usuarios del centro.
- c. Comunicación mediocre, como por ejemplo, no tener en consideración que algunos de sus compañeros padecen una patología que les altera el comportamiento y creen que lo hacen “adrede”.
- d. Comportamiento negativo repetitivo, como por ejemplo, si durante la noche se encuentran inseguros, llaman constantemente a la auxiliar para demandar su presencia en la habitación.

4. Conflictos estructurales: causas

- a. Pautas destructivas de comportamiento, como por ejemplo, liderar “motines” contra las normas impuestas por el centro.
- b. Desigualdad de poder, convivir residentes con un alto grado de autonomía y residentes con cierta dependencia, posiciona a los autónomos a un nivel superior en la demanda de sus necesidades, como por ejemplo, intentar condicionar los menús a los gustos e intereses de las personas más autónomas, ya que el resto no presenta queja del mismo.
- c. Desigualdad de control de recursos, como por ejemplo, el hecho de ocupar un mismo sitio en el comedor por temas de organización del centro, les lleva a la territorialidad del mismo, generando un conflicto cuando otro residente lo ocupa.
- d. Restricciones de tiempo, como por ejemplo, al haber dos turnos de comedor, el segundo turno, siempre espera en la puerta, metiendo prisa y presionando el trabajo que las auxiliares están realizando en el primer turno, acelerando el ritmo de dar comidas.

5. Conflictos de valores: causas:

- a. Diferentes criterios de ideas o comportamiento, como por ejemplo, las diferencias culturales entre los residentes que conviven en el centro.
- b. Metas valiosas excluyentes, como por ejemplo, algunos de los gustos, preferencias de los residentes no se pueden llevar a cabo en el centro, debido a las limitaciones propias del tipo de servicio, por lo tanto, quedan excluidas de atención.
- c. Diferentes modos de vida, ideología, religión... como por ejemplo, la celebración eclesiástica o la unción de enfermos, puede ser motivo de conflicto si se da por hecho que todos tienen que recibirla sin consultar si se está de acuerdo o no.

2.4.1. Consideraciones previas sobre el conflicto en los centros residenciales

La variedad de investigaciones sobre el conflicto hacen que se haya convertido en un campo de estudio de interés en las ciencias sociales pero que, a su vez, presenta cierta complejidad en el momento de abordarlo.

Desde la perspectiva basada en las relaciones humanas y en los estilos de comportamiento ante el conflicto (Perrow, 1986, citado en el libro de R. Alzate “Análisis y resolución de conflictos. Una perspectiva psicológica”, 1998), se expone *“que la naturaleza y calidad de las relaciones que existen en el centro de trabajo juegan un papel fundamental a la hora de determinar características tales como la motivación del trabajador, la satisfacción derivada del trabajo, el nivel de*

absentismo y abandono, la relación entre superiores y subordinados y, en definitiva, la productividad y el éxito de las organizaciones mismas”.

Es desde esta perspectiva desde la que se aborda el siguiente estudio.

En general¹, los centros de personas mayores son organizaciones destinadas al cuidado y la atención de éstos, a través de lograr satisfacer las principales necesidades de sus destinatarios y promover su bienestar físico, psicológico y social.

No obstante, existe una realidad que no puede eludirse referida a la presencia de conflictos, los cuales, más allá de ser inherentes al ser humano (Ury, 2005), impregnan las relaciones personales y sociales propias de una situación de convivencia. Estas relaciones se expresan y se fundamentan en el conflicto ocasionando situaciones de incompatibilidad entre las personas mayores, entre éstas y sus familias, entre éstas y los centros, entre éstos y los profesionales dedicados al cuidado y a la atención de los usuarios.

Según Giró (2007) cuando las personas envejecen las relaciones intergeneracionales se modifican, así los cambios en la edad tanto a nivel biológico, psicológico como social, favorecen la emergencia de conflictos en los espacios de convivencia.

La manera en cómo las personas mayores se enfrenten al conflicto, determinará su calidad de vida. El manejo inadecuado del conflicto afecta al desarrollo de las personas, a la construcción o desconstrucción de sus identidades y a su bienestar. Además, según Giró (2007), la exposición a situaciones conflictivas aumenta el riesgo de enfermedad y de muerte prematura.

Las personas mayores para desenvolverse en la vida diaria o en la convivencia de un centro, tanto si son dependientes como autónomas, necesitan apoyo para ajustarse a su medio e interaccionar con él.

2.5 Situaciones de conflicto más frecuentes.

A partir de los factores anteriormente nombrados, los conflictos que están relacionados con causas de convivencia, asistenciales, familiares y laborales suponen el 80,62% de los conflictos detectados en los centros residenciales.

¹ Texto extraído del documento “Mediación transformativa y resolución de conflictos: apreciando la convivencia en los centros de mayores”, de Inmaculada Armadans Tremolosa, Universidad de Barcelona.

Todos los colectivos vinculados a los centros residenciales se ven implicados en mayor o menor medida en dichos conflictos. Tanto trabajadores como familiares y usuarios tienen que hacer frente a alguno de esos conflictos que se manifiestan diaria o semanalmente, aunque a menudo no saben gestionarlos eficazmente.

De todos ellos, se destacan como más frecuentes los siguientes (*todos los testimonios que citamos a continuación proceden del trabajo de investigación realizado por Belén Entrena Vicén, para el Título de Especialista en Gestión y Evaluación de dependencia, 2012, "Influencias de la aplicación de programas para la gestión de los conflictos en la percepción de calidad asistencial de las personas mayores que conviven en centros sociosanitarios"*):

- a) Problemáticas asociadas a los conflictos de convivencia en el ámbito gerontológico
 - a. Dificultad para establecer relaciones personales: las posibilidades de establecer relaciones personales se ven limitadas por el estado de salud de muchos usuarios y por el propio entorno. Las interacciones que se establecen entre los propios usuarios y también dentro de la relación de ayuda pueden dar lugar a conflictos de convivencia.

“No tengo a nadie con quién poder hablar...has visto mi alrededor, están todos que se van de la cabeza y no puedo hablar de nada coherente...” - Testimonio 1 de un residente.

- b. Sentimiento de territorialidad y propiedad: el respeto a la privacidad en cuanto al entorno físico se convierte en un factor clave para la convivencia en las residencias. Las dificultades para disponer de un espacio propio no compartido es el origen de las frecuentes discusiones entre usuarios que deben compartir la misma habitación.

“Tengo un problema con mi compañero...cuando viene mi familia a visitarme pone la radio muy alta y no podemos hablar...ya sé que puedo ir al salón pero yo quiero recibirlos en mi habitación, y él nunca se marcha... Además no quiero que esté en la habitación tanto tiempo solo que luego me desaparecen mis cosas...” - Testimonio 2 de un residente.

- c. Uso y disfrute de bienes comunes: las discusiones por la mesa del comedor o el canal de televisión que se desea poner en las salas comunes son dos de los ejemplos más habituales. La desaparición de prendas de vestir, aunque sean ficticias, como resultado de las pérdidas de memoria, es uno de los problemas principales por los que se producen las discusiones entre profesionales y usuarios y se viven con especial angustia, lo que se traduce en constantes reclamaciones del objeto perdido al personal del centro.

“Tenía una chaqueta negra de lana gorda, que eche a lavar hace ya dos meses y aun no la tengo... y además, cuando vine aquí, tenía una docena de bragas y ahora sólo tengo seis en el armario....pero ¡qué pasa con la lavandería?” - Testimonio 3 de una residente.

d. Higiene personal: este momento se convierte en una situación violenta de difícil afrontamiento por parte del usuario, pero también del profesional, que tiene que mostrar especial sensibilidad y delicadeza ante dicha situación. La vergüenza que el usuario siente en este tipo de situaciones es uno de los posibles motivos por los que puede mostrar resistencias o negativas ante la higiene personal.

“...toda la vida procurando que no me viera nadie, y ahora todo el mundo entra aquí...lo mismo chicos que chicas... Tú estas en la cama, que te llega uno, que te abre, que te desnuda, que te pone en la ducha, el dodeatis y qué se yo...” - Testimonio 4 de una residente.

e. Mantenimiento de relaciones sentimentales o sexuales: el deseo de los usuarios de mantener relaciones sentimentales o sexuales basadas en el consentimiento mutuo dentro del centro, genera un importante rechazo por parte de los familiares y el resto de usuarios. El hecho de hacer pública y evidente una relación íntima dentro del centro puede dar lugar a recriminaciones por el comportamiento mostrado.

“...míralos, besuqueándose por los rincones....será posible...yo no entiendo estas cosas....ahora que es viudo...hay que hacer algo porque no se puede consentir una cosa así...hasta ahí podríamos llegar...esto hay que pararlo...” - Testimonio 5 de un residente.

f. Trato recibido por el personal del centro y problemas con el acatamiento de las normas: estos conflictos se producen cuando las personas mayores consideran que no se les trata con el debido respeto, llamándolos “abuelo/a” o realizándoles prohibiciones.

“Yo soy más viejo que tú, por tanto, tú no me puedes prohibir que no salga del centro....conozco esto como la palma de mi mano....llevo aquí toda la vida...yo decido por mí...y no tú...ni mis hijos...” - Testimonio 6 de un residente.

b) Problemáticas asociadas a los conflictos asistenciales en el ámbito gerontológico

a. Expectativas de cuidado frente a cuidados reales: se crean divergencias entre las expectativas que los usuarios y familiares tienen en relación a los cuidados que

consideran que el centro debería proporcionar y las obligaciones y limitaciones reales del centro en la prestación de cuidados.

“Mi madre se queja de que esta noche ha llamado y que hasta que la han atendido....y es verdad, porque cuando yo pido que la lleven al baño, siempre están haciendo algo y nunca tienen tiempo... ”- Testimonio 7 de una familiar de una residente.

b. La cantidad, la calidad o la rapidez con la que se suministra la atención, en muchas ocasiones, provoca insatisfacción, derivada de una valoración negativa del servicio, que se traduce en quejas acerca del trabajo de profesionales o el rechazo a que determinados profesionales sean los que *suministren el cuidado*.

“Van tan deprisa las chicas que hace dos días al final me acabe peinando yo, porque si las tengo que esperar...así llevo siempre los pelos...porque cuando vienen, me hacen un poco así con el peine y ya... ” Testimonio 8 de una residente.

c) Problemáticas asociadas a los conflictos familiares

a. Falta de visitas familiares y oposición al ingreso en la institución.

“Con todo lo que he hecho por mis hijos...y así es como me lo pagan...me encierran aquí y no vienen a verme...pero ¿Dónde están?...llámalo y diles que vengan a buscarme...cualquier día acabo con esto...será lo mejor para todos y así ya no molestaré a nadie... ”- Testimonio 9 de un residente.

b. Expectativas de los familiares frente a falta de información institucional sobre el tipo de cuidado: entre las familias y el centro se producen discrepancias por información respecto al tipo de cuidado o servicio que la persona mayor va a recibir. Además, hay muchas exigencias por parte de los familiares para que el procedimiento de atención se ajuste a unos estándares concretos que consideran más adecuados según su experiencia en el cuidado informal a la persona mayor, lo que genera conflictos entre los familiares y los trabajadores.

“No puedo entender porque levantáis a mi mujer...lleva diez años encamada y ahora, la traigo aquí y la levantáis de la cama...no tenéis ni idea...no veis que es peor para ella... ”- Testimonio 10 de un familiar de una residente.

3. MARCO INSTITUCIONAL

Para este proyecto tomamos como referencia la Residencia de Personas Mayores “Elías Martínez Santiago”, ubicada en el barrio de La Paz de Zaragoza.

La residencia tiene 206 plazas, diferenciando 196 de estancia definitiva y 10 de estancia temporal. Las habitaciones tanto dobles como individuales, están distribuidas en tres módulos, atendiendo a lo siguiente:

- Módulo 1: dirigido a personas con cierta autonomía y capacidad cognitiva, con 66 habitaciones, de las cuales 26 son dobles y el resto individuales, todas ellas distribuidas en dos plantas.
- Módulo 2: dirigido a personas con movilidad reducida y deterioro cognitivo leve-moderado. Con 22 habitaciones dobles y 34 individuales, distribuidas a lo largo de dos plantas.
- Módulo 3: dirigido a personas con buena movilidad y deterioro cognitivo grave. Cuenta con 34 habitaciones, 2 de ellas dobles, distribuidas en dos plantas.

3.1. Objetivos Generales y Específicos de la Residencia

El objeto de la residencia es ofrecer una alternativa de alojamiento, temporal o definitiva, cuando la persona mayor dependiente no puede permanecer en su domicilio habitual por diferentes circunstancias, procurándole una atención integral a través de un equipo multidisciplinar y bajo criterios de eficacia y eficiencia.

En cuanto a los **objetivos generales** a los que responde el centro, son los siguientes:

- 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 residentes y otras personas usuarias del centro con un doble objetivo: ayudar en la conciliación de la vida social y laboral de las familias que cuidan a sus mayores en el hogar; y al vez, 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 las residencias.

De estos objetivos generales, se desprenden los siguientes objetivos específicos:

Objetivos relativos a usuarios:

1. Mantener, en la medida de lo posible, las capacidades tanto físicas como psíquicas del residente, a través de programas de estimulación física y cognitiva adecuados a las patologías de los mismos.
2. Potenciar la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria que contribuyan a la conservación de la autonomía de los residentes en el ejercicio de éstas.
3. Desarrollar las actuaciones necesarias para mantener a los residentes en condiciones de higiene personal adecuadas, aportando la ayuda que precisen en función de sus necesidades y del plan de intervención previamente establecido.
4. Valorar periódicamente la evolución de los problemas médicos, psíquicos y sociales, mediante los Programas de Atención Individualizada (PAI) y trazar así un plan de cuidados adaptado a las necesidades reales.
5. Llevar a cabo el plan de cuidados de cada uno de los residentes, de tal forma que contribuya a mantener su calidad de vida.
6. Reducir la ansiedad de los residentes, fundamentalmente la de aquellos con deterioro cognitivo grave, principalmente la derivada del estrés ambiental o situacional.
7. Procurar un ambiente facilitador de la interacción social con otros residentes.

Objetivos relativos a familiares:

5. Mantener una expectativa real sobre el estado físico y psicológico de los familiares de sus residentes, así como de los cuidados que se le administren en función de su plan de cuidados.
6. Procurar un ambiente que facilite la interacción social con otros residentes y con sus familiares de tal forma que se reduzca su ansiedad y los miedos de determinadas familias.
7. Procurar la información necesaria sobre el estado físico y psíquico de sus residentes, dando respuesta a las dudas y quejas reales de los familiares.

3.2. Servicios y programas que se llevan a cabo en la residencia.

La entrada principal de la Residencia se encuentra en la C/ Consejo de Ciento nº 23, el edificio consta de tres módulos diferenciados en los que se distribuye la actividad del Centro.

En total son seis unidades residenciales autónomas compuestas por habitaciones individuales y dobles (en la misma proporción), excepto una unidad especial para residentes con problemas psico-cognitivos graves y que consta sólo de habitaciones individuales. Cada unidad residencial cuenta con una sala de recepción – comedor, office de comida y al final del pasillo un salón de estar, baño geriátrico y office de lencería/ limpieza.

En el módulo central, nos encontramos con una planta dedicada exclusivamente para terapia y rehabilitación, con diversos despachos médicos, salas para actividades, gimnasio y sala para el trabajo de las actividades básicas de la vida diaria.

4.2.1. Servicios prestados por la Residencia.

Se consideran servicios prestados, a las actividades que en el centro se realizan con una frecuencia rutinaria relacionadas con las actividades de vida diaria del residente y con su ocio:

1. **Alojamiento:** que comprenderá el uso de una habitación doble o individual con baño geriátrico en ella y de la diferentes zonas de convivencia (salas de descanso y TV, salas de terapia ocupacional, sala polivalente, salas de rehabilitación, salones familiares, baños geriátricos, salón de actos, comedor, peluquería y podología).
2. **Manutención:** distribuido en cuatro comidas: desayuno, comida, merienda y cena. Junto con el menú ordinario, se prepararán menús de régimen que se precisa y purés completos para aquellos residentes que lo necesitan. Todos los menús, están supervisados por el médico del Centro.
3. **Servicio de limpieza y lavandería:** existe un servicio de limpieza y lavandería que se encarga de mantener en condiciones óptimas todas las estancias utilizadas por el residente, así como su vestuario y pertenencias personales.
4. **Cuidado personal:** para que un residente esté a gusto y limpio es necesario un buen aseo diario, por lo que el personal auxiliar prestará todo el apoyo que es necesario. El material de aseo será aportado por el centro.

5. **Atención sanitaria:** procurando atención las 24 horas del día de lunes a domingo. Cada residente tendrá una historia clínica donde aparecen registradas patologías, hoja de tratamientos y cualquier anomalía en el estado de salud.
6. **Atención social:** Cada residente tendrá un expediente personal donde se recoge información social siendo la trabajadora social el nexo de unión entre el centro y la familia de nuestros residentes, facilitando información y procurando el asesoramiento que se precise.
7. **Fisioterapia:** A partir de una valoración inicial se incluirá al residente en los programas de estimulación física que precise. Cada residente tendrá un expediente fisioterapéutico donde se registrarán los tratamientos y cambios de los mismos.
8. **Terapia Ocupacional:** El objetivo principal será la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación fomentando la capacidad de las personas para participar en las actividades de la vida diaria, productivas y de ocio. Tras una valoración inicial sobre sus capacidades se incluirá a los residentes en programas de entrenamiento, según el nivel de pérdida.
9. **Atención psicológica:** el centro dispondrá de apoyo psicológico durante el periodo de adaptación al centro y según necesidades del residente. Al inicio de la relación institucional se realizará al residente una valoración psicológica, y se incluirá en los grupos de trabajo establecidos.
10. **Servicio de peluquería:** se dispondrá de este servicio para todo el residente que desee utilizarlo. Este servicio corre a cargo del residente.
11. **Servicio de podología:** se dispondrá de este servicio para todo el residente que desee utilizarlo. Este servicio corre a cargo del residente.
12. **Servicio de Tanatorio:** Se dispondrá de un tanatorio con sala de visitas para aquellas familias que deseen utilizarlo.

La jornada diaria de la residencia se divide en tramos horarios. En ciertos momentos del día (HORAS PUNTA) se concentra el mayor número de movimiento y, en otros momentos (HORAS VALLE) el ritmo disminuye considerablemente.

Veamos un Día Tipo de lo que es la Jornada Diaria en la Residencia, para que el lector pueda hacerse composicion de lugar sobre las cuestiones que estamos abordando:

	MODULO 1.1	MODULO 1.2	MODULO 2.1	MODULO 2.B	MODULO 3
DIA TIPO	07:00 7,00- 9,00 LEVANTAR Y ASEAR	7,00 - 9,00 LEVANTAR Y ASEAR	7,00/ 9,00 LEVANTAR Y ASEAR	7,00/ 9,00 LEVANTAR Y ASEAR	7,00/ 9,00 LEVANTAR Y ASEAR
	08:00				
	09:00 Desayuno en planta	Desayuno en comedor principal Tiempo Libre	Desayuno comedor principal o planta Tiempo libre	Desayuno en planta	Desayuno en planta
	10:00 Rehabilitación, ronda médica y cuidados especiales	TO / FISIO / PSI /CONSULTA ATS	Terapia; Rehabilitacion; Consultas médicas	TO / FISIO / PSI / ATS	TO / FISIO / PSI / ATS
	11:00				
	12:00	Tiempo Libre			
	13:00 Comida en planta	Comida en comedor prncipal	Comida com ppal y/o planta	Siestas / Tiempo libre	Siestas / Tiempo libre
	14:00 Sestas y Aseos en baño geriátrico	Tiempo Libre	Siestas / Tiempo libre		
	15:00	TO /PSI / CONSULTA ATS	TO / FISIO / PSI / ATS	TO /PSI /	TO / FISIO / PSI / ATS
	16:00 FISIO				
	17:00 Merienda en planta	Merienda com ppal	Merienda com ppal y/o planta	TO / FISIO / PSI	TO / FISIO / PSI / ATS
	18:00 Tiempo Libre	TALLERES Y ACTIVIDADES SOCIOCULTARES	TALLERES Y ACTIVIDADES SOCIOCULTARES		
	19:00		Tiempo libre	Tiempo libre	
	20:00 Cena en planta	Cena en comedor principal	Cena com ppal y/o planta	Cena com planta	Cena com planta
	21:00 20,30-22,00 ACOSTAR		20,30- 22,00 ACOSTAR		
	22:00 DORMIR	Ver TV hasta 24,00 y dormir	DORMIR	DORMIR	DORMIR

3.2.2. Programa específico de atención al residente

- 1. Programa de asistencia y cuidados personales:** Este programa estará dirigido a desarrollar las actuaciones necesarias para mantener a los usuarios en condiciones de higiene personal adecuadas, aportando la ayuda que precisen en función de sus necesidades y del plan de intervención previamente establecido.
- 2. Programa de atención a la salud del residente:** Este programa está dirigido al desarrollo de las actuaciones necesarias para proporcionar la atención sanitaria adecuada para mantener su calidad de vida, desde la valoración al ingreso hasta el seguimiento de su evolución y la prevención de sintomatologías asociadas a las patologías de los residentes.

Se desarrollan principalmente dos programas:

- Programa de atención general al residente: valoración, detección de necesidades y atención a la salud.
- Intervenciones programadas: Programa de nutrición, Programa de hipertensión arterial, Programa de diabetes, Programa de ingesta y eliminación, Programa de prevención y control de caídas, Programa de prevención y control de UPP, Programa de enfermos terminales, Programa de oxigenoterapia, Programa de incontinencia, Programa de estreñimiento crónico, Programa de atención a las familias.

- 3. Programa de terapia ocupacional:** Este programa está dirigido al mantenimiento de la autonomía del residente, en la medida de lo posible, a través de la realización de terapias individuales y grupales y su participación en actividades que fomenten el uso de sus capacidad intelectuales y ocupacionales, con el fin de retrasar al máximo la pérdida o alteración de sus funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada.

Se desarrollan principalmente dos programas:

- Programa de actividades funcionales y/o rehabilitación: que incluye los siguientes: Psicomotricidad, Programas de AVDs, Terapia cognitiva leve-moderada, Tratamiento individualizado, Intervención familiar
- Programa de actividades lúdico recreativas: Talleres familiares y Actividades socioculturales.

- 4. Programa de fisioterapia:** Este programa está dirigido a retrasar las alteraciones que puedan aparecer debido al proceso involutivo propio de la edad que finalmente podrían

llevar a una invalidez o discapacidad física y recuperar la funcionalidad del residente en caso de patologías ya instauradas.

Se desarrollan principalmente los siguientes programas: Programas de encamados, Programa de Deambulación, Programa de tratamientos individuales, Programa de actividad física en el gimnasio, Programa de Gerontogimnasia

5. Programa de psicología: Desempeña una acción terapéutica individual, familiar y/o grupal y una modificación de conducta a tres niveles: cognitivo, afectivo y conductual, pues es un servicio que ante el tipo de dependencia que pretende acoger el centro, se muestra como imprescindible para tratar determinadas patologías y duelos.

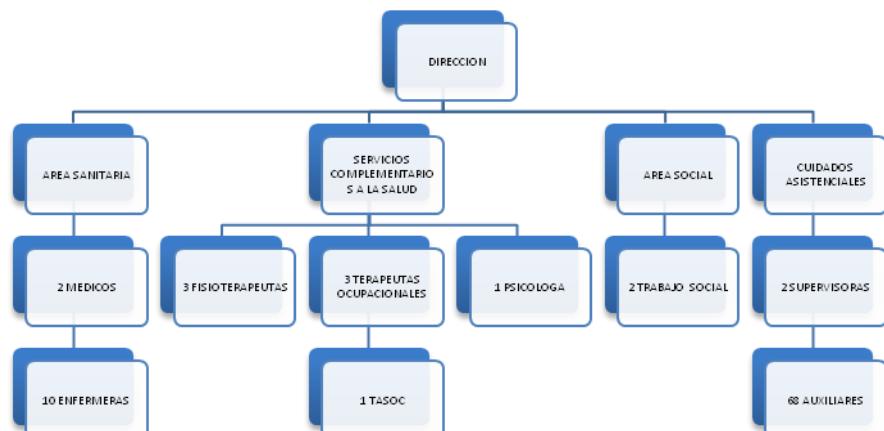
Se desarrollan los siguientes programas: Programa de intervención individual, Programa de intervención grupal, Programa de intervención familiar, Programa de intervención sobre el “burnout” de los trabajadores.

6. Programa de atención social: El programa de intervención a seguir desde el departamento de trabajo social, se basará en unos criterios de necesidad y detención de esa necesidad de atención social. El programa de actuación queda definido por el criterio de la Trabajadora Social apoyado, asesorado y ratificado por el equipo multidisciplinar.

Se desarrollan los siguientes programas: Programa de ingreso y acogida del residente y de sus familiares, Programa de información y asesoramiento a familiares y a residentes sobre recursos y aspectos legales, Programa de atención al residente, Programa de atención a las familias

3.2.3. El Equipo Multidisciplinar

El Equipo Multidisciplinar encargado de llevar a cabo los diferentes programas de atención, junto con la Directora del Centro, está formado por los profesionales que abajo en el organigrama se pueden observar:



Todas las actuaciones e intervenciones que se planifican desde el Equipo Multidisciplinar del Centro, están dirigidas, a:

1. Ofrecer un hábitat seguro, accesible y adaptado a las necesidades funcionales de los residentes, en un ambiente confortable.
2. Proporcionar una convivencia armoniosa entre nuestros mayores en interrelación con el entorno de la residencia.
3. Mejorar la calidad de vida, el bienestar subjetivo y la satisfacción tanto de los residentes como de sus familiares.

El modelo de gestión en el que se basa el Equipo Multidisciplinar es la gestión de procesos, entendiendo la organización del trabajo como un conjunto de procesos globales, orientados a establecer un sistema de gestión eficaz y eficiente, basado en las necesidades y expectativas de las personas mayores que atienden y sus familias.

Para poder lograr este objetivo, el Equipo de Dirección se reúne diariamente para evaluar la actividad diaria del centro y gestionar las incidencias surgidas, valorando en qué medida el trabajo realizado está alcanzando el resultado esperado y estableciendo las medidas pertinentes para reconducir situaciones.

Además, mensualmente, la Dirección del centro, convoca al Equipo multidisciplinar a una reunión en la que se mantendrá la información actualizada sobre cualquier cambio en la gestión del centro y se evaluará los indicadores de atención mensuales establecidos para cada departamento.

3.2.4. El Trabajo Social en la atención a personas mayores.

Porcel, A (2001) cuando se plantea el artículo “Retos al Trabajo Social en la atención asistencial a mayores” recurre a la definición de Trabajo Social establecida en la Asamblea General de la FIST en Montreal el 26 de julio de 2000 y dice que esta definición marca una nueva etapa en la concreción del papel de los profesionales:

“La profesión de trabajo social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y liberación de las personas para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías del comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo

social interviene en los puntos en que las personas interactúan con su entorno: Los principios de Derechos Humanos y Justicia Social son fundamentales para el trabajo social.”

De esta definición, Porcel, A (2001), establece como esenciales en el trabajo social los siguientes aspectos:

- Resolver problemas en las relaciones humanas.
- Promover el poder de las personas.
- Intervenir en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno.

A nivel residencial varios autores han aportado su concepción de la actividad del trabajador social en un centro residencial, y que detallamos a continuación:

- La actividad del Trabajador Social dentro de los centros residenciales es desarrollada junto a un equipo multidisciplinar. Su actividad fundamental se basa en ayudar al anciano a adaptarse a la institución y a resolver conflictos psicológicos y sociales que experimenta en esa fase de la vida, tanto a nivel individual como familiar y social (Pastor, A., 2005).
- Según García y Gómez (2010), el trabajador social en la residencia por su formación tiene capacidades de visión y abordaje holístico respecto a determinadas situaciones. Además debe poseer ciertas capacidades y destrezas, capacidad asertiva y empatía y establecer las estrategias de afrontamiento psicosocial necesarias y suficientes para afrontar los sentimientos de institucionalización.

En cuanto al objetivo general del Trabajador Social en el ámbito residencial es **promover la integración social y personal del residente en el entorno convivencial de la residencia y conseguir el mantenimiento y reforzamiento de los lazos existentes con su familia y la comunidad”** (Martín, M. 2003:279).

En cuanto a las **funciones**, en la Guía Práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer (2012:73), Martín García destaca las funciones que se les atribuyen a los trabajadores sociales en un centro residencial según su carácter:

- Función preventiva: Tratando de facilitar la integración de los residentes y previniendo los posibles conflictos que pudieran surgir en los diversos ámbitos de actuación.
- Función socioeducativa: Planificando y ejecutando actividades que favorezcan las relaciones sociales tanto de los residentes del centro como de sus familiares.

- Función asistencial: Partiendo de las necesidades que vayan surgiendo, debemos informar acerca de los diversos recursos e ir desarrollando proyectos que favorezcan y mejoren las dinámicas internas.
- Función planificadora: facilitando en todo momento la organización interna del centro y asumiendo el desarrollo de proyectos, adecuando los tiempos y objetivos para que sean realistas y aceptables, buscando la eficiencia de los mismos.
- Función organizadora y coordinadora: formando parte del equipo multidisciplinar, debemos favorecer las actuaciones desde las diversas áreas de trabajo, siempre con una visión global e integrada que permita abordar las cuestiones desde diversos puntos de vista.

El trabajador social es el máximo responsable de que el residente reciba una atención integral y especializada en función de sus necesidades y en coordinación con el resto de profesionales, por lo cual nadie mejor que él para asumir la función de dirección en el centro fomentando de esta manera la calidad de atención a los residentes en el mismo.

Y una función esencial como trabajador social es la promoción y defensa de los derechos de los usuarios de residencias, que en el caso de personas con demencias se convierte en esencial.

Por todo ello, presumimos que el Trabajador Social será el profesional que intervendrá en la resolución de los conflictos que se den en el centro residencial.

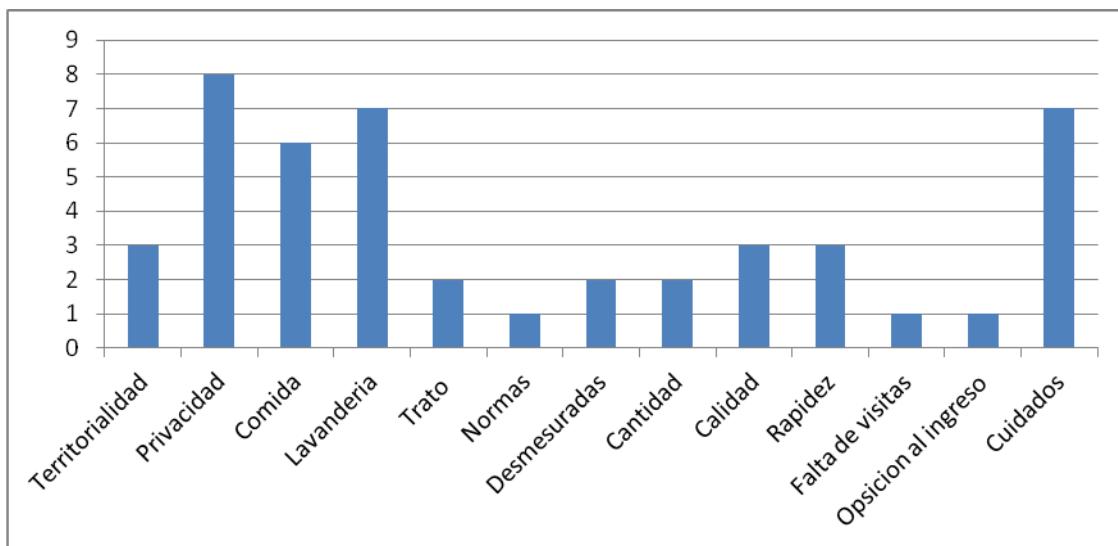
4. DISEÑO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN.

Tal y como hemos comentado en la metodología, para la fundamentación de este proyecto hemos aplicado una plantilla de observación (anexo II), que nos ha ayudado a identificar los conflictos más frecuentes que se dan en el centro que hemos elegido para este ensayo piloto que es la Residencia “Elías Martínez Santiago”.

La observación se realizó durante 14 días consecutivos, teniendo en cuenta los problemas principales y los temas de conflicto.

Con los resultados obtenidos, vemos que los tipos de conflictos que más se dan son los relacionados con la privacidad, lavandería y las expectativas de cuidados seguidos por la comida.

Tabla I. Conflictos más frecuentes en la Residencia “Elías Martínez Santiago”.



Fuente: Elaboración Propia.

Analizando los mismos, a través de los testimonios recogidos, presumimos que esconden tras ellos, conflictos internos personales como consecuencia de renunciar a una vida autónoma y tener que adaptarse a residir en un centro residencial, con unas determinadas normas, donde su capacidad de decisión y/o autodeterminación se ve limitada. La mayoría de estos conflictos en realidad representan anhelos y duelos por no poder hacer efectivos sus gustos y preferencias en este sentido, como la elección de una habitación individual en lugar de compartida, comer en el comedor con personas desconocidas, no poder cerrar la puerta de su habitación por motivos de seguridad. Generalmente este tipo de conflictos ocurren en aquellos residentes más autónomos (véase Testimonios aportados de las Págs. 20 a 22).

De los tres conflictos más repetidos en nuestra observación proponemos tres intervenciones prioritarias, que van en la línea de fomentar las actitudes necesarias para el abordaje y la prevención de los conflictos.

El siguiente esquema muestra al lector, una visión general del diseño de nuestra intervención:

Tabla II. Esquema de la intervención.



Fuente: Elaboración propia

5. DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

5.1. Programa: “Aprendiendo a vivir en la residencia”

5.1.1. Justificación

Cambiar de domicilio, cualquiera que sea el motivo por el que lo hacemos, es una decisión que suele afectar notablemente a la vida de la persona, ya que siempre implica la ruptura con el entorno más inmediato.

Para las personas mayores, salir del propio hogar para ingresar en una residencia, es un acontecimiento que cambiará sustancialmente su vida, y, como cualquier otra situación de cambio, puede ser vivida de una “forma traumática”, no sólo por ella sino también por su familia.

De hecho, durante la primera etapa de su vida en la residencia, las personas mayores reaccionarán ante este cambio, con una sensación de abandono y de baja autoestima, en la mayoría de los casos, volviéndose muy susceptibles a sufrir un estrés ocasionado por el duelo y desconsuelo de la pérdida de su hogar familiar, traduciéndolo en alteraciones emocionales como la tristeza, rabia o ansiedad, y con trastornos de conducta como son la irritabilidad y la apatía.

Por ello, es de vital importancia que en esta primera etapa, se lleve a cabo un programa que trabaje los aspectos psicosociales que más les ayuden a encarar de forma eficiente este cambio, apoyándoles no sólo en la elaboración del duelo sino también en la adaptación a las nuevas costumbres, instalaciones, normas y relaciones de convivencia.

5.1.2. Objetivos del programa

El objetivo general del programa es “Favorecer el proceso de ingreso y adaptación de la persona mayor, reduciendo, en la medida de lo posible, el nivel de estrés producido por este cambio”.

En cuanto a los específicos y operativos, nos planteamos los siguientes:

1. Proporcionar un apoyo emocional, tanto a la persona mayor, que contribuya a superar los obstáculos que dificultan el reajuste a la normalidad, tras su ingreso en la residencia.
 - 1.1. Poder expresar los sentimientos, miedos y temores que le surgen como consecuencia de la pérdida de la normalidad, de tal forma que reduzca su nivel de ansiedad.
 - 1.2. Encontrar razones positivas que movilicen sus recursos personales para la aceptación del cambio y que le resulte más fácil la integración en la residencia.
 - 1.3. Participar en el diseño de su plan individual de atención, definiendo unos objetivos personales, de tal forma, que aumente su autoestima y el control sobre su vida.
2. Familiarizar a la persona mayor con el que va a ser su nuevo hogar, de tal forma que se reduzca su nivel de incertidumbre y desorientación.
 - 2.1. Conocer las instalaciones y el funcionamiento de la residencia, de tal forma que sea capaz de acudir al lugar correcto, según la actividad a realizar (ducha, cenar, taller, ver la tv).
 - 2.2. Sentirse parte de la residencia, al participar en la elección de determinadas actividades que se llevaran a cabo en el centro, en función de sus hábitos, gustos e intereses.
 - 2.3. Establecer lazos de confianza y amistad con sus compañeros de residencia, al participar en sesiones dedicadas a conocer la personalidad, los gustos e intereses de sus compañeros y compartir actividades de ocio juntos.

5.1.3. Metodología del programa

Actividades a realizar

- **Actividades de expresión:** manuales, artísticas, de discusión... de tal forma que cada uno disponga de su propio espacio para expresar y manifestar sus sentimientos, sus dudas y sus temores.
- **Trabajo sobre Fichas:** para centrar los temas de información y focalizar la atención para el aprendizaje de las instalaciones, normas, horarios... y elaborar el material de apoyo adaptado a las necesidades de cada usuario, de tal forma que pueda utilizarlo para orientarse en la residencia.

Número de sesiones: Se llevarán a cabo entre 4-6 sesiones desde el ingreso en la residencia en función de la evolución de cada persona.

Duración de las sesiones: Por las características de las personas mayores, las sesiones tendrán una duración no más larga de 1 hora.

Lugar de realización: Las sesiones tendrán lugar en la propia residencia, en la sala de terapia, que cuenta con todos los recursos necesarios para llevar a cabo estas sesiones: mesas, sillas y material fungible.

Desarrollo de las sesiones: De acuerdo con los objetivos que nos planteamos, este programa requiere de mucha observación, por lo que además del profesional que lo dinamice (Profesional del Trabajo Social), será necesaria que esté una segunda persona (Responsable del Área de Psicología), apoyando la intervención tanto para poder intercambiar impresiones como para atender a las personas mayores.

En cada sesión, el usuario será informado del orden del día que se llevará a cabo, siendo la primera sesión la más importante en este sentido, puesto que supone la primera toma de contacto con la residencia.

Como mientras se realiza la actividad no se tiene tiempo de anotar las cosas importantes o las ideas que surjan, al terminar la sesión, los profesionales se reunirán para trasladar lo tratado a las fichas de seguimiento, evitando así que se pueda perder o diluir información.

La dinámica de las sesiones, será, por lo general, abierta y participativa, siendo los profesionales los encargados de transmitir los conocimientos y de estimular la participación de todos los miembros, sobre todo, en la parte práctica, a través de:

- Apoyos verbales: mediante explicaciones.
- Apoyos gestuales: apoyando con gestos y movimientos.
- Apoyos Físicos: en lo que impliquen destrezas motoras.

- Preguntas: dirigidas a cada uno de los usuarios, sobre todo, cuando el contenido implique mayor dificultad de comprensión y de respuesta.

Este programa será de aplicación, cada vez que un usuario se incorpore al centro. En tal caso, si la incorporación es de forma individual, las sesiones se llevarán de forma individual.

Programación de las sesiones: Para la programación y puesta en marcha de estas sesiones, y la consecución de los objetivos propuestos, se procederá de la siguiente manera

1^a Fase: PREPARACIÓN DEL PROCESO: Se trata de la identificación de las conductas finales a conseguir, en relación al conocimiento del centro y de su funcionamiento, que son las siguientes:

1. Que el usuario se desplace de forma autónoma por las instalaciones del centro, sabiendo a donde tiene que dirigirse en función de la actividad que vaya a realizar, ya sea programada o por iniciativa propia en su tiempo libre.
2. Que el usuario conozca qué actividad toca en cada momento, así como las normas de funcionamiento de las viviendas.
3. Que el usuario conozca los acontecimientos diarios que tendrán lugar en las viviendas.
4. Que el usuario sepa identificar cuál es su habitación, su cama y su armario.
5. Que el usuario sepa identificar a su compañero de habitación y/o compañeros de módulo.
6. Que el usuario conozca quienes van a ser sus cuidadores.
7. Que el usuario sepa a quien tiene que dirigirse para expresar sus dudas, sus quejas y sus sugerencias.

2^o Fase: ADAPTACIÓN DE LAS SESIONES A LOS USUARIOS: Antes de poner en marcha las sesiones, es necesario conocer, de forma concreta al usuario e identificar sus puntos fuertes y débiles, en cuanto a sus competencias la transmisión de información y la asimilación de lo explicado.

Para ello, durante la entrevista a realizar con la familia y con el usuario, y durante la primera sesión que se llevará a cabo, observaremos la conducta del usuario, registrándola y realizando una valoración final sobre los apoyos que se estiman necesarios para la adquisición de los conocimientos.

Para esta primera fase utilizaremos el documento de EVALUACION COMPETENCIAL DEL USUARIO. (Anexo III)

3^a Fase: ORGANIZACIÓN DE LOS GRUPOS: A partir de la evaluación competencial, se procederá a organizar los grupos de actividades, teniendo como criterio para la agrupación, la homogeneidad (en la medida de lo posible) en el tipo de apoyo necesario de tal forma que se favorezca la integración del residente y su bienestar emocional.

4^a Fase: PREPARACION DE LAS SESIONES: Se elaborará el material que se va a utilizar para trabajar en cada sesión, así como la forma en que se van a llevar a cabo las sesiones.

Esta descripción quedará recogida en la FICHA DE SESION, modelo recogido como anexo IV.

De cada sesión, se realizarán valoraciones, por parte de los profesionales que los realicen, con el objetivo de describir las actividades instruccionales y las técnicas a realizar por los auxiliares, para que el usuario consolide el aprendizaje, a lo largo de su proceso de adaptación.

Toda esta información quedará plasmada en un informe de seguimiento del residente.

5^a Fase: EVALUACION: al finalizar cada sesión, se realizará un feed-back con los usuarios. Este feedback será dirigido por los profesionales, puesto que el objetivo es conocer la adaptación de las actividades realizadas al ritmo y nivel de los usuarios.

5.1.4. Temporalización

La puesta en marcha del programa se llevaría a cabo en septiembre, ya que, es cuando el Equipo de Trabajo vuelve a estar al completo tras las vacaciones. Será su primera aplicación, ya que una vez, terminado se volverá a aplicar cada vez que surge la necesidad bien por ingreso bien porque el Equipo así lo considere oportuno.

Se ha tomado en consideración para la temporalización, la realización de cuatro sesiones, dos días a la semana y de una hora de duración.

A modo de ejemplo, presentamos lo que sería la temporalización para poner en marcha este programa:

Tabla III. Temporalización del programa “Aprendiendo a vivir en la residencia”: Septiembre y Octubre.

SEPTIEMBRE						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
Reunión del Equipo Multidisciplinar						
Preparación del proceso						
14	15	16	17	18	19	20
Adaptación de las sesiones a los usuarios Organización de los grupos						
21	22	23	24	25	26	27
Preparación de las sesiones						
28	29	30				
	1 ^a Sesión					

OCTUBRE						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
			1	2	3	4
			2 ^a Sesión			
5	6	7	8	9	10	11
	3 ^a Sesión		4 ^a Sesión			
12	13	14	15	16	17	18
Evaluación del programa						
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Fuente: Elaboración propia.

5.1.5. Recursos humanos y materiales

Tal y como hemos hablado en el apartado anterior, será el profesional del Trabajo Social, quien llevará a cabo esta intervención junto el responsable del área de Psicología como apoyo a la intervención. Es conveniente que la Psicóloga del centro estuviera presente, puesto que de esta primera intervención se sacará mucha información para la posterior elaboración de los Planes de Individuales de Atención de estos residentes.

En cuanto a los materiales, se utilizarán de los siguientes:

- Material específico para cada una de las actividades: fichas, planos, pósteres informativos...
- La sala donde tendrán lugar las diferentes sesiones, estará ubicada en la zona de terapia
- Material fungible: bolígrafos, folios, lápices, pegamento, cartulinas...

5.2. Programa: “Escuela de Familias”

5.2.1. Justificación

Cuando la persona mayor ingresa en una residencia, la familia tiene un importante papel de apoyo, tanto ofreciendo afecto como colaborando en algunos cuidados. El hecho que la persona mayor sea atendida en un centro residencial no implica, ni mucho menos, abandono familiar.

De hecho, las familias de las personas mayores que conviven en residencias deben seguir siendo consideradas como familias cuidadoras.

Dicho de otro modo, estas familias no deben dejar de desempeñar su papel de cuidadoras sino que lo han de ejercer desde otra posición, complementando los cuidados profesionales y especializados que se proporcionan desde el centro.

Cuando la persona mayor ingresa en la residencia, sus familiares suelen presentar sentimientos encontrados. En ellos se mezclan la culpa, la tristeza, la rabia, incluso en ocasiones la soledad, así como una marcada inseguridad sobre la decisión tomada y sobre cómo su familiar va a ser atendido. A consecuencia de ello, pueden producirse conflictos y malentendidos con los equipos de atención directa que deben ser detectados, clarificados y solucionados. Este momento se caracteriza por un proceso progresivo de ajuste familia-centro. Posteriormente la familia, si encuentra facilidades para ello, va participando cada vez más en el centro, estabilizándose y regularizándose su colaboración. De aquí en adelante se puede decir que la familia llega a una fase de integración, donde ésta rehace su vida social sin descuidar a su familiar.

5.2.2. Objetivos del programa

El objetivo general de este programa es “Proporcionar un apoyo emocional a la familia de los residentes, que contribuya a superar los obstáculos que dificultan el reajuste a la normalidad, tras su ingreso en la residencia”.

De una manera más específica:

1. Ajustar sus expectativas sobre la atención que se ofrece desde la residencia, favoreciendo así sentar las bases de una buena colaboración con el centro.

2. Afianzar su confianza en los profesionales del centro, reduciendo su inseguridad y temores sobre cómo es atendido su familiar, y poder estar tranquilo.
3. Participar en la actividad del centro, a través de la creación de un grupo de apoyo, de tal forma que siga siendo la principal fuente de apoyo emocional en la vida de su familiar.

5.2.3. Metodología

Actividades a realizar

- **Sesiones informativas:** Con el objetivo de facilitar conocimientos a las familias sobre el funcionamiento de la residencia y un adecuado ajuste de expectativas, se ofrece información sobre:

- La misión, objetivos, valores y atenciones esperadas.
- Los servicios ofrecidos y atenciones recibidas por parte de la residencia.
- Las limitaciones en la atención y el papel de los profesionales en la residencia.

Además, estas sesiones ofrecerán apoyo psicológico centrado, fundamentalmente, en la desculpabilización de llevar al familiar a la residencia.

Este tipo de sesiones pueden impartirlas, según los temas, el propio trabajador social que conduce el grupo y, de forma puntual, pueden intervenir expertos en aquellos temas que así lo requieran. La duración de las sesiones no debe superar la duración establecida de las reuniones, aunque, si se considera necesario, puede tratarse el tema en varias ocasiones.

- **Talleres prácticos:** Se trata de una actividad de carácter eminentemente práctico y lúdico-formativo cuyo objetivo es el de dotar a los participantes de los instrumentos de aplicación práctica para la adaptación del usuario a la residencia y potenciar la implicación de la familia en la vida del usuario y en la actividad de la residencia.

Número de sesiones: Se estima como número adecuado, un total de 6-8 sesiones, en las que se combinen las sesiones informativas y los talleres prácticos.

Duración: cada sesión tendrá una duración mínima de hora y media.

Lugar de realización: las sesiones tendrán lugar en la propia residencia, con el objetivo de que se familiaricen con el espacio.

Desarrollo de las sesiones: Antes de poner en marcha estas sesiones, se realizará un primer análisis, para conocer la situación de cada familia y sus principales necesidades, de cara a priorizar los temas a tratar en las primeras sesiones.

El papel del profesional del Trabajo Social, debe ofrecer calidez y respeto por los familiares, siendo su papel de “facilitador”, para liberar los miedos y preocupaciones, llevando al grupo de manera que todos los miembros tengan la oportunidad de hablar sobre su experiencia y de escuchar el resto de experiencias de los miembros.

La primera reunión será diferente a las demás, puesto que en ésta, aunque los miembros se conozcan, es importante que cuenten su historia y su preocupación, con el objetivo de favorecer el apoyo mutuo, que es uno de los objetivos de esta intervención.

La metodología de las sesiones es activa, grupal y participativa, llevando a cabo para ello actividades teórico-prácticas que ayuden a implicarse a las familias en las sesiones, al fomento del diálogo y la búsqueda de soluciones.

Programación de las sesiones: Para la programación y puesta en marcha de este programa, y la consecución de los objetivos propuestos, se procederá de la siguiente manera:

1^a Fase: PREPARACIÓN DEL PROCESO: Se trata de la identificación las necesidades de las familias, para seleccionar a los familiares susceptibles de participar en este programa. Ello se realizará a través de la identificación de las necesidades en entrevistas realizadas desde el departamento de Trabajo Social.

2^a Fase: ORGANIZACIÓN DE LOS GRUPOS: A partir de la identificación de necesidades, se procederá a organizar los grupos de trabajo, teniendo como criterio para la agrupación, la homogeneidad (en la medida de lo posible) en el tipo de apoyo necesario de tal forma que se favorezca el bienestar emocional de la familia. Los grupos serán aproximadamente de 10 personas, ya que es el número óptimo para conseguir una participación e implicación adecuada.

3^a Fase: REUNIÓN INFORMATIVA CON LAS FAMILIAS DESTINATARIAS: Se trata de establecer el primer contacto, para seleccionar de forma conjunta la agenda de temas que se trabajarán en las sesiones, de tal manera que se adapten a las necesidades reales y a las expectativas de su participación.

4^a Fase: PREPARACIÓN DE LAS SESIONES: Se elaborará el material que se va a utilizar para trabajar en cada sesión, así como la forma en que se van a llevar a cabo las sesiones.

Esta descripción quedará recogida en la FICHA DE SESION, modelo recogido como anexo IV

De cada sesión, se realizarán valoraciones, por parte de los profesionales que los realicen, con el objetivo de describir las impresiones y las vivencias así como aprendizajes adquiridos.

5^a Fase: EVALUACION: al finalizar cada sesión, se realizará un feed-back con los usuarios.

Este feedback será dirigido por los profesionales, puesto que el objetivo es conocer la adaptación de las actividades realizadas al ritmo y nivel de los usuarios.

5.2.4. Temporalización

Al igual que en el programa anterior, la puesta en marcha se llevaría a cabo en septiembre, ya que, es cuando el Equipo de Trabajo vuelve a estar al completo tras las vacaciones.

Se realizará una primera fase con un grupo de familiares elegidos, y si los resultados son positivos se implantará con más grupos.

Para la temporalización, la realización de las sesiones sería semanal por lo que solo haremos referencia a las fases de planificación y de puesta en marcha.

A modo de ejemplo, presentamos lo que sería la temporalización para poner en marcha este programa:

Tabla IV. Temporalización del programa “Escuela de Familias”: Septiembre, Octubre y Noviembre.

SEPTIEMBRE						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
Reunión del Equipo Multidisciplinar						
Preparación del proceso						
14	15	16	17	18	19	20
Organización de los grupo						
Reunión informativa con las familias destinatarias						
21	22	23	24	25	26	27
Preparación de las sesiones						
28	29	30				
		1 ^a Sesión				

OCTUBRE						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
		2 ^a Sesión				
12	13	14	15	16	17	18
		3 ^a Sesión				
19	20	21	22	23	24	25
		4 ^a Sesión				
26	27	28	29	30	31	
		5 ^a Sesión				

NOVIEMBRE						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
						1
2	3	4	5	6	7	8
		6 ^a Sesión				
9	10	11	12	13	14	15
		7 ^a Sesión				
16	17	18	19	20	21	22
Evaluación del programa						
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Fuente: Elaboración propia.

5.2.5. Recursos Humanos y Material

El profesional del Trabajo Social será el encargado de llevar a cabo este programa junto con el responsable del Área de Psicología, que actuará como observador. De forma puntual podrán participar otros profesionales del equipo si a partir de la agenda de temas elegida así se considera: Responsable de Fisioterapia, de Terapia Ocupacional, De Servicio Médico y/o de Auxiliares.

En cuanto a los Recursos Materiales, se dispondrá de una de las salas de Terapia, que contará con todos los recursos necesarios para llevar a cabo las sesiones: mesas, sillas, proyector, ordenador, material fungible y fichas de trabajo.

5.3. Programa: “Mediando el conflicto”

5.3.1. Justificación

Los programas de mediación, tal y como los conocemos, permiten transformar las situaciones de conflicto, permitiendo a los participantes un mejor manejo y gestión de las diferencias, generando cambios en sus comportamientos.

Diversos autores ya han planteado la necesidad de utilizar la mediación para ayudar a las personas mayores a adaptarse a los cambios, a los conflictos y a su realidad (Cardases y Dugan, 2004; Schmitz; 1998), así como a las situaciones de dependencia (Munuera, 2006).

Desde una perspectiva psicosocial, la intervención puede influir en reducir comportamientos problemáticos y en la promoción de habilidades y recursos para la convivencia pacífica. En este sentido, el proceso de mediación, puede ser una opción útil para aportar recursos y producir cambios en los comportamientos, a la vez que se modifican las relaciones al conseguir el empoderamiento de los participantes en la intervención.

Este programa pretende ser una herramienta con pautas que puedan utilizarse como una guía, y que puedan adaptarse a cada experiencia dentro del entorno residencial, transformando los conflictos en algo constructivo para todas las partes.

Pretendemos desarrollar un modelo dinámico para crear el propio proceso de mediación que cada realidad pide.

Está dirigido a personas mayores residentes en el centro (válidos y asistidos), así como a sus familiares.

5.3.2. Objetivos del programa.

El objetivo general de este programa es “Transformar las situaciones de conflicto que se dan en el centro residencial, en un escenario donde los participantes aprendan a un mejor manejo y gestión de las diferencias generando cambios en sus comportamientos”.

De este objetivo general, se desprenden los siguientes objetivos específicos:

- Analizar los problemas, recursos personales, expectativas, que sienten las personas involucradas en el conflicto.
- Analizar los actores del conflicto. Relaciones de poder y dependencia.
- Analizar las causas (porqués) de los problemas que se dan en el proceso.
- Analizar los factores que condicionan, agudizan o moderan el conflicto.
- Aportar herramientas de comunicación para empoderar a los participantes en la búsqueda de soluciones desde la mediación.
- Analizar las potencialidades y recursos desde el diálogo apreciativo construyendo los puntos fuertes para la mejora de la convivencia.
- Trabajar propuestas de resolución desde la cooperación, el diálogo y la escucha activa.

5.3.3. Metodología

Este programa se estructura en sesiones de trabajo agrupadas en distintas fases. Cada sesión tiene una propuesta de trabajo sistematizada que indica los objetivos y finalidades de la misma en el proceso de mediación y una propuesta de los contenidos que se trabajarán a través de fichas.

Número de sesiones: Se desarrolla una sesión semanal, hasta un total de 6 sesiones de trabajo. La sesión inicial se realizará separada por las partes y las cinco sesiones restantes se harán conjuntas. El proceso distingue varias fases, pero no tienen por qué coincidir con el número de sesiones establecidas, sino que dentro de una misma sesión se puede pasar de una fase a otra de la mediación.

Duración de las sesiones: Cada sesión tendrá una duración de una hora y media.

Lugar de realización: Las sesiones tendrán lugar en la propia residencia, con el objetivo de que se familiaricen con el espacio.

Programación de las sesiones con los destinatarios: Por lo general, un proceso de mediación tiene que pasar por las siguientes fases para decir que hemos conseguido los resultados esperados. Puede ocurrir, que algún proceso se nos resista, y que se decida dar por finalizada la mediación sin haber completado todas las fases.

1^a Fase previa o de Valoración de Actitudes: En esta fase se valoran las actitudes que los usuarios tienen ante el conflicto a través de un cuestionario (anexo V) cuyos resultados serán registrados. De esta forma podremos realizar ciertas hipótesis sobre las modificaciones en la actitud de los residentes frente a los conflictos.

2^a Fase: Conocimiento de los condicionantes del entorno: Se trata de conocer cuál es la realidad en la que se desarrolla el conflicto. Este puede tener varios aspectos:

1. Condicionantes estructurales, hace referencia a las características del servicio y a la organización del centro.
2. Condicionantes socioculturales: incidencia cultural del entorno y de las personas (rural, urbano, etc.).

3^a Fase: Definición del problema y necesidades: En esta fase se realizan entrevistas de recogida de la situación del conflicto centradas en la percepción de cada una de las partes. Estas entrevistas se realizan en grupo y se recogen los problemas y la definición de necesidades de cada uno de las partes implicadas en el proceso de mediación. En esta fase es necesario el uso de instrumentos de registro de los elementos determinantes de cada problema donde se recojan cuestiones como: desde cuando ocurre, porqué, qué soluciones se han intentado, que resultados se han obtenido, intereses propios y ajenos, como llegar a una solución y cuáles son las expectativas al respecto.

4^a Fase: Elaboración de un mapa del conflicto: A partir de la información obtenida en las entrevistas grupales, se desarrolla, un mapa de necesidades emergentes, a través de un listado detallado donde hace visible las necesidades, recursos, soluciones, aportaciones de cada parte para así definir los nexos o puntos de encuentro entre las versiones de cada parte, respondiendo a los siguientes criterios:

- Necesidades de la persona: Relacionadas con los hechos específicos, con los sentimientos, con las formas de relación y/o comunicación y las posturas de fuerza-poder-cesión.
- Necesidades de proceso: Factores que agudizan, que modera y recursos personales de resolución.

Una vez elaborado el mapa, se presenta el conflicto a todas las partes, para darle visibilidad, a partir de técnicas de reformulación y de relación de ayuda, con el fin de conocer las necesidades del otro y opinar y dar valor a las mismas. Es la primera sesión de trabajo que se desarrolla con todas las partes. Se debe dar a entender que en el mapa de necesidades se dan varias visiones sobre el conflicto y se debe potenciar que las personas participantes sean capaces de comprender las necesidades del otro. A partir de preguntas abiertas, se plantea si la visión del conflicto es la que se ha definido en el mapa a propuesta del mediador y se pasa seguidamente al debate y reconstrucción del mismo desde las consideraciones de las partes.

5^a Fase: Elaboración de las normas de negociación: En esta fase se trabajan dinámicas específicas de desarrollo cooperativa. Se trata de construir un proyecto con el grupo heterogéneo realizando un decálogo normativo de funcionamiento centrado en actitudes, valores, procedimientos, formas de actuar durante el proceso, acciones, afrontamientos, temporalización.

6^a Fase: Análisis de las causas: En esta fase, se definen las causas y la visión que sobre las mismas tiene cada uno de las partes. Se recomienda trabajar los porqués del conflicto “por qué- por qué” definiendo el “árbol” o diagrama de causas que deben ser solucionadas en la fase siguiente.

7^a Fase De resolución: Partiendo de los recursos definidos en la fase 2, podemos definir las formas de afrontamiento útiles y positivas de cada grupo para solucionar las problemáticas planteadas. Se realizan actividades de muy sencilla aplicación que nos permitan dar herramientas para la resolución de conflictos: técnicas de visualización, reformulación y relación de ayuda, emocional y racional, juegos de rol, simulación...etc. Es recomendable partir del mapa conceptual “por qué- porqué” y definir estrategias desde el “cómo-cómo” para así dar respuesta específica a cada una de las causas definidas en la sesión anterior.

8^a Fase: De acuerdo: Trabajaremos las dinámicas con el objeto de construir un acuerdo con las partes. Son propuestas de acuerdo: definir medidas de arbitraje común, crear un espacio de no conflicto, establecer una comisión de convivencia que se reúna periódicamente y elaborar un compromiso firmado por las partes (anexo VI)

Herramientas de trabajo: Tanto las fases del programa como la planificación de acciones descritas en el proceso, se desarrollan con fichas de trabajo. (Anexo VII) ya que implican la

propuesta específica de trabajo que se utilizan en cada sesión para el desarrollo de las actividades y las propuestas de mediación. Como por ejemplo

2. Entrevistas semi- dirigidas con las partes, entrevistas con cada una de las partes, en las que el mediador realiza preguntas con la finalidad de definir problemas y profundizar en ellos, intentando desvelar el posicionamiento de cada parte.
3. Listado de necesidades emergentes: se elabora un listado detallado de las necesidades relacionadas con el conflicto.
4. Definición de prioridades en el proceso: formar y dotar de herramientas a las partes para la resolución y gestión de conflictos, tomando el conflicto como parte de la convivencia (introducción de conceptos de mediación tales como asertividad, cooperación, escucha activa...)
5. Juego cooperativo (construir un cuadrado): acercar los puntos de vista mediante una actividad lúdica y construir una propuesta conjuntamente.
6. Elaboración de un decálogo normativo de funcionamiento de la mediación: este decálogo planteará acuerdos sobre actitudes, valores, procedimientos, formas de actuar durante el proceso, acciones y temporalización.

También hay otras herramientas propias del Trabajo Social, como el: desarrollo de informes de cada sesión de trabajo. Este informe conlleva la recogida de información de cada sesión y después con esa información se emite un informe final. En cada informe debe constar el lugar y fecha de la mediación, objetivos de la sesión y descripción.

Para desarrollar la valoración de las sesiones y realizar los informes, se utiliza la técnica de la observación.

Evaluación: Para evaluar el grado de satisfacción del programa, los participantes tendrán que llenar un cuestionario de cinco preguntas, y tendrán que puntuar cada una del 1 al 10, donde 1 significa satisfacción baja y 10 “muy alta”, que incluirá su opinión sobre si recomendaría o no la participación en el programa (anexo VIII).

5.3.4. Temporalización

Este programa dará comienzo una vez se hayan terminado los primeros programas de intervención para el fomento de actitudes de prevención del conflicto, y tras un estudio de los conflictos, intereses y/o necesidades susceptibles de trabajar a través de esta vía, puesto que, por la

experiencia de trabajar con las personas mayores, es necesario una fase previa de trabajo sobre el conflicto para que puedan entender el objetivo de la mediación y no abandonen el proceso por no resultarles útil.

A partir de ahí, cada proceso, tendrá una temporalización semejante a la siguiente propuesta:

Tabla V. Temporalización del programa “Mediando el conflicto”.

TEMPORALIZACION DEL PROCESO DE MEDIACION							
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Semana 1	Valoración de Actitudes antes el conflicto						
Semana 2	Definición del entorno del conflicto y necesidades						
Semana 3			1 ^a Sesión Mapa del conflicto				
Semana 4			2 ^a Sesión Negociación				
Semana 5			3 ^a Sesión Resolución				
Semana 6			4 ^a Sesión Resolución				
Semana 7			5 ^a Sesión Resolución				
Semana 8			6 ^a Sesión Acuerdo				
Semana 9	Evaluación del proceso						

Fuente: Elaboración propia.

5.3.5. Recursos humanos y materiales

Será el profesional del Trabajo Social quién llevará a cabo esta intervención. Como apoyo a la intervención, el responsable del área de Psicología, estará como observador en las sesiones, puesto que de estas sesiones, sacará información muy valiosa para la posterior elaboración de los Planes de Individuales de Atención de los residentes.

En cuanto a los materiales, se utilizarán de los siguientes:

- Las salas donde tendrán lugar las diferentes sesiones de trabajo, será una de las salas de Terapia Ocupacional, donde dispondrán de mesas y sillas dispuestas en forma de círculo cerrado (o cuadrado o rectángulo) de tal forma que a la hora de trabajar en las sesiones siempre se vean las caras.
- Material fungible: bolígrafos, folios, lápices, pegamento, cartulinas...

6. CONCLUSIONES

Este trabajo es el resultado de un proceso de análisis y revisión crítica sobre la importancia de gestionar los conflictos que se dan en el ámbito residencial y que influyen en la percepción de calidad de vida y bienestar de las personas mayores institucionalizadas. Su elaboración nos ha permitido:

Reflexionar sobre la etiología de los conflictos principales y más frecuentes que se dan en el ámbito gerontológico.

Sistematizar nuestro saber, ordenándolo, estableciendo una estructura práctica dotándola de herramientas mediante el desarrollo de programas que intervengan en la prevención y corrección de los conflictos.

Generar conocimiento metodológico a nuestra disciplina social identificando la forma de intervenir sobre la gestión del conflicto en los centros residenciales desde la figura del Trabajador Social.

Y sobre todo, deseamos compartir este conocimiento con otros profesionales colegas, a través del proyecto desarrollado.

Este trabajo nos aporta las ideas claves que consideramos importantes para abordar la atención a los conflictos que se dan entre las personas mayores institucionalizadas con su entorno más cercano (familiar y residencial), de las que resaltamos las siguientes:

La aplicación de programas para la gestión de conflictos permite transformar las situaciones de conflicto a través del aprendizaje de herramientas que generan cambios en sus comportamientos.

Los programas, en general, permiten trabajar con los conflictos generados en la convivencia de los centros para facilitar la comprensión de las discrepancias, problemas y tensiones que están en la base de todos los conflictos. Además, permitir que afloren las percepciones, las vivencias de las situaciones “mal toleradas”, disminuye el nivel de tensión latente.

La inclusión de un programa de atención al conflicto debería incluirse en todos los centros residenciales, dado que los conflictos forman y seguirán formando parte de la rutina de los centros. Por ello se debe hacer un importante esfuerzo en lo que se refiere a la transformación de conflictos y la aplicación de programas específicos de cara a su prevención.

Para el desarrollo de una buena práctica dirigida a trabajar las situaciones de conflicto en el entorno residencial, hay que tener en cuenta diversos elementos básicos y llevar a cabo acciones como las que a continuación se señalan:

Incluir el abordaje de los conflictos en la agenda del equipo

Las Residencias son organizaciones complejas que requieren la convivencia de muchas personas con intereses, deseos, valores y formas de actuar muy diferentes. El conflicto es parte natural de las mismas, como hemos visto, y por ello es necesario tener las competencias adecuadas y saber abordarlas.

Evitar su abordaje, querer esconder los conflictos no sólo no los soluciona sino que los aumenta.

Se debe construir una forma de trabajo que incluya la observancia, el acompañamiento o la intervención ante las situaciones conflictivas, a fin de que éstas se produzcan con la menor frecuencia o intensidad posible, de modo que no influyan demasiado en el clima de convivencia y que no colisionen con los derechos fundamentales de las personas residentes.

Las ideas en las que se fundamenta nuestro proyecto de intervención, que son aplicables tanto a las personas usuarias de los recursos como a su personal, son las siguientes:

- Cada persona tiene la responsabilidad de sus propios actos y, por tanto, de sus consecuencias.
- El respeto hacia uno mismo, y el derecho a hacer posible sus deseos, necesidades y valores.
- El respeto hacia los demás y el derecho que tiene a hacerlos posibles (comprensión de los deseos del otro).
- La existencia natural de “conflicto de intereses” hace necesario reconocer que puede ser necesario disponer de ayuda “externa” para resolver estas situaciones.

Un abordaje adecuado de los conflictos es imprescindible para propiciar el bienestar de las personas, para el reconocimiento en la práctica de sus derechos. Sin ello su calidad de vida puede verse comprometida. No actuar en los casos que es necesario deja indefensas a las personas frente a otras y, en general, frente a la organización.

Partir de un concepto claro de lo que es un conflicto y valorando si se requiere intervención profesional.

El conflicto, como hemos visto en el marco teórico, se caracteriza por la prevalencia y continuidad de situaciones de malestar a causa de intereses contrapuestos de diferentes personas que inciden en el funcionamiento general de la organización, en la convivencia cotidiana en el centro y/o en el estado emocional de las personas usuarias o del equipo.

Es fundamental identificar si el conflicto requiere o no intervención profesional, ya que no toda situación en la que se evidencian discrepancias entre las personas debe ser considerada como conflicto.

Debemos huir del exceso de intervencionismo y evitar caer en el peligro de considerar que todo sea un conflicto. La existencia de situaciones conflictivas forma parte de la vida y debemos saber cuándo hay que mediar y cuándo sólo es preciso observar y acompañar situaciones de diálogo.

En el contexto de los centros de atención a personas mayores, el conflicto debe ser tratado como tal cuando trasciende el ámbito personal y condiciona la calidad de vida y el bienestar de las personas usuarias que allí conviven.

Analizar el conflicto y sus consecuencias

En primer lugar, es conveniente identificar a qué tipo de conflicto nos enfrentamos, según las personas implicadas.

En segundo lugar, analizaremos el mismo, para ello elaboraremos un mapa del conflicto que facilita aclarar la información de que disponemos. Proponemos algunas cuestiones que nos ayudarán a analizar dónde reside la raíz del conflicto que nos ocupe.

Será necesario realizar el análisis de hechos pues, a menudo los conflictos aparecen después de un hecho anecdótico que no es sino “*la espoleta*” de otras realidades ocultas.

Para analizar los hechos podemos centrarnos en responder a varias cuestiones específicas que nos pueden ayudar a definir el alcance de la situación de conflicto. Proponemos cumplimentar el cuadro “Análisis del conflicto” que adjuntamos como Anexo IX.

Saber reconocer las secuencias de conflicto entre residentes nos permite ver de antemano lo que puede ocurrir y por lo tanto, anticiparnos a su aparición, prevenirlo. Una parte esencial de su resolución es poner nombre a las problemáticas y conocer aquellos aspectos y situaciones que

generan o condicionan no sólo la aparición, sino también el desarrollo de situaciones de conflictividad.

Asimismo es necesario analizar los efectos de los mismos (sus consecuencias). Podemos identificar en el entorno de convivencia las consecuencias del mismo. Para ello, en el Anexo IX, propones un cuadro, que ayudará en el análisis de las consecuencias:

Tan importante es tener información sobre las dinámicas del conflicto, como saber si disponemos de la información necesaria sobre la situación y cómo esta información es percibida y sentida por las partes que están enfrentadas entre sí (todos deben sentirse escuchados).

6.1. Consideraciones finales

Creemos que la institución ejerce un papel muy relevante para influir en los resultados. El trabajo con todos los implicados, la gestión de cambios y la adquisición de recursos y alternativas para empoderar a las personas y al grupo, influye positivamente en la transformación de las situaciones dirigiendo a la institución hacia la consecución de su principal objetivo: “Mejorar la calidad de vida de las personas mayores que conviven en el centro sociosanitario así como la de sus familias”.

Consideramos que para garantizar el éxito de la intervención, a la hora de aplicar los programas, se deberá tener en cuenta:

- Diseñar actuaciones dirigidas a comprender las necesidades, deseos y valores de cada uno: dar la posibilidad a los participantes de analizar la realidad vivida, experimentar el respeto mutuo y la comprensión. Es fundamental para conseguir un resultado satisfactorio.
- Diseñar actuaciones que mejoren la comunicación y el entendimiento: la metodología seguida en la aplicación de los programas, influye en la satisfacción. Se deben crear verdaderos procesos de comunicación de tal forma que impliquen a las personas. Esto les hace llegar por ellas mismas al establecimiento de un acuerdo que recomponen la relación y da por acabado, o al menos por mitigado el conflicto, y por esto se actúa preventivamente mejorando las relaciones con los demás.
- Diseñar actuaciones que ayuden a asumir la responsabilidad de los propios actos y consecuencias. El resultado cuando se interviene sobre un conflicto es un cambio de mentalidad. En este sentido, Munné y Cragh (2006) comentan que, al suponer una nueva

forma de relacionarse, se asume la responsabilidad ante el conflicto, los propios actos y sus consecuencias.

- Diseñar actuaciones que nos lleven a creer en nuestras posibilidades para transformar las situaciones difíciles, es decir, actuaciones que ayuden a cambiar la percepción del conflicto. Así, en la medida que las personas mayores y los profesionales puedan percibir posibilidades de solución a los conflictos, se van a sentir mucho más seguros para enfrentar las situaciones difíciles.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Abizanda P, et al. (2009). *Síntomas psicológicos y conductuales en deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer*. Rev. Esp Geratr Gerontol; 44:238-43.
- Alberich Nistal, Tomás. (2008). “*Intervención social y sanitaria con mayores. Manual para el trabajo con la 3^a y 4^a edad*”. Editorial: S.L. – DYKINSON. Madrid
- Alzate R. (1998). *Análisis y resolución de conflictos: una perspectiva psicológica*. Bilbao, Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Apostolova LG, Cummings JL. (2008). *Neuropsychiatric Manifestations in mild cognitive impairment: a systematic review of the literature*. Dement Geriatr Cogn Disord. 2008; 25: 115-26
- Armadans Tremolosa I. (2007). *Mediación transformativa y resolución de conflictos: Apreciando la convivencia en los centros mayores*. Universidad de Barcelona.
- Armadans Tremolosa I, et al. (2007). *Proyecto de investigación: La mediación como instrumento de gestión de conflictos en el ámbito de las personas mayores autónomas y dependientes*. País Vasco.
- Armadans Tremolosa I, Vilaseca S y Quesada C. *La mediación natural, las personas mayores y la comunidad: El proyecto “Grans Mediadors”*. Universidad de Barcelona.
- Barrera Algarín E, Malagón Bernal J.L, Sarasola Sánchez- Serrano J.L. (2007). *Mediación intergeneracional y personas mayores*. Portularia Vol VII, nº12 (75-83), ISSN 1578-0236. Universidad de Huelva.
- Baquero M, et al. (2004). *Descriptive study of behavioural disorders in mild cognitive impairment*. Rev Neurol. 2004; 38:323-6.
- Bernal Muñoz M^a.E, Barberó García M^a. I. (2006). Evaluación de autonomía funcional y del deterioro cognitivo en personas mayores en residencia. Revista Acción psicológica, volumen 4 , nº1, 15-23. España.

Boada M, Tarraga L, Modinos G, Diego S, Reisberg B. 2006. Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD): validación española. *Neurología* 2006; 21: 19-25.

Burton J. (1990). *Conflict: Resolution and Prevention*. New York: St. Martin's Pres. 1990, 295 pp.

Carbonell- Cutillas, M^a C, García Longoria M^a P. (2012). *Análisis de las relaciones interpersonales y los conflictos en los centros residenciales para mayores*. Portularia Vol XII, N° 1 (17-27) ISSN 1578-0236. Universidad de Murcia. España.

De la Fuente Sanz, M.M, Martínez León, M, Romero García M.J, Fernández De Santiago F.J, Navas Camara F.J. (2012). *Perfil del anciano institucionalizado en residencias privadas de la ciudad de Soria*. Revista Fisioterapia 34(6)239-244.

Delgado Cordero, A. (2004). *Calidad de vida de las personas mayores: El internamiento*. Portularia 4, 2004, (209-218), ISSN 1578-0236. Universidad de Huelva.

Deutsch M. (1973). *The resolution of conflict: constructive and destructive processes*, New Haven Londres Yale University Press.

Díez Redondo ML, Arroniz C, Giacchi A, Zabal Ch, Salaberri A. (1995). *Malestar psíquico en cuidadores y familiares de personas confinadas en su domicilio*. Medicina familiar 1995; 5:124-30.

Enetelman, Remo F. (2002) *Teoría de conflictos. Hacia un nuevo paradigma*. Barcelona, Gedisa.

Entrena Vicén A.B y García García L. (2015). *Trastornos mentales y/o de conducta derivados de patologías propias de las personas mayores que viven en la residencia “Elías Martínez Santiago”*. Facultad de Estudios Sociales de Zaragoza.

Fernández Ballesteros R. (1997). *Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales*. *Anuario de psicología* 1997, nº73, 89-104. Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona.

Fernández Ríos, M., Rascado, P. y Rico, R. (2000). *De la confrontación y el conflicto hacia nuevos modelos de relaciones laborales*. Psicología del trabajo para las relaciones laborales (329-355). Madrid: McGraw-Hill.

Freund, J. (1983). *Sociologie du conflict*. Paris: Presses Universitaires de France.

García B, Gómez C. (2010). *Manual de Buenas prácticas en residencias de personas mayores.* Murcia: Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz.

Gaviria Vilches M. (2005). *Epidemiología y diagnóstico de los ancianos psicóticos.* En: Fernández – Barreiro A, Alberca R, editores. *Psicosis en las demencias degenerativas.* Madrid: Saned; 2005.p.9-25.

Giró J (Coord.). (2007). *Envejecimiento, autonomía y seguridad.* Universidad de la Rioja, Servicio de Publicaciones. Logroño.

Godoy A, Malla R, Alzate R y Blanco S. (2010). *Los programas de gestión de conflictos como garantía de una asistencia de calidad en el sector sociosanitario.* Zerbitzuan 48. Facultad de Psicología UPV/EHU. País Vasco.

Herrman, M.S. (2006). *Handbook of Mediation. Bridging Theory, Research, and Practice.* Oxford: Blackwell Publishing.

IMSERSO. (2004). *Libro Blanco de Atención a la dependencia.* Madrid.: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Infante, E. (1998). *Sobre la definición de conflicto interpersonal: aplicación del cluster análisis al estudio semántico.* *Revista de Psicología Social*, (Vol. 13) (3), pp. 485-493.

Lázaro Ruiz V, Gil López A. (2012). *Cómo perciben los ancianos que viven en ambientes residenciales sus relaciones sociales con el mundo exterior.* Revista de humanidades cuadernos del Marqués de San Andrian. Nº7 artículo 2.

Leturia, F.J, Inza B y Hernández C. (2007). *El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios.* Zerbitzuan, nº 41, páge. 39-44.

Levy ML, Miller BL, Cummings JL, Fairbanks LA, Craig A. (1996). *Disease and frontotemporal dementias. Behavioral distinctions.* Arch Neurol. 1996; 53:687-90

Lewick R, Weis, S.E. y Lewin, D. (1992). Conflict and negotiation in organizations: Introduction and overview. *Journal of Organizational behavior.* (Vol 13), (3) pp. 209-219.

Hannay HJ, Howieson DA, Loring DW, Ficher HS, Lezak MD. (2004). *Neuropathology for neuropsychologist*. En: Lezak MD, Howienson DA, eds. Neuropsychological assesment, 4th Ed. New York; Oxford University Pres: 2004.p.157-285.

Martín M. (2003). *Trabajo Social en gerontología*. Madrid. Síntesis.

Martín M. (2012). *Guía Práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer*. Fundación Reina Sofía. Madrid.

Moore C. (1995). *El proceso de Mediación. Métodos prácticos para la resolución de conflictos*. Granica. Argentina.

Moscovici S. (1985). *Psicología Social I: Influencia y cambios de actitudes, individuos y grupos*. Barcelona. Editorial Paidos.

Munné, M. y Mac-Gragh, P. (2006). *Los 10 principios de la cultura de la mediación*. Barcelona. Graó.

Pastor, A. (2005). *El trabajador social en el ámbito gerontológico*. Madrid: Formación Alcalá.

Pelegrín Valero C. 2002. *Asistencia psicogeriatrífica en Aragón*. Hospital «Miguel Servet». Recepción: 18-02-02 / Aceptación: 06-03-02. Zaragoza. Recuperado de http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/01_167_10.

Pondy, L.R. (1967). *Organizational conflict: Concepts and models*. Administrative Science Quarterly, 12, 296-320.

Porcel P, Ferrer S, Maños M. (2004). *Intervención Social en geriatría, en las demencias y en la enfermedad de Alzheimer: Una aproximación práctica e interdisciplinar*. Barcelona: Isep Universidad.

Redorta, J. (2004). “*Cómo analizar los conflictos: la tipología de los conflictos como herramienta de mediación*”. Barcelona. Paidós.

Redorta, J. (2009). La gestión de conflictos: un campo emergente. Actas del XI Congreso Nacional de Psicología Social, Tarragona 2009. Publicación electrónica.

Rodríguez García C. (2012). Curso Experto en Mediación. Organizado por el Colegio de Aragón de Trabajo Social.

Rodríguez, P.1999. *Libro Blanco de Atención a la Dependencia*,(2004): cap.V pág, 105.

Steele C, Rovner B, Chase GA, Folstein M.(1990). *Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease*. Am J Psychiatry. 1990; 147:1049-51

Stern Y, et al. (1997) *Predicting time to nursing home care and death in individuals with Alzheimer disease*. JAMA 1997; 277: 806-12.

Tjosvold D. (1998). *Cooperative and competitive goald approach to conflict: aconplishements and challenge*. Applieve psychology vol. 47, págs. 285-311.

Ury W. (2005). *Alcanzar la paz*. Barcelona Editorial Paidós.

8. ANEXOS

ANEXO I. GLOSARIO DE TERMINOS

En este apartado se definen una serie de conceptos que son fundamentales para el desarrollo de este proyecto:

CALIDAD DE VIDA: para Díez Redondo ML, Arroniz C, Giacchi A, Zabal Ch, Salaberri (1995), es la Representación general de bienestar o satisfacción con la vida y es referenciada en función de características individuales y socioculturales.

CONFLICTOS EN CENTROS RESIDENCIALES: una definición operativa del conflicto en centros residenciales debe contemplar desde las condiciones que lo generan, es decir, el contexto y el clima de convivencia de las residencias de personas mayores; las emociones de las partes y las percepciones individuales y colectivas sobre el conflicto, es decir, la adaptación a la vida residencial y los sentimientos de pertenencia y apoyo social y las dinámicas de las relaciones interpersonales. En este sentido, citamos la aportación de las teorías de conflictos (Entelman, 2002:75) que define el conflicto como “una especie del género relacional social, es decir, como la secuencia de conductas recíprocas, cuya diferencia con ese género reside en la incompatibilidad de los objetivos de los actores que las realizan. Tal sucesión de conductas es, obviamente, un proceso dinámico.”

CUIDADORES NO PROFESIONALES: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio por personas de la familia o de su entorno no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada (artículo 2 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.).

CUIDADORES PROFESIONALES: los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentren la prestación de servicios a personas en situación de dependencia ya sea en su hogar o en un centro (artículo 2 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.).

DEPENDENCIA: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

(Artículo 2 de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.).

ENVEJECIMIENTO, es un proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional. (Manual de Geriatría y Gerontología año 2000. Universidad Católica de Chile).

MEDIACIÓN: Es la intervención en una disputa o negociación, de un tercero aceptable, imparcial y neutral que carece de un poder autorizado de decisión para ayudar a las partes en una disputa a alcanzar voluntariamente su propio arreglo mutuamente aceptable. (Moore, 1995:44)

PROGRAMAS DE GESTIÓN DE CONFLICTOS: son programas que analizan y evalúan las características específicas de los conflictos existentes y los recursos de los que se dispone para mejorar la calidad de vida dos usuarios, de su entorno familiar y de los trabajadores, promoviendo relaciones positivas entre los diferentes agentes. (Godoy A, Malla R, Alzate R y Blanco S. (2010)).

RELACIONES INTERPERSONALES: entendemos por relaciones interpersonales a uno de los fenómenos más importantes en la vida de cualquier ser humano: la socialización con sus pares en diferentes situaciones, circunstancias y características. Las relaciones interpersonales consisten en la interacción recíproca entre dos o más personas. Involucra los siguientes aspectos: la habilidad para comunicarse efectivamente, el escuchar, la solución de conflictos y la expresión auténtica de uno/una. (Carbonell- Cutillas, M^a C, García Longoria M^a P. (2012.)).

RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES: según Rodríguez, P (1999), la define como centro gerontológico abierto de desarrollo personal y atención sociosanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia.

ANEXO II. PLANTILLA DE OBSERVACIÓN

TIPO DE CONFLICTO	PROBLEMAS PRINCIPALES	TEMAS	D. 1	D. 2	D. 3	D. 4	D. 5	D. 6	D. 7	D. 8	D. 9	D. 10	D. 11	D. 12	D. 13	D. 14	TOTAL
CONVIVENCIAL	Discusion entre mayores	Territorialidad	1			1					1			1			3
		Privacidad	2				2	3						1			8
	Discusion entre mayores y profesionales	Comida			2	1						2			1		6
		Lavandería		1	1		1			3			1			7	
		Trato			1						1					2	
		Normas				1										1	
ASISTENCIAL	Expectativas sobre los cuidados que se deberían recibir y los cuidados recibidos	Desmesuradas					1							1		2	
		Cantidad				1		1								2	
		Calidad		1								1		1		3	
		Rapidez			1			1					1			3	
		Falta de visitas								1						1	
FAMILIAR	Cuidados sobre los residentes	Opción al ingreso								1						1	
		Cuidados	1				2	1			1	2				7	

*Número de personas con queja

Territorialidad	3
Privacidad	8
Comida	6
Lavandería	7
Trato	2
Normas	1
Desmesuradas	2
Cantidad	2
Calidad	3
Rapidez	3
Falta de visitas	1
Opción al ingreso	1
Cuidados	7

Terri	3
Priva	8
Comi	6
Lava	7
Trato	2
Norm	1
Desm	2
Cantid	2
Calid	3
Rapid	3
Falta	1
Opsi	1
Cuid	7

Fuente: Elaboración propia

ANEXO III. EVALUACION COMPETENCIAL

Residente:

Fecha de realización:

COMPETENCIA		
COMPETENCIAS PARA LA COMUNICACIÓN	Observación, recepción y escucha	
	- Muestra conductas verbales y no verbales de "escucha activa a su interlocutor	
	- Realiza/ejecuta instrucciones complejas que le da la otra persona	
	- Da muestras de comprensión de los mensajes que recibe	
	- Expresa claramente que no comprende lo que escucha	
	Transmisión de información sobre sí mismo y su entorno	
	- Dice sus datos personales	
	- Dice nombre y datos de interés de su familia	
	- Dice nombre y algún dato personal de personas allegadas: amigos, compañeros...	
	- Relata experiencias, acontecimientos, sucesos...vividos por el mismo.	
COMPETENCIAS PARA LA EXPRESIÓN	Autoexpresión y respuesta a los otros	
	- Hace peticiones y/o ruegos a otras personas	
	- Da instrucciones a otras personas	
	- Expresa sus deseos e intereses	
	- Comunica sus propias emociones, sentimientos...	
	Mantener conversaciones con otras personas	
	- Hace preguntas y responde de forma adecuada a las preguntas que otros le hacen	
	- Mantiene una charla/conversación con otras personas sobre temas de su interés.	
	- Se une y participa en la conversación	
	- Expresa su opinión sobre el tema que se está tratando	
COMPETENCIAS INSTRUMENTALES PARA FACILITAR LA AUTONOMÍA	- Tiene iniciativa a la hora de expresar su opinión	1
	- Mantiene la distancia apropiada cuando habla con otras personas	
	- Hace afirmaciones positivas de sí mismo ante otras personas	
	- Cuando lo necesita, pide ayuda a otras personas	
	- Pregunta dudas	
	- Expresa sentimientos y afectos positivos y negativos hacia otras personas	
	- Guarda la confidencialidad y los secretos	
	- Muestra desacuerdos ante decisiones, actuaciones u opiniones de otras personas, exponiendo las razones de sus desacuerdos	
	- Muestra sinceridad en sus conversaciones	
		1
Dar y obtener información sobre el servicio		
- Interpreta el calendario y pregunta y dice correctamente la fecha del día		
- Dice correctamente la hora que es		
- Asocia la hora de reloj con distintas actividades que realiza diariamente		
- Solicita la información necesaria para realizar una actividad		
- Localiza en un mapa las instalaciones de uso común.		
- Asocia, adecuadamente, las instalaciones con la actividad que se realiza en ellas.		

- Da de forma clara y ordenada las informaciones que le solicitan	
- Interpreta y responde a informaciones gráficas: paneles, tablones, horarios, planos...)	
- Interpreta y responde a informaciones escritas: carteles, avisos, indicadores, instrucciones...)	
Redacción de escritos y documentos de utilidad	
- Rellena impresos con sus datos personales y familiares	
- Escribe nota, aviso o recado cuando lo necesita.	
- Identifica los carnets, cartillas y documentos que utiliza habitualmente.	

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: Definición de los apoyos necesarios para realizar la instrucción



Fuente: Elaboración Propia

ANEXO IV. FICHA DE SESIÓN PROGRAMA “APRENDIENDO A VIVIR EN LA RESIDENCIA”.

GRUPO DESTINATARIO	Descripción del grupo al que va dirigida la sesión
TEMA A TRABAJAR	En esta apartado se definirá la conducta final que se quiere conseguir
ANALISIS DE LA TAREA	Se define los aspectos concretos que el usuario debe conocer y/o manejar, en pasos o secuencias, que serán necesarios explicar y/o ensayar para dar la conducta por aprendida.
MATERIALES EN LA SESIÓN	Se describirán los materiales necesarios que se van a utilizar en la sesión.
METODOLOGIA	Descripción de las actividades instruccionales y técnicas a utilizar por el dinamizador del grupo especificando: <ul style="list-style-type: none"> - Cómo - Cuando (timing de la sesión)
OBSERVACIONES	Cualquier cuestión clave que deba ser tenida en cuenta para la siguiente sesión: <ul style="list-style-type: none"> - De los contenidos - De la metodología - De la actividad - Del residente.

Fuente: Elaboración propia

ANEXO V. CUESTIONARIO DE ACTITUDES

En este cuestionario se valora el grado de ACUERDO con cada una las de cuestiones que le están planteando. Para ello rodee con un círculo el número correspondiente en la escala que va de 1 = Muy en DESACUERDO a 5 = Muy de ACUERDO.

La mayoría de las veces deseo estar en este Centro.	1 2 3 4 5
Hacer preguntas a alguien me permite saber cómo se siente.	1 2 3 4 5
El conflicto es natural, todos tenemos conflictos algunas veces.	1 2 3 4 5
Me cuesta mucho resolver los conflictos con los demás.	1 2 3 4 5
Me gusta ver enfadarse al personal del Centro.	1 2 3 4 5
Si viera a dos personas peleándose, intentaría que en lugar de pelear hablaran sobre el problema.	1 2 3 4 5
Me llevo muy bien con las demás personas.	1 2 3 4 5
Cuando la gente está hablando, me cuesta mucho prestar atención.	1 2 3 4 5
Me gusta mucho este Centro.	1 2 3 4 5
Algunas veces, una persona no tiene otra alternativa que pelear o luchar.	1 2 3 4 5
En este Centro se insulta mucho.	1 2 3 4 5
Quiero hacer las cosas bien en este Centro.	1 2 3 4 5
Si una persona quisiera hacer algo malo, generalmente le acompañaría a hacerlo.	1 2 3 4 5
Creo que a la mayoría de la gente del Centro les caigo bien.	1 2 3 4 5
Me cuesta hablarle a un trabajador del centro sobre mis sentimientos.	1 2 3 4 5
Hay algunas cosas que hago realmente bien.	1 2 3 4 5
Me llevo mejor con la gente que es como yo.	1 2 3 4 5
El personal de este Centro se preocupa por mí.	1 2 3 4 5
Si alguien me ataca, le devuelvo el golpe.	1 2 3 4 5
Es resulta fácil explicar las cosas a otras personas de mi edad.	1 2 3 4 5
Pelearse con alguien puede ser una buena manera de solucionar un problema.	1 2 3 4 5
Me gusta participar en las actividades del Centro.	1 2 3 4 5
Se me da bien ayudar a la gente a solucionar sus problemas.	1 2 3 4 5
Si tratase de detener una pelea, creo que no les caería igual de bien a las demás personas.	1 2 3 4 5
Me gusta colaborar con el personal del Centro.	1 2 3 4 5
Trabajo bien con los demás.	1 2 3 4 5
Aunque las personas estén en desacuerdo sobre algo, pueden seguir siendo amigos.	1 2 3 4 5
El personal de este Centro piensa que causo muchos problemas.	1 2 3 4 5
Si tengo un problema, intento hablar sobre ello en lugar de pelear.	1 2 3 4 5

Fuente: Armadans Tremolosa I, et al. (2007). Proyecto de investigación: *La mediación como instrumento de gestión de conflictos en el ámbito de las personas mayores autónomas y dependientes*. País Vasco.

ANEXO VI. MODELO DE ACUERDO DE MEDIACIÓN DE LA RESIDENCIA DE PERSONAS MAYORES Y CENTRO DE DÍA “ELÍAS MARTÍNEZ SANTIAGO”.

Teniendo en cuenta las características del proceso de implementación y gracias a la participación e implicación de cada una de las partes. Los abajo firmantes reunidos en sesión voluntaria de trabajo en la residencia de personas mayores y centro de día “Elías Martínez Santiago” de Zaragoza, deseamos llegar a un acuerdo en relación con las siguientes cuestiones²:

1. Respetar y hacer respetar las normas institucionales establecidas o que se establezcan, para la buena convivencia (derechos y obligaciones).
2. Respetar y ser respetado. Pudiendo entender la posición de otra persona y solidarizarse para resolver el problema
3. Realizar reuniones periódicas con el fin de coordinar y organizar el trabajo y/o cuestiones emergentes, con el fin de mejorar la gestión y la convivencia.
4. Mejorar la comunicación entre los diferentes integrantes del centro: preguntando, hablando y escuchando.
5. Trabajar de una forma cooperativa para mejorar la información y formación interna.
6. Crear un espacio de dialogo, participación y cooperación para la resolución de conflictos y la mejora de la convivencia.
7. En caso de no poder resolver problemas, admitir la necesidad y solicitar ayuda externa para poder solucionar dificultades.

Entiendo que la mediación no reemplaza cualquier otra forma de resolución de conflictos, que en caso de necesidad se podrían consultar.

Otras anotaciones:

Firmado en Zaragoza a..... de de 2015

Residente

Familiares

Mediador

² Los apartados del 1-al 7 son extraídos del documento de Armadans Tremolosa I et al. (2007). Proyecto de investigación: *La mediación como instrumento de gestión de conflictos en el ámbito de las personas mayores autónomas y dependientes*. País Vasco.

ANEXO VII. FICHAS DE TRABAJO DEL PROGRAMA DE MEDIACION

GRUPO:	Ensayo 1			Ensayo 2			Ensayo 3		
Nombre y apellidos									
NOMBRE Y APELLIDOS									
Fecha Sesión									

Fuente: Elaboración Propia

C	Ensayo incorrecto, sin respuesta
F	Ensayo correcto, ayuda física
G	Ensayo correcto, ayuda gestual
V	Ensayo correcto, ayuda verbal
X	Ensayo correcto sin ayuda
+	Objetivo superado
*	Objetivo no superado

ANEXO VIII. ENCUESTA DE SATISFACCION

Valore de 0 al 10, el grado en el que el programa de mediación ha permitido al grupo.....

	VALOR
Comprender las necesidades, deseos y valores de cada uno	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Mejorar la comunicación y el entendimiento.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Desarrollar algunas habilidades para la cooperación y la negociación.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Asumir la responsabilidad de los propios actos y sus consecuencias.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Creer en nuestras posibilidades para transformar las situaciones difíciles	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fuente: tabla adaptada del documento de Armadans Tremolosa I et al. (2007). “Proyecto de investigación y desarrollo: *Medimayor*”. País Vasco.

¿RECOMENDARÍA USTED A OTROS RESIDENTES PARTICIPAR EN ESTE PROGRAMA DE MEDIACIÓN? (Conteste con un SÍ O NO)

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO IX. CUADROS PARA TRABAJAR EL CONFLICTO

Cuadro I. Análisis del conflicto.

Descripción de la situación	
Antecedentes	
Personas implicadas	
Cuándo aparece	
Dónde aparece	
Cómo se desarrolla (secuencia)	
Reacciones que “alimentan” el conflicto	
Soluciones intentadas y efectos logrados	
Soluciones efectivas	

Fuente: Elaboración propia

Cuadro II: Análisis de las consecuencias del conflicto.

Cómo incide en otras personas usuarias	
Qué sentimientos y comportamientos genera	
Cómo incide en el equipo	
Qué actitudes toma el equipo	
Qué sentimientos genera en el mismo	
Qué afrontamientos desarrolla	
Qué afrontamientos desarrolla	
Qué efectos tiene en la organización, en la convivencia, en las formas de hacer del equipo.	

Fuente: Elaboración propia.