

El plan de atención individualizado (pai) en el ámbito geriátrico residencial desde la disciplina del trabajo social

The individualized care plan (icp) in the geriatric residential field from the discipline of social work

Rubén Yusta Tirado

Trabajador Social en Sanitas Mayores. Doctorando en Trabajo Social en la Universidad Complutense de Madrid. Vocal de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid. Docente

Resumen

El Plan de Atención Individualizado (PAI) supone una de las principales herramientas de valoración que se desarrollan dentro del ámbito geriátrico residencial. Su desarrollo es complejo, debido al número de profesionales que intervienen en él, a los diferentes modelos de atención que convergen en el ámbito de la gerontología y a la diversidad de centros que conforman la totalidad de la atención residencial. Desde la disciplina del Trabajo Social esta complejidad es aún mayor, debido a la gran variedad de aspectos susceptibles de ser valorados que encontramos en el ámbito social y a la confluencia de aspectos objetivos y subjetivos propia de las ciencias sociales.

A través del presente artículo se analizan los aspectos fundamentales que intervienen en la elaboración del Plan de Atención Individualizado desde la perspectiva del Trabajo Social. Finalmente se desarrolla una propuesta de modelo de Plan de Atención Individualizado desde la perspectiva del Trabajo Social, unificando los aspectos recogidos en la literatura científica identificada relacionada con la elaboración del PAI y los principios generales del Trabajo Social.

Palabras Clave

Plan de Atención Individualizado, Valoración Social, Trabajo Social, Gerontología, residencias de mayores.

Abstract

The Individualized Care Plan (ICP) is one of the main assessment tools developed within the residential geriatric setting. Its development is complex, due to the number of professionals who intervene in it, the different models of care that converge in the field of gerontology and the diversity of centers that make up the entire residential care. From the discipline of Social Work, this complexity is even greater, due to the great variety of aspects that can be evaluated that we find in the social field and the confluence of objective and subjective aspects typical of the social sciences.

Through this article, the fundamental aspects that intervene in the elaboration of the Individualized Care Plan from the perspective of Social Work are analyzed. Finally, a proposal for an Individualized Care Plan model is developed from the perspective of Social Work, unifying the aspects collected in the identified scientific literature related to the preparation of the ICP and the general principles of Social Work.

Key Words

Individualized Care Plan, Social Assessment, Social Work, Gerontology, nursing homes.

1. INTRODUCCIÓN

El Plan de Atención Individualizado (PAI) es una de las principales herramientas que se utilizan dentro del ámbito geriátrico-residencial. Independientemente del tipo de centro residencial, de los perfiles de sus usuarios/as, del mayor o menor número de éstos/as o de la presencia o ausencia de ciertas figuras profesionales, uno de los aspectos compartidos por todos ellos es la elaboración de este significativo documento. Debido a la disparidad existente en el ámbito de la gerontología respecto a centros y modelos de atención, actualmente existe tal variedad de formas de abordar y redactar esta herramienta que podría confirmarse que cada centro, o incluso cada profesional, enfoca el recurso de una forma distinta.

Pero comencemos por el principio, el ámbito residencial ha evolucionado notablemente desde las primeras concepciones benéfico-asistenciales del recurso. Poco a poco las residencias de mayores han ido superando el objetivo de la asistencia básica de las necesidades de los/as usuarios/as, hasta convertirse en centros especializados en los que se establecen objetivos que van mucho más allá de la mera atención de necesidades básicas. Dentro de esta evolución se encuentra el modelo de atención integral que, lejos de centrarse en cubrir las necesidades básicas de la persona, va más allá, buscando el bienestar físico y emocional de la persona, trabajando la autonomía y la autodeterminación de la persona y contando con entornos físicos y sociales facilitadores (Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014). Para el cumplimiento de estos principios, este tipo de centros optan por la integralidad de sus plantillas, generando una confluencia de profesionales de diferentes disciplinas que intervienen en los aspectos biopsicosociales de la persona (Gómez-Jarabo y Peñalver, 2007).

El Plan de Atención Individualizado supone, por tanto, un instrumento básico donde se recogen las valoraciones, evaluaciones, objetivos y actividades de la persona usuaria (Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014), llevadas a cabo por el equipo multidisciplinar del centro. Este proceso sistemático e interdisciplinar tiene como objetivo principal mantener y/o mejorar las condiciones de vida del usuario/a (Diputación foral de Bizkaia, 2009) a través de la valoración y la intervención de los/as profesionales del centro. Asimismo, este instrumento también tiene como objetivo la valoración del estado de salud, social y funcional de la persona, la priorización de las necesidades de atención

que presenta el/la usuario/a, la identificación de los factores de riesgo y la definición de estrategias concretas e individualizadas en la atención, así como, en algunos modelos, la elaboración de un proyecto de vida para la persona (Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García, 2014).

Como la mayoría de documentos o procedimientos del ámbito sociosanitario, la elaboración del PAI necesita una serie de pasos o categorías a la hora de desarrollarlo. En este sentido, por lo general, cada centro o cada grupo residencial cuenta con un desarrollo o unos procesos propios adaptados a la valoración que quiere llevar a cabo, los cuales se adaptan a los objetivos, las potencialidades y los proyectos que se desarrollan mayoritariamente en la institución. La Guía elaborada por la Diputación Floral de Bizkaia (2009) desarrolla un procedimiento que se ajusta a la mayoría de elaboraciones del Plan de Atención Individualizado llevadas a cabo en los centros residenciales y puede servir de ejemplo a la hora de identificar los diferentes procesos y acciones que conllevan la elaboración del PAI:

- **Valoración geriátrica integral:** Los/as profesionales de las principales disciplinas que confluyen en el centro llevarán a cabo una valoración geriátrica integral del estado del usuario/a, cada una con sus objetos de valoración determinados. Se trata del momento en el que el trabajo por parte de cada uno/a de los/as profesionales es más individualizado, previo a la puesta en común. También es en esta etapa cuando los/as profesionales harán uso de las escalas de valoración propias de cada disciplina, las cuales ayudarán en la valoración y podrán ser incluidas, o no, dentro del PAI.
- **Detección de necesidades y potencialidades:** Durante la valoración geriátrica, los/as profesionales también se centrarán en dos aspectos fundamentales necesarios para la elaboración del PAI: las necesidades y potencialidades detectadas. Por un lado el/la profesional identificará las necesidades detectadas en el/la usuario/a. Estas necesidades deberán ser tenidas en cuenta más adelante a la hora de establecer los objetivos y actividades a desarrollar. Por otro lado, también se identificarán las potencialidades del usuario/a para hacer frente a estas necesidades y sobre las que podrá trabajarse para superar ésta o cualquier otra dificultad. Este punto es muy relevante en los modelos de atención centrados en la persona y cada vez está cobrando un mayor protagonismo en el ámbito de la gerontología (Martínez, 2013).
- **Planteamiento de objetivos:** Tras la identificación de necesidades y potencialidades de la persona, y con la valoración geriátrica realizada presente, llega el momento de establecer los objetivos desde cada una de las disciplinas implicadas en la elaboración del PAI. Estos objetivos deberán ser concretos, alcanzables, relacionados, en la medida de lo posible, con las necesidades detectadas, y atendiendo a criterios de prevención y de intervención.
- **Establecimiento de programas y actividades:** Una vez que se han establecido los objetivos será el momento de señalar las actividades y programas identificados para alcanzar los objetivos planteados. Estas actividades, por tanto, deberán estar relacionadas directamente con los objetivos marcados, siendo un medio para alcanzar el fin.
- **Puesta en marcha de las acciones establecidas:** Tras llevar a cabo todos los procedimientos anteriores, llega el momento de poner en práctica las actividades y programas establecidos para cada usuario/a.

- **Evaluación periódica y modificación:** Cuando ha pasado un tiempo desde que se pusieran en marcha las actividades y procedimientos concretos para la consecución de los objetivos, se evaluará el cumplimiento de los mismos. Será el momento de valorar el cumplimiento de los objetivos, la necesidad de cambiarlos o de identificar si los objetivos, necesidades y actividades deben mantenerse o, de lo contrario, necesitan ser cambiados. Este momento suele coincidir con la elaboración de un nuevo PAI y habitualmente lo marcan los centros y las normativas públicas vigentes.

Haciendo referencia al componente biopsicosocial de la persona, fundamental en la intervención sociosanitaria y en la elaboración del Plan de Atención Individualizado, ya se pueden intuir las diversas áreas de valoración identificadas dentro de estos instrumentos y que se identifican con el área sanitaria, el área psicológica y el área social. A través de las valoraciones de los/as profesionales del centro, estos tres áreas deberán ser estudiados y valorados para que todos los aspectos implícitos en la vida de las personas sean atendidos y correctamente gestionados para alcanzar una atención integral. El área social será desarrollado principalmente desde la disciplina de Trabajo Social, a través de los/as trabajadores/as sociales del centro geriátrico. De forma conjunta a ésta, el área social también podrá ser complementada con las valoraciones de otras disciplinas profesionales que intervengan en el PAI, conformando así una valoración multidisciplinar del usuario/a en la que todos/as los/as profesionales intervendrán para lograr una atención integral de las necesidades de la persona en pos de la mejora de sus condiciones de vida.

A través del presente artículo se llevará a cabo un análisis de los principios generales del Trabajo Social que intervienen en la elaboración del PAI en el ámbito de la gerontología, un repaso por los aspectos básicos necesarios para la realización de este instrumento y una propuesta a la hora de desarrollar esta herramienta de intervención básica dentro del ámbito geriátrico-residencial.

2. PRESENTACIÓN DEL TEMA - EL TRABAJO SOCIAL Y EL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

Como hemos visto los Planes de Atención Individualizada suponen una de las herramientas básicas dentro del ámbito geriátrico residencial. Su elaboración conforma dos aspectos fundamentales dentro del centro; por un lado se trata de un elemento de obligado cumplimiento por parte del centro y de sus profesionales, a la hora de cumplir con los requisitos solicitados por las Comunidades Autónomas y las principales Instituciones Públicas que regulan el desarrollo de este tipo de centros; por otro, supone una de herramientas fundamentales de valoración, intervención y comunicación con las que cuentan los/as profesionales de este ámbito. Al referirnos al ámbito del Trabajo Social, el PAI supone una herramienta más para llevar a cabo la intervención social, que se suma al Informe y a la Historia Social. A diferencia de estos dos últimos, el PAI tiene una particularidad y es que, el desarrollo y elaboración final del mismo, es llevada a cabo de forma conjunta y coordinada con otras disciplinas que confluyen en el centro.

Pero vayamos al origen de la disciplina para abordar el desarrollo del PAI desde la perspectiva de la profesión. El Trabajo Social Gerontológico (TSG) es definido por Martín (2012) como la práctica y disciplina científica que se encarga de conocer las causas y los efectos de

los problemas sociales individuales y colectivos de las personas mayores, y de cómo lograr que dichas personas asuman una acción organizada tanto preventiva como transformadora para superarlos. Se trata pues, de una intervención profesional intencionada y científica (y por lo tanto racional y organizada) en la realidad social de las personas mayores, para conocerla y transformarla, contribuyendo con otras profesiones a lograr el bienestar de este colectivo. Si se analiza esta definición se observa que, objetivos como la superación de los problemas, la consecución de acciones preventivas y transformadoras o la intervención profesional, son comunes en la definición de la disciplina y, a su vez, en el desarrollo de los Programas de Atención Individualizados. Esto supone que parte de los objetivos que fundamentan el establecimiento del TSG como especialidad dentro del Trabajo Social puedan ser alcanzados a través del PAI, siendo por tanto una herramienta fundamental en la práctica de la disciplina en el medio geriátrico residencial.

Otro de los aspectos claves en la relación del Trabajo Social y el desarrollo del Plan de Atención Individualizado es uno de los elementos básicos en el desarrollo de la disciplina: el Diagnóstico Social. El Diagnóstico Social supone, para muchos/as autores/as, la piedra angular de la disciplina y uno de los aspectos más importantes que puede llevar a cabo un/a trabajador/a social. Según Colomer (1997) el Diagnóstico Social supone la expresión del juicio interpretativo del trabajador/a social respecto a la situación estructural o personal del usuario/a, con la intención de identificar las causas de los problemas o conflictos con el fin de elaborar una hipótesis de trabajo o intervención profesional. Richmond (1995), en una definición algo más clásica del recurso, lo define como el intento de efectuar con la mayor precisión posible una definición de la situación y personalidad de un ser humano con alguna carencia social. Por último, García (2008), identifica al Diagnóstico Social como un requisito para llevar a cabo cualquier intervención social que quiera interpretar exitosamente las necesidades sociales, sus componentes y las relaciones entre los factores personales y sociales que conforman la necesidad social. En cualquier caso coincidimos en que estas definiciones pueden ser perfectamente identificadas en la fase correspondiente a la valoración geriátrica integral, en la que el/la profesional, en este caso el/la trabajador/a social, identifica las necesidades y potencialidades, entre muchos otros aspectos, encontrados en la persona.

Pero la relación del Plan de Atención Individualizado desde la disciplina del Trabajo Social y el Diagnóstico Social no acaba en esta *fase inicial* compatible con la definición del recurso. Si se recurre a la clasificación de los momentos del Diagnóstico Social desarrollada por Díaz y Fernández (2013), identificadas como: 1) Síntesis Interpretativa, 2) Análisis Causal, 3) Interpretación y conceptualización y 4) Pronóstico Evaluativo; pueden identificarse en las etapas desarrolladas del Plan de Atención Individualizado expuestas por la Diputación Foral de Bizkaia (2009). Este hecho acercaría aún más si cabe el Diagnóstico Social al trabajo y a la intervención realizada por los/as trabajadores/as sociales pertenecientes al ámbito geriátrico residencial en los Planes de Atención Individualizados.

Una vez identificados los principios que sitúan al Trabajo Social en el ámbito de la gerontología y que se han identificado las proximidades de la disciplina con el desarrollo general de un Plan de Atención Individualizado, llega el momento de avanzar hacia una propuesta de elaboración del PAI desde la disciplina del Trabajo Social.

3. DESARROLLO DE LOS ASPECTOS DEL TEMA - ELABORACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO DESDE LA DISCIPLINA DEL TRABAJO SOCIAL

La intervención y el diagnóstico social siempre ha supuesto una empresa difícil, al encontrarse dentro del denominado *paradigma de la complejidad*, definido por Gómez (1998) como el acercamiento entre las teorías físico-naturales y las teorías basadas en las ciencias humanas y sociales. Es precisamente esto lo que históricamente ha complicado la emisión de valoraciones y juicios desde la disciplina del Trabajo Social y, más concretamente, desde el ámbito geriátrico residencial. Nos encontramos por tanto ante la necesidad de emitir una valoración objetiva y medible, influenciados/as por el carácter científico del entorno sociosanitario y de las principales disciplinas que en él se desarrollan y, por otro lado, ante la variabilidad y la subjetividad propia de las ciencias sociales y de las interacciones humanas. Es en este complejo escenario en el que se desarrolla el Trabajo Social Gerontológico.

La combinación de estas dos partes confluyentes dentro del TSG, que se podrían categorizar como la parte de *ciencia* y la parte *social* de la especialidad, es solo una de las complejidades a las que se enfrenta un/a trabajador/a social a la hora de elaborar el PAI. Otra de las dificultades más comunes a la hora de elaborar esta herramienta ha sido sobre el contenido, sobre sus diferentes apartados y sobre dónde poner el foco en la valoración y posterior identificación de necesidades, objetivos y actividades. A continuación se desarrolla cada una de las categorías propias incluidas en el Plan de Atención Individualizado desde la perspectiva del Trabajo Social Gerontológico.

3.1 Valoración Social Geriátrica.

Tal y como se hacía referencia anteriormente, la valoración geriátrica supone el primer paso a la hora de llevar a cabo el Plan de Atención Individualizado. A partir de esta valoración inicial, comenzarán a identificarse las necesidades y las potencialidades para, posteriormente, dar paso al establecimiento de objetivos y actividades que suelen ir recogidos en el PAI. En el caso del Trabajo Social, esta valoración supondrá una valoración social, propiamente dicha, en la que la atención del trabajador/a social se centrará en los aspectos más relevantes del ámbito geriátrico residencial y que son relevantes en el desarrollo vital que se produce en estos centros.

Se han identificado una serie de elementos a tener en cuenta a la hora de realizar la valoración social del usuario/a, de manera que todos los aspectos relevantes de la vida de la persona en el centro y de los diferentes agentes que intervienen en ella, queden recogidos, analizados y valorados:

- **Adaptación al centro:** Se trata de un indicador clave a la hora de medir el estado de la persona en el centro y que puede ser revelador de la situación y el desarrollo de un/a usuario/a. Dentro de lo que se considera como *adaptación*, entrarían cuestiones tan importantes como la fase de la adecuación al centro en la que se encuentra, la posible temporalidad de su estancia, el tiempo que la persona lleva en la institución o los posibles cambios de centro o de tipo de estancia por los que puede atravesar el/la usuario/a. También será importante contar con los diferentes períodos de adaptación, con la posibilidad de hacer un preingreso o una adaptación previa, tal y como recomienda Leturia (1999), y con las características individuales de la persona que podrían condicionar su adaptación al medio.

- **Relaciones sociales:** Sin duda se trata de otro de los puntos fundamentales que marcan el desarrollo de una persona en un centro residencial y, por tanto, relevante para la elaboración del PAI. El ser humano es un animal social, que vive y necesita relacionarse con otras personas para un desarrollo pleno de su vida (Aristóteles, S. IV a. de C.), es por ello por lo que el hecho de contar con una amplia red social en el centro es sinónimo de un buen desarrollo general en el entorno institucionalizado. A la hora de medir este aspecto se deberán tener en cuenta el tipo de relaciones sociales establecidas, el alcance de las mismas y las posibles repercusiones de éstas, tanto positivas como negativas. En este sentido, al igual que sucede en el resto de aspectos medibles, podrá darse la posibilidad de que debido al deterioro (sobre todo cognitivo aunque también pudiera ser físico) que sufre la persona, este aspecto no pudiera ser medible o estuviera gravemente condicionado.
- **Entorno sociofamiliar:** Otro de los pilares fundamentales que marcan el desarrollo de los/as usuarios/as en los centros es la interacción, la presencia o la existencia del entorno sociofamiliar de la persona usuaria. El hecho de ingresar en un entorno institucionalizado no “separa” al entorno sociofamiliar del proceso de cuidado, por lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de valorar la situación general de una persona en el centro. En muchos casos serán estas relaciones, o la ausencia de éstas, las que marquen el estado anímico o generalizado de la persona, incidiendo y determinando su interacción en el resto de aspectos medibles.
- **Rutinas y dinámicas:** La participación del usuario/a en las actividades y dinámicas comunes, su repercusión en lo que se conoce como la *vida activa* de la institución o las diferentes interacciones con el personal del centro también serán relevantes a la hora de valorar la situación social de la persona. El establecimiento de rutinas, en el buen sentido del término, es sinónimo de una buena adaptación y desarrollo en la residencia, y supone un elemento determinante a la hora de romper con aspectos negativos propios del ámbito residencial, como pueden ser el aislamiento social o la percepción de soledad dentro de entornos institucionalizados.
- **Procesos legales y socio-administrativos:** Por último, aunque se trata de un contexto que no está relacionado con la propia naturaleza o desarrollo de la persona, también se tendrán que valorar los diferentes procesos legales y socio-administrativos que acompañan al usuario/a. Las medidas de protección establecidas, la gestión de prestaciones de carácter público o los diferentes trámites administrativos disponibles, marcarán el posible desarrollo de la persona en el centro y será clave a la hora de valorar su estado y circunstancias individuales.

La Valoración Social Geriátrica también podrá apoyarse, al igual que lo hacen otras disciplinas, en diferentes escalas que ayuden a alcanzar los datos o resultados necesarios para identificar situaciones tan concretas como la sobrecarga del cuidador, el apoyo social percibido o el riesgo social. Entre las principales escalas sociales que un/a trabajador/a social puede desarrollar con un/a usuario/a se encuentra la Escala APGAR, para valorar el grado de satisfacción de la persona encuestada con su vida familiar (Castilla et al., 2014), el Cuestionario MOS, para valorar el apoyo percibido por el/la usuario/a (Priede et al., 2016), o la Escala sociofamiliar de Gijón, válida para la detección del riesgo social y también de la problemática social ya establecida en la comunidad (Martín et al., 2004).

En cuanto a las escalas e índices que pueden utilizarse con otro de los pilares fundamentales de la atención gerontológica, el ámbito sociofamiliar, los más desarrollados son la Escala Zarit (Álvarez et al., 2008) y el Índice de Esfuerzo del Cuidador (Odriozola et al., 2008), ambas válidas para medir el nivel de sobrecarga de las personas cuidadoras.

3.2 Establecimiento de Necesidades y Potencialidades.

Tras la Valoración Social Geriátrica llevada a cabo, o durante la propia realización de la misma, se detectarán las necesidades y potencialidades que presenta la persona, las cuales ayudarán a continuar con la realización del PAI y el establecimiento de objetivos y actividades posterior.

La identificación de necesidades es, si cabe, uno de los procesos más complejos a los que se enfrentará el/la trabajador/a social. Para poder llevar a cabo este proceso, se deberá tener un conocimiento de la persona, de su entorno y del medio residencial óptimo, que faculte al profesional para la identificación de éstas. Debido a la necesidad de que haya un conocimiento de la persona y de su entorno adecuado, es probable que la identificación de necesidades sea mucho más completa cuando el/la usuario/a lleve un tiempo adecuado en el centro, por lo que es recomendable cuestionarse en cada revisión-valoración del PAI la idoneidad, mantenimiento o presencia de las mismas.

Las necesidades también deberán ser clasificadas y organizadas dependiendo de la urgencia, la relevancia o la importancia de las mismas. En este sentido siempre será importante conocer qué necesidades de las identificadas tienen más peso para la propia persona o cuáles son más relevantes en el medio en el que se encuentra ya que, al tratarse de un ámbito tan específico, es probable que el/la profesional no pueda guiarse por una guía tan común y universal como la desarrollada en la pirámide de Maslow (1943).

Las potencialidades se corresponden con los elementos opuestos a las necesidades. En la valoración social geriátrica se ha llevado a cabo una detección de necesidades, sobre las que se tiene que trabajar, pero también una identificación de potencialidades, sobre las que se pueden apoyar los principales objetivos y proyectos que van a ser propuestos, para contar con un soporte positivo sobre el que comenzar a trabajar.

El desarrollo de las potencialidades, así como el de las fortalezas y las capacidades, es un tema muy desarrollado en los modelos de atención centrados en la persona (Martínez, 2013), apoyándose en un aspecto tan importante como es el hecho de que, independientemente del estado de la persona, ésta posee diferentes capacidades, potencialidades y fortalezas sobre las que es adecuado trabajar y desde las que obtendrán mejores resultados que si se pone el foco en las limitaciones que sufre la persona.

3.3 Elaboración de Objetivos y Actividades.

Una vez que se han identificado las necesidades y potencialidades de la persona y que se ha llevado a cabo la valoración social geriátrica, el siguiente paso para la elaboración del PAI será desarrollar los objetivos y, en torno a éstos, las actividades. Cabe destacar que estos dos elementos suelen ir muy unidos al anterior término, las necesidades, pudiendo llegar a conformar el trinomio habitualmente desarrollado en estos planes de intervención:

necesidad-objetivo-actividad. De esta forma los objetivos se establecerán en función de las necesidades (y las potencialidades) detectadas y las actividades irán supeditadas a éstos.

Nos encontramos en la elaboración de lo que podríamos denominar como el *diseño* de la Intervención Social propiamente dicha. Ya se ha llevado a cabo un diagnóstico social, en el que se han detectado una serie de necesidades y potencialidades, y llega el momento de diseñar la propia intervención, representada en esta elaboración del PAI con el establecimiento de Objetivos y Actividades. Losada (2016) define la Intervención Social como una acción programada (Actividad) sobre un grupo o colectivo con el fin de provocar un cambio social para mejorar su situación (Necesidades); esto consiste en el desarrollo de una serie de actividades y tareas programadas destinadas a la consecución de un fin (Objetivo).

Los objetivos por tanto deberán ser claros, concretos, alcanzables y acordes a las necesidades y potencialidades detectadas en la valoración. Un objetivo fuera del contexto de las necesidades identificadas romperá con el plan de trabajo planteado por el Plan de Atención Individualizado, al igual que un objetivo poco realista o inalcanzable generará cierta disfunción en el/la usuario/a y en el trabajo por parte del profesional.

Las actividades suponen el medio para conseguir el fin que, según se ha identificado, correspondería con el o los objetivos marcados. Estas actividades por tanto suponen el proceso a llevar a cabo, el acto en sí, que debería generar el cumplimiento de los fines marcados. Estas actividades podrán ser desarrolladas directamente por el departamento de Trabajo Social o de forma conjunta con otros/as profesionales, aprovechando así el carácter multidisciplinar del centro y la confluencia de las diversas disciplinas. Por último es tremendamente importante reseñar algo que es fundamental a día de hoy en los modelos centrados en la persona y en los nuevos modelos de atención emergentes, que es la personalización de estas actividades. El avance de la atención geriátrica ha generado que, cada vez más, las actividades sean personalizadas y acordes a las preferencias y necesidades individuales de la persona. De esta forma no solo se consigue un mayor interés, seguimiento y participación de la actividad por parte del usuario/a, sino que también será clave en la adecuación de la actividad al estado y a la situación de la persona, y su relación con el objetivo que quiere alcanzarse.

3.4 Seguimiento y Valoración.

Las personas son seres que cambian y evolucionan durante toda la vida, independientemente de la fase vital en la que se encuentren (Dulcey y Uribe, 2002). Por este motivo todo Plan de Intervención Individual que se precie deberá tener en cuenta esto y, por tanto, deberá estar sujeto a los distintos cambios y evoluciones por las que atraviese la persona a lo largo de su estancia en el centro.

Pero las valoraciones y evaluaciones periódicas del PAI no atienden únicamente a este carácter cambiante del ser humano. Si nos fijamos en cada uno de los ítems que componen esta herramienta, veremos que contiene objetivos, establecidos para dar respuesta a unas necesidades, y actividades, desarrolladas para llevar a cabo estos objetivos. Por lo tanto el propio carácter del PAI indica la necesidad de hacer un seguimiento y una valoración de las necesidades, objetivos y actividades planteadas.

El seguimiento y la evaluación del PAI será una actividad periódica, que será llevada a cabo por los equipos multidisciplinares de los centros como una forma de valorar los efectos y la idoneidad de todo lo planteado en los planes anteriores. Cada profesional valorará los planteamientos que le competen a su disciplina y planteará los cambios y modificaciones que crea adecuados para continuar con el plan de vida del usuario/a en el centro, cumpliendo así con la evolución y con el desarrollo vital propio de la condición de seres humanos.

Por último esta valoración también instará a los/as profesionales a continuar trabajando con la persona usuaria. Se trata también de una forma de garantizar un trabajo continuo con el/la usuario/a en el que, independientemente de su estado o de sus capacidades, su desarrollo vital continúa avanzando y, por tanto, requiere de la intervención de las personas de su entorno.

4. CONCLUSIONES.

Este artículo supone una aproximación hacia un modelo común de desarrollo del Plan de Atención Individualizado en el ámbito geriátrico residencial desde la perspectiva del Trabajo Social. Tal y como hemos visto, la elaboración de este documento por parte de los/as trabajadores/as sociales del ámbito de la gerontología plantea cierta dificultad debido a diversos motivos, tales como la diversidad de aspectos valorables que se encuentran en el ámbito de la gerontología, la confluencia de elementos objetivos y subjetivos propia de las ciencias sociales o la multitud de centros, entidades y modelos de atención que conforman nuestro actual sistema residencial.

El Trabajo Social continúa apoyándose en aspectos propios de la disciplina, tales como el Diagnóstico Social o la Valoración Social, a la hora de desarrollarse en cada uno de los ámbitos en los que tiene incidencia. Al referirnos al ámbito de la gerontología, observamos cómo estos elementos continúan presentes en la especialidad, ajustándose y adaptándose a las particularidades y características individuales del ámbito, y proyectándose en herramientas como la estudiada en este artículo, el Plan de Atención Individualizado.

De esta forma se plantea un modelo de PAI, elaborado y desarrollado desde la perspectiva del Trabajo Social, que sigue la línea expuesta por la Diputación Foral de Bizkaia (2009) y que podría adaptarse a los modelos de Plan de Atención Individualizada desarrollados en los distintos centros. Este desarrollo supone un primer paso hacia la unificación de criterios relacionados con el desarrollo del PAI desde la perspectiva del Trabajo Social, al igual que sucede con otras herramientas propias de la disciplina.

De igual manera creemos adecuado continuar investigando en el desarrollo, en el contenido y en la repercusión de las valoraciones sociales dentro del desarrollo del Plan de Atención Individualizado, potenciando así un debate y un avance en la redacción de estos informes que confluya en el avance y en la mayor presencia del ámbito social dentro de estas relevantes herramientas de valoración geriátrica.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Aristóteles. (S. IV a. de C.) *Ética Nicomáquea*. Madrid: Cincel.
- Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., y Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 49-78. doi: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2014.v2n1.53>
- Colomer, M. (1979). Método de Trabajo Social. *Revista de Treball Social*, 75, 4-48
- Díaz, E., y Fernández, P. (2013). Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social: necesidades sociales básicas. *Cuadernos de Trabajo Social*, 26(2), 431-443. http://dx.doi.org/10.5209/rev_CUTS.2013.v26.n2.39550
- García, G. (2008). Reflexiones y utilidades sobre el diagnóstico y la programación de la intervención social. *Ecos de Mary Richmond. Revista de política social y servicios sociales*, 83, 9-38.
- Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García (2014). *Plan de Atención Individualizada a personas mayores en situación de dependencia*. Navarra: Gobierno de Navarra y Fundación Tomás y Lydia Recari García.
- Gómez-Jarabo, G., y Peñalver, J. C. (2007). Aspectos biopsicosociales en la valoración de la dependencia. *Psychosocial Intervention*, 16(2), 155-173.
- Gómez, F. (1998). El Trabajo Social desde el paradigma de la complejidad. *Trabajo Social Hoy*, 21, 50-70.
- Diputación foral de Bizkaia (2009). *Plan de Atención Individual. Servicio Foral Residencial*. Bizkaia: Diputación foral de Bizkaia.
- Leturia, F. J. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 34(2), 105-112.
- Losada, S. (2016). *Metodología de la intervención social*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Martín, I., Álvarez, M., y Gorroñoitía, A. (2004). *Escalas de valoración de personas mayores*. Sevilla: XXIV Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Martín, M. (2012). Trabajo social con personas mayores. *Teoría y práctica del Trabajo Social Gerontológico. Servicios Sociales y Política Social*, 98, 9-34.
- Martínez, T. (2013). *Decálogo de la Atención Centrada en la Persona*. Extraído el 6 de octubre, 2020, de www.acpgerontologia.com
- Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
- Odriozola, M., Vita, A., Maiz, B., Zialtzeta, L., y Bengoetxea, L. (2008). Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 34(9), 435-438. doi: 10.1016/S1138-3593(08)75201-8.

- Priede, A., Andreu, Y., Martínez, P., Ruíz, M., Hoyuela, F., y González, C. (2016). Validación de la escala MOS-SSS de apoyo social en una muestra de pacientes oncológicos recién diagnosticados. 9º Congreso Internacional y 14º Congreso Nacional de Psicología Clínica, 45-53. Santander: Asociación Española de Psicología Conductual.
- Richmond, M. E. (1995). El caso social individual. El Diagnóstico Social. Madrid: Talasa.