



**TRABAJO DE FIN DE GRADO EN
TRABAJO SOCIAL
“EL MODELO DE ATENCIÓN
CENTRADA EN LA PERSONA EN
LAS RESIDENCIAS DE MAYORES”**

Autora:

D^ª. Paula García Delgado

Tutor:

D. Jose Daniel Rueda Estrada

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2018 - 2019

FECHA DE ENTREGA: 12 de junio de 2019

ÍNDICE

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN	4-6
1.1. Justificación	4
1.2. Objetivos y fines de la investigación	5
1.3. Estructura del trabajo	6
2. MARCO TEÓRICO	7-28
2.1. Concepto de persona mayor	7-10
2.2. Protección jurídica de las personas mayores	10-13
2.3. Servicios de atención a las personas mayores	13-16
2.4. Centro residencial de personas mayores	16-18
2.5. Modelos de intervención	18-22
2.6. Ética en el Trabajo Social	22-27
2.6.1. Porqué la ética en Trabajo Social	23-24
2.6.2. Código deontológico	24
2.6.3. Ética de las organizaciones	24-25
2.6.4. Buenas prácticas	25-27
3. ESTUDIO DE CAMPO	28-38
3.1. Metodología	28-30
3.2. Hipótesis	30
3.3. Muestra	30-34
3.4. Análisis en relación a las hipótesis	34-38
4. VALORACIÓN GLOBAL DE LOS RESULTADOS	39-45
5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS	46-51
6. COMPETENCIAS ADQUIRIDAS	52
7. BIBLIOGRAFÍA	53-56
ANEXOS	57-60
Anexo I	57-58
Anexo II	59-60

RESUMEN

Este Trabajo pretende hacer un análisis entre los nuevos modelos de intervención con personas mayores y la ética profesional, el Modelo de Atención Centrada en la Persona, y el proyecto "en Mi Casa", modelos por los que apuesta la Junta de Castilla y León. Para conocer en profundidad ambos aspectos se ha optado por la realización de una investigación de tipo cualitativo a distintos profesionales del Trabajo Social en centros residenciales de personas mayores. La muestra está compuesta por siete residencias, cuatro en la ciudad de Valladolid y tres en la provincia de León, de titularidad pública, privada, y con plazas concertadas. Los resultados muestran una serie de carencias en aplicación de los modelos en los centros residenciales, así como la confirmación de estos como la respuesta más ética en la atención residencial.

PALABRAS CLAVE: Persona mayor, modelo de Atención Centrada en la Persona, ética.

ABSTRACT

This work aims to make an analysis between the new models of intervention with older people and professional ethics, the Model of Person-Centred Care, and the project "in My House", models for which the Junta de Castilla y León is committed. In order to know in depth both aspects, we have opted for the realization of a qualitative research to different Social Work professionals in residential centers for the elderly. The sample is composed of seven residences, four in the city of Valladolid and three in the province of León, of public, private ownership, and with arranged places. The results show a series of deficiencies in the application of the models in residential centers, as well as the confirmation of these as the most ethical response in residential care.

KEY WORDS:

Elder person, Person-centred Care, ethic.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 JUSTIFICACIÓN

La razón de ser de esta investigación nace durante la asignatura de “Autonomía y Dependencia: Envejecimiento y Discapacidad”. En dicha materia, hemos tratado en profundidad diversos temas en relación a las personas mayores. Se debe destacar que las personas mayores son un colectivo heterogéneo, que a menudo son infantilizadas y no se les da valor a sus opiniones, deseos o aspiraciones. Por lo que son personas que pueden ser susceptibles de vulnerabilidad, y que requieren una atención individualizada, y de calidad, siendo un ámbito de intervención del Trabajo Social, al que, en mi opinión, se debería prestar una mayor atención.

El tema en concreto que me ha llevado a plantear la necesidad de realizar este trabajo, es el apartado del maltrato institucional a las personas mayores. En concreto, la relación entre la ética profesional y las buenas prácticas con el trato o mal trato que se da a las personas mayores residentes en centros.

Durante el trascurso de la asignatura hemos hablado, también, de los nuevos modelos de intervención con personas mayores por los que apuestan tanto los profesionales, como la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, el modelo de Atención Centrada en la Persona y el proyecto “en Mi Casa”. Estos modelos implican un cambio de filosofía en los profesionales y un cambio radical en su modo de proceder con las personas residentes.

Así, he visto la necesidad de conocer en profundidad estos nuevos modos de intervenir, el modelo de Atención Centrada en la Persona y el proyecto “en Mi Casa”, además de las diferencias que existen entre las residencias de titularidad pública y las de titularidad privada, y entre los centros residenciales de ubicación urbana y los de ubicación rural, haciendo una referencia a la relación que tienen con la ética profesional y, por tanto, con las buenas prácticas de los profesionales. Para el estudio de lo anteriormente expuesto, se realiza una investigación cualitativa en centros de atención residencial de distintos ámbitos, que se recoge a lo largo de este trabajo.

1.2 OBJETIVOS Y FINES DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación tiene como objeto principal conocer en profundidad la aplicación del modelo de Atención Centrada en la Persona en las residencias de personas mayores.

Los objetivos generales de la investigación son:

- Conocer la aplicación del modelo de Atención Centrada en la Persona.
- Relacionar la ética profesional y el modelo de Atención Centrada en la Persona.

Los objetivos específicos extraídos de los generales:

- Conocer las diferencias de aplicación del modelo de Atención Centrada en la Persona en los centros residenciales públicos y privados.
- Conocer las diferencias de aplicación del modelo de Atención Centrada en la Persona en los centros residenciales urbanos y rurales.
- Reflexionar sobre la relación de la ética profesional del Trabajo Social y el modelo de Atención Centrada en la Persona.
- Conocer las resistencias de aplicación del proyecto “en Mi Casa” en las residencias de personas mayores.

1.3 ESTRUCTURA DEL TRABAJO

La investigación realizada se basa en las opiniones de distintos profesionales del Trabajo Social en centros residenciales de la ciudad de Valladolid y de León y provincia. Así mismo, en las bases teóricas de la propuesta metodológica de la Junta de Castilla y León sobre la Atención Centrada en la Persona y el proyecto “en Mi Casa”, recogida en el Decreto 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León.

La estructura del trabajo queda organizada en los siguientes bloques:

Marco teórico: donde se recoge una contextualización del concepto de persona mayor, un contexto sociodemográfico, la legislación en materia de protección a las personas mayores, así como, una base teórica sobre el modelo de Atención Centrada en la Persona, el proyecto “en Mi Casa” y la ética del Trabajo Social.

Estudio de campo: en este apartado se recoge todo lo que tiene que ver con la investigación propiamente dicha, desde la metodología seguida, hasta las hipótesis, y el perfil de los centros residenciales y los profesionales entrevistados.

Análisis de los resultados: en este se recoge una comprobación de las hipótesis realizadas, en base a las respuestas dadas por los distintos profesionales.

Conclusiones: donde se recogen las propias conclusiones de la investigación, así como los hallazgos. Se realiza en base a las respuestas de los profesionales y a la teoría.

Propuesta de intervención: donde se recogen unas recomendaciones para la puesta en marcha del modelo de Atención Centrada en la Persona y el proyecto “en Mi Casa”, en base a las conclusiones de la investigación, y los aspectos de mejora que se han considerado con el estudio.

Bibliografía: en este apartado se recogen los datos de la documentación consultada para la realización de este trabajo.

2. MARCO TEÓRICO

Este apartado recoge la base teórica del trabajo, desde los puntos más generales, como qué es una persona mayor, hasta los ejes centrales de la investigación, el modelo de Atención Centrada en la Persona y el proyecto “en Mi Casa”, centrándose en el componente ético de la profesión. En esta contextualización teórica se hará una mención jurídica, con especial atención al Decreto 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores de Castilla y León.

2.1 CONCEPTO DE PERSONA MAYOR

En primer lugar, se tratará sobre qué es lo que se entiende por persona mayor, y el lugar que las personas mayores ocupan en la sociedad, en concreto en la comunidad de Castilla y León.

Como se ha comentado, el concepto de persona mayor es un término confuso, y con los cambios sociales cada vez lo es más. Estos cambios como señala Sánchez (2013) se refieren al interés de prolongar la juventud lo máximo posible, el retraso del comienzo de la vida independiente, o el adelanto de la edad de jubilación. Así las personas mayores de hoy se encuentran en unas condiciones tanto físicas como mentales mucho mejores que años atrás.

Como señala Rueda (2018) el envejecimiento comienza desde el nacimiento, por este motivo, no hay un consenso sobre el concepto.

“En sentido estricto hablar de envejecimiento es hablar de lo que ocurre a lo largo de las diferentes etapas de la vida, porque cada etapa de la vida de una persona es ya un camino de envejecimiento que pasa por la madurez y que termina en la muerte.”

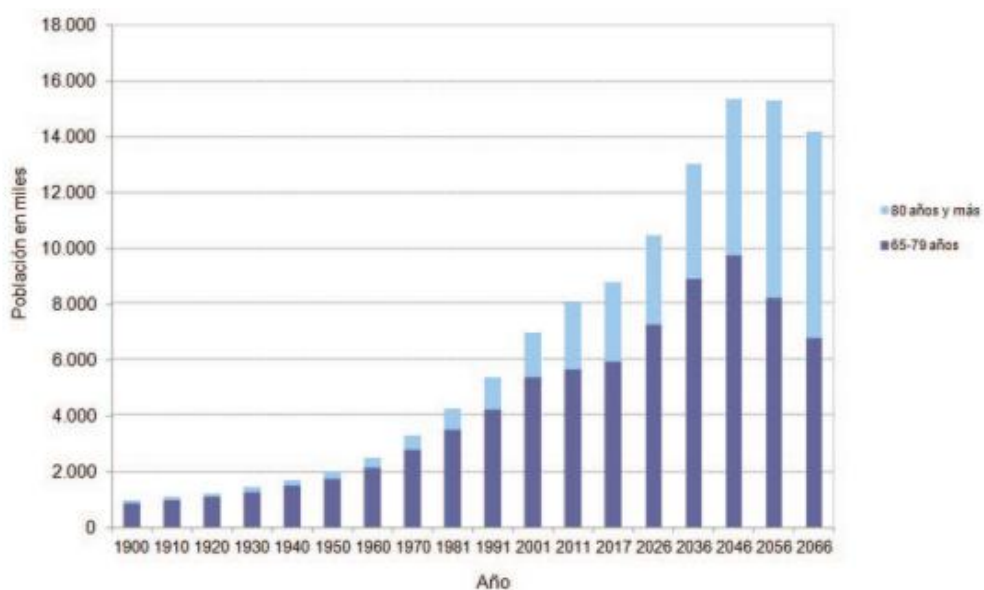


Fuente: Kalache y Kickbusch, 1997, recuperado de Rueda (2018).

En nuestra sociedad se considera a una persona como mayor cuando entra en la edad de jubilación, es decir, de manera legal a los 67 años. Pero se debe tener en cuenta que es un segmento de población muy amplio, que no es homogéneo y que cada persona envejece a un ritmo distinto, y que por tanto cada persona mayor tiene características distintas.

El número de personas mayores sigue en aumento, así, estamos asistiendo a un proceso de cambio demográfico.

Tabla 2.1. Evolución de la población



* De 1900 a 2017 los datos son reales; de 2026 a 2066 se trata de proyecciones

Fuente: INE: INEBASE:

1900-2011: Censos de Población y Vivienda.

2017: Estadística del Padrón Continuo a 1 de Enero de 2017. Consulta enero de 2018.

2026-2066: Proyecciones de población. Consulta en enero 2018.

Todas las figuras de este documento hacen referencia a España, salvo otra indicación

Fuente: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Envejecimiento en red.

Como podemos ver en la tabla anterior la población de más de 65 años ha incrementado notablemente desde 1900, y en la proyección hasta el año 2066 se incrementará el número hasta el doble de personas mayores que existen en la actualidad.

Las personas mayores ocupan un espacio importante en la sociedad española en general, pero en nuestra comunidad se puede decir que aún pues, es una de las comunidades autónomas más envejecidas. Las personas de 65 años o más en Castilla y León ocupan un 25% de la población según los datos recogidos de la encuesta de población del Instituto Nacional de Estadística a fecha de 1 de Enero de 2018.

Tabla 2.2. Población de 65 años o más en Castilla y León.

Ambos sexos		
2018		
CASTILLA Y LEÓN		
65-69 años		
TOTAL	143.336	5,95%
70-74 años		
TOTAL	128.680	5,34%
75-79 años		
TOTAL	100.378	4,17%
80-84 años		
TOTAL	103.957	4,32%
85-89 años		
TOTAL	78.619	3,26%
90-94 años		
TOTAL	37.317	1,55%
95-99 años		
TOTAL	9.988	0,41%
100 años y más		
TOTAL	1.564	0,06%
TOTAL POBLACIÓN +65	603.83	25,06%
TOTAL EDADES	2.409.164	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de Instituto Nacional de Estadística (2018).

Como se puede observar, estos datos demuestran que el grupo de personas mayores es un segmento fundamental en la sociedad, que tienen un gran peso a nivel social, económico y político. Además, es fundamental hacer una diferenciación entre el propio grupo, pues es un segmento muy heterogéneo, con condiciones muy distintas, y que ocupan un rango de edad muy amplio.

Por ello la sociedad, y más un Estado Social destina distintos recursos de atención a las personas mayores, que están diferenciados en función de las capacidades y características de la población.

2.2 PROTECCIÓN JURÍDICA DE LAS PERSONAS MAYORES

Son numerosos los instrumentos en materia de protección jurídica a las personas mayores, ya que cada vez son un colectivo con más importancia en la sociedad, tanto en número como en relevancia social. En este apartado haremos un repaso por estos, desde el ámbito internacional, hasta el marco autonómico.

En el **ámbito internacional** nos encontramos con:

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, donde cabe destacar los artículos 5, el 22 y el 25.

I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de 1982, dónde se establecen políticas sociales dirigidas a las personas mayores, y la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, en Madrid en el año 2002, por la que se aprueba el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento.

Es importante mencionar la Resolución 46/1991 de 16 de diciembre de la Asamblea General de las Naciones Unidas, de los Principios a favor de las personas de edad, que establece los derechos de las personas mayores.

En el **marco europeo** se deben destacar:

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea del año 2000, que recoge los derechos y libertades fundamentales de los ciudadanos de la Unión Europea,

señalando el artículo 25, que recoge el derecho de las personas mayores a una vida digna e independiente.

Además, se debe destacar la importancia del Libro Verde: frente a los cambios demográficos, una nueva solidaridad entre generaciones, del año 2005, en el que se refleja la importancia del envejecimiento para la Comisión Europea.

Por último, el año 2012 fue el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional, que tenía como objetivo sensibilizar a la ciudadanía sobre el valor de las personas mayores en la sociedad, así como promover medidas para que las personas mayores mantengan la actividad.

A **nivel estatal**, como marco general, debemos señalar la ley fundamental, la Constitución Española de 1978, destacando sus artículos 9.2, 14 y 50.

Así mismo, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, dónde se regulan las condiciones para garantizar la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. El sistema se configura a través de una coordinación interadministrativa, con el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Por último, la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En éste se establecen los criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), como a la configuración de los servicios que se prestan en el marco de los servicios sociales.

El **nivel autonómico**, es en aquel en el que se hace una aproximación más cercana al tema tratado durante este trabajo, así cabe destacar:

Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y el funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores, dónde se regula las condiciones y funcionamientos de los mismos. Desde la vigencia de este decreto se ha avanzado progresivamente en la atención a los usuarios.

Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León, dónde se recoge el derecho de las personas mayores a un alojamiento adecuado, siendo una colaboración entre entidades públicas e iniciativa privada.

Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, dónde se organiza el sistema de servicios sociales de la comunidad. En ésta, uno de los colectivos que se entienden como prioritarios en la percepción de apoyos es el de personas mayores.

Decreto 3/2016, de 4 de febrero, por el que se regula la acreditación de centros y unidades de convivencia para la atención a personas mayores en Castilla y León. En éste se regula el establecimiento de unidades de convivencia en los centros de atención a personas mayores, para la adaptación así, del centro al proyecto mi casa.

Decreto 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León, dónde se establecen cuáles son los centros de atención a las personas mayores, su funcionamiento y los criterios mínimos comunes. Este se tratará más adelante con una mayor profundidad.

Cabe destacar así mismo, el último Plan Regional Sectorial de Atención a las Personas Mayores 2004-2007. Este tiene como objetivo responder a las necesidades de las personas mayores de Castilla y León, ofreciendo nuevas posibilidades de envejecimiento activo en función de las preferencias de los usuarios; una mejora en la calidad de vida de las personas mayores con dependencia y con especial vulnerabilidad, con ayudas para la permanencia en el domicilio, y a los familiares

cuidadores, adaptación de entornos, y protección de derechos; definición de un sistema de protección de la dependencia; modernización de recursos; así como acercarlos a los ciudadanos, y hacerles conscientes del potencial que representan. El Plan plantea una coordinación entre todos los sectores, a nivel público y privado, y a nivel estatal, regional y local, las personas mayores y sus familias.

2.3 SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

Siendo el Estado español un estado social se plantean diversas políticas sociales para la atención de personas mayores. Muchas de estas se recogen en leyes, garantizando de este modo una atención de calidad y equitativa para el territorio.

Una de las leyes que se deben destacar a nivel nacional es la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Ésta tiene como objeto la protección y la garantía de igualdad de las personas en situación de dependencia, creando un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. En la misma se recogen los servicios y prestaciones destinadas a la promoción de la autonomía personal de las personas en situación de dependencia.

Los servicios que se recogen en dicha ley son:

- Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de teleasistencia, que consiste en facilitar asistencia a las personas que se mantienen en el hogar, a través de las de tecnologías de información y comunicación, en situaciones de emergencia.
- Servicio de ayuda a domicilio, se lleva a cabo en el domicilio, para promocionar la autonomía de la persona y la continuidad en la vivienda habitual.
- Servicio de centro de día y de noche, consiste en una atención integral durante el periodo diurno o nocturno, para mantener el nivel de promoción personal y apoyar a los cuidadores.

- Servicio de atención residencial, que consiste en proporcionar servicios continuados, de carácter permanente o temporal, convirtiéndose en la vivienda habitual de la persona. Se distinguen dos modalidades residencia de personas mayores en situación de dependencia, y centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

En cuanto a las prestaciones económicas, la Ley 39/2006 detalla las siguientes:

- Prestación económica vinculada al servicio, que está destinada a la adquisición de un servicio.
- Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
- Prestación económica de asistencia personal, para promocionar la autonomía personal, y favorecer el mantenimiento de la persona en su entorno habitual.

En Castilla y León se debe hacer una especial mención a la Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León, que tiene por objeto establecer un marco de actuación de los poderes públicos de la comunidad, con el fin de promover la calidad de vida, así como la protección de las personas mayores. En la misma se recoge:

“Los recursos sociales dirigidos a las personas mayores están constituidos por los centros, servicios y programas integrados en el Sistema de Acción Social de Castilla y León que tengan entre sus funciones la atención y protección de las personas comprendidas en el ámbito de esta Ley. (Artículo 30.1, Ley 5/2003)”.

Dicha ley describe así mismo los distintos servicios y prestaciones distinguiendo entre:

- Centros de Día, que se encargan de una atención social, sociosanitaria y de apoyo familiar. Así mismo pueden tener una unidad de atención social, o una unidad de estancias diurnas.
- Centros residenciales, cuya función es ser la vivienda, permanente o temporal, prestando una atención integral, continuada y profesional durante las veinticuatro horas del día.

- Servicios de prevención, información, orientación y promoción personal.
- Programas de turismo social, intercambio generacional, fomento de la expresión creativa y artística, y programas de ámbito universitario.
- Programas de desarrollo personal, comunitario y de animación sociocultural.
- Servicio de ayuda a domicilio, para el desarrollo o mantenimiento de la autonomía personal de la persona en su entorno habitual.
- Servicio de teleasistencia, sistema de comunicación para proporcionar seguridad y asistencia a las personas mayores que se mantienen en vivienda.
- Programas de apoyo a las familias y cuidadores, como formación y apoyo, para evitar el cansancio familiar.
- Programas de la mejora de la accesibilidad a través de las ayudas técnicas y adaptaciones funcionales.
- Programas de alojamiento compartido tanto entre personas mayores, como con otras generaciones, para la promoción de la calidad de vida, a través del apoyo mutuo.

En Castilla y León, se debe destacar la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, donde se especifican los servicios de atención social a la población de la comunidad, destacando el artículo 19, de prestaciones esenciales:

- a) Las de información, orientación y asesoramiento.
- b) Las de valoración, planificación de caso y seguimiento.
- c) La renta garantizada de ciudadanía.
- d) Las ayudas destinadas a la atención de necesidades básicas de subsistencia en situaciones de urgencia social.
- e) Las medidas específicas para la protección de menores de edad en situación de riesgo o desamparo.
- f) La atención temprana dirigida a niños con discapacidad o con riesgo de padecerla, que comprenderá como mínimo la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y la atención de casos.
- g) La teleasistencia.
- h) La ayuda a domicilio.

- i) La atención en centro de día y de noche.
- j) La atención residencial.
- k) La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.
- l) La prestación económica de asistencia personal.
- m) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia.
- n) Los servicios de promoción de la autonomía personal.
- o) ñ) La prestación económica vinculada cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado.
- p) Las de protección jurídica y ejercicio de la tutela de las personas mayores de edad incapacitadas legalmente y que se encuentren en situación de desamparo.
- q) La atención en centro de día que garantice, con continuidad a la del sistema educativo, el proceso de integración social y laboral de las personas con discapacidad una vez culminados los ciclos educativos a los que puedan acceder.

De entre todos estos recursos y servicios de atención a las personas mayores, en este trabajo nos vamos a centrar en la atención residencial.

2.4 CENTRO RESIDENCIAL DE PERSONAS MAYORES

Para hablar de los centros residenciales, se hará en base a la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, y al Decreto 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León.

El servicio de atención residencial en Castilla y León según el artículo 19.2 de la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, es una prestación esencial, y por tanto un derecho subjetivo. Como se recoge el artículo 19.1 de dicha Ley las prestaciones esenciales son “obligatorias en su provisión y estarán públicamente garantizadas, con independencia de cuáles sean el nivel de necesidades o el índice de demanda existentes”.

Los centros residenciales, según el Decreto 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León, se definen como:

“Conjunto de espacios y servicios configurados como agrupación de hogares, dirigido preferentemente a personas mayores dependientes o a personas con necesidades afines, que garantice con carácter permanente o temporal la atención integral y continuada a la persona, promoviendo su autonomía y potenciando sus capacidades, acorde con sus expectativas y deseos, para esta etapa de su ciclo vital, recogidos en su proyecto de vida. Incluye el alojamiento, la manutención, la atención de sus necesidades básicas y de las necesidades particulares derivadas de su situación personal y social. Las características de los centros deben permitir que todas sus plazas puedan ser ocupadas por personas dependientes. En el centro residencial la vida cotidiana se organiza a partir de la autodeterminación de la persona, debiéndose garantizar una atención personalizada basada en la identidad de la persona, su historia de vida, sus expectativas y deseos, su visión y su enfoque de la vida cotidiana, a través de un proyecto de vida personal, del profesional de referencia y de los apoyos que lo hagan posible. En tal sentido, la actividad en los centros se orienta a asimilar la vida cotidiana a la del entorno familiar, buscando impulsar la participación social activa de sus usuarios.”

Los datos que se recogen en el último Informe de las Personas mayores en España (2016), afirman que en Castilla y León hay 687 centros residenciales que atienden a un total de 45.783 personas. En la Tabla 3 se recogen los datos de las tres comunidades autónomas con mayor número de usuarios y las tres con menos. Así como se señala en la tabla, la comunidad de Castilla y León es la segunda en España en la atención de Personas Mayores, solo por detrás de Madrid, y muy por encima de regiones como La Rioja, Murcia o Navarra que son las tres con un menor número de personas mayores usuarias.

Tabla 2.3. Atención residencial en España 2015.

Ámbito territorial	Personas Usuarías atendidas	Personas usuarias de más de 80
Andalucía	25.295	18.598
Castilla y León	45.783	37.783
Comunidad de Madrid	55.999	46.863
La Rioja	1.737	1.388
Navarra	4.272	3.376
Región de Murcia	2.592	1.893
España	301.765	233.096

Fuente: Elaboración propia a partir de Instituto Nacional de Estadística (2019).

Para concluir me parece de especial relevancia hablar de los modelos de intervención en la atención a las personas mayores en las residencias.

2.5 MODELOS DE INTERVENCIÓN

Después de haber hecho una concreción sobre el servicio de atención residencial en Castilla y León, se debe destacar cuál es el modelo de intervención por el que apuesta la Gerencia de Servicios Sociales.

La Junta de Castilla y León reconoce el Método de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP), como aquel que da respuesta a las nuevas demandas sociales y de atención a las personas mayores, y apuesta por este para la intervención de los centros de personas mayores de la comunidad, a través del Decreto 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León, donde se establece la obligatoriedad de la aplicación del modelo.

La clave del modelo es situar en el centro de la intervención a la persona, y llevar a cabo una atención personalizada orientada a la satisfacción de necesidades, de potenciar las capacidades individuales, y la mejora de la calidad de vida. Como señala Yusta (2017) se destaca la autoderminación y la participación del mayor en todos los aspectos relacionados con su vida, desde el aspecto de su habitación hasta los

horarios. Así mismo, la dignidad y el respeto son la base de la AICP, y todas las intervenciones se hacen en función de las características, historia de vida y preferencias de la persona. “El mayor no es el que se debe adecuar a las características del centro, sino que es el propio centro junto con sus profesionales el que modificará y planificará la intervención en función de las necesidades del mayor”.

Así la Junta de Castilla y León, establece siete pilares del Modelo de Atención Centrada en la Persona, que recoge el Decreto 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León:

El primer pilar hace referencia al proyecto de vida como el instrumento fundamental para hacer una planificación centrada en la persona, estableciendo la figura del profesional de referencia para garantizar la ejecución de ese proyecto de vida. Este profesional debe ser el que garantice el cumplimiento de las expectativas, deseos y preferencias de las personas mayores, así como el interlocutor de la persona con el resto de los profesionales.

El segundo pilar hace referencia a las funciones de los profesionales de los centros de personas mayores, siendo las los últimos los que deciden sobre los apoyos e intervenciones que se llevan a cabo, siendo la persona usuaria la responsable de elegir su estilo y condiciones de vida. La función del profesional pasa de ser el que decide, a una función de informar y proponer, pasando así a un modelo más flexible basado en la personalización de la atención.

El tercer pilar establece un nuevo concepto de relación entre las personas mayores, las familias y los centros. La actividad de los centros residenciales se aleja de una atención hospitalaria, y se orienta a una cotidianeidad similar a la del entorno familiar.

El cuarto pilar es el que define el nuevo tipo de centro, siendo un centro multiservicios, para personas usuarios en horario parcial diurno, y en estancias nocturnas.

El quinto pilar hace referencia a los tipos de plazas de los centros residenciales, fusionándolas en una, superando la clasificación en función de las capacidades (válidos, asistidos, mixtas o asistidos con dificultades de desplazamiento).

El sexto pilar trata sobre la mayor coordinación entre el sistema de salud y de servicios sociales, destacando la regulación del régimen transitorio sobre los servicios sanitarios que se prestan en los centros de personas mayores, y la implantación de servicios de farmacia.

El séptimo y último pilar, trata sobre la introducción de la gestión de la calidad y la normalización de los servicios para la promoción de la autonomía personal y de la atención a la dependencia.

La Junta de Castilla y León, junto con el método de Atención Integral Centrado en la Persona, pone en marcha el proyecto “en Mi casa”, siendo una imposición el establecimiento de al menos una unidad de convivencia en los centros residenciales con plazas públicas.

El proyecto se basa en la premisa de la preferencia general de la persona mayor a permanecer en su entorno. En muchas ocasiones esto no es posible, por lo que se trata de hacer que la vivienda alternativa se parezca lo máximo posible al hogar propio, manteniendo así la centralidad de las preferencias de las personas, siendo autónoma en sus decisiones y permitiéndole mantener su proyecto de vida. Así los centros residenciales pasan a un nuevo modelo basado en la creación de unidades de convivencia dentro del mismo, donde se fomente la convivencia común, pero respetando la independencia y privacidad de las personas. Como recoge la Junta de Casilla y León:

“Este proyecto apuesta por un nuevo modelo de derechos, que pivota sobre el principio de autodeterminación de la persona y que trata de superar el modelo actual basado en la satisfacción de necesidades y provisión de cuidados fundamentalmente asistenciales y sanitarios.”

Así, según marcan los criterios del modelo, los centros residenciales deben promocionar la autonomía y la toma de decisiones autónoma de las personas que residan en el mismo, como horarios, actividades o menús. Los instrumentos base para la intervención son la historia de vida y el proyecto de vida, ambos son fundamentales para la intervención en el proyecto mi casa, el primero porque da perspectiva desde la óptica de la persona de la vida, y permite ver quién es. El proyecto de vida es el documento que determina los intereses, preferencias, objetivos, así como los recursos para lograrlo.

Otro de los aspectos fundamentales del proyecto “en Mi casa” es de los profesionales. Se impone la figura del profesional de referencia, así se establece un vínculo, y se coordina la intervención desde el conocimiento de la persona, y su centralidad de la intervención. Además, se debe evitar la rotación de profesionales, para que la intervención directa sea de confianza.

La familia forma parte de las vidas de las personas mayores, y como tal forman parte activa de la comunidad residencial.

El centro residencial es el hogar para la persona mayor, por lo que las mismas participan en la actividad cotidiana del hogar, como puede ser cocinar, limpiar o cuidar sus plantas.

Una de las partes que definen este proyecto es la arquitectura del centro, así está compuesto, como define la Junta de Castilla y León, por:

- Unidad de Convivencia: define la estructura espacial con dimensión y ambiente de hogar, en la que convive un grupo de personas mayores a quienes se les proporciona los apoyos necesarios para que sigan desarrollando su proyecto de vida.
- Habitación individual de ocupación doble: hasta el 50% de las plazas serán de uso doble y el resto de uso individual, con baño privado.
- Cocina, comedor, y sala de estar.

Se busca la eliminación de la institucionalización de los centros, para que sean espacios hogar, por lo que no hay uniformes, las habitaciones tienen elementos personales, y el espacio es cálido, con rincones de estar, y contando con los usuarios para decorar cada unidad.

2.6 ÉTICA EN EL TRABAJO SOCIAL

Otra de las líneas centrales de este trabajo es la ética. La relación que se establece entre la ética y el nuevo modelo de atención de los centros residenciales.

Si bien la ética profesional es algo fundamental en todos los ámbitos de intervención, se le debe prestar una atención especial en los ámbitos que trabajan con personas que pueden llegar a tener una especial vulnerabilidad, siendo una responsabilidad de los profesionales proteger sus derechos. Hacer una intervención sin tener la ética como eje principal supone una vulnerabilidad de los derechos, y no proporcionar una intervención de calidad.

Como señalan Rueda et al. (2015):

“Las cuestiones éticas son básicas, para ir perfilando un nuevo tipo o modelo de intervención y de profesional, que tenga muy bien definida y presente cómo debe plantearse la intervención con la doble mirada puesta, por un lado, en el usuario y su mundo vital y relacional, con su capacidad de autodeterminación, y por otro, en el marco legal, el marco formal, institucional desde el que se ha de prestar el apoyo personalizado, y en el que el trabajo social retome sus competencias originarias, basadas en la relación, empatía, actitud clarificadora, trabajando con las capacidades y recursos del propio usuario, recurriendo a los recursos y servicios cuando ello sea necesario.”

Así, se puede concluir, que, para hablar de los nuevos modelos de intervención en los centros residenciales de personas mayores, es necesario hablar de la ética.

2.6.1 PORQUÉ LA ÉTICA EN EL TRABAJO SOCIAL

Durante este apartado se desarrollará teóricamente la necesidad de la ética en nuestra profesión, partiendo de la definición de Trabajo Social, de los principios y las dimensiones de la ética en relación con los trabajadores sociales.

La ética y el Trabajo Social están estrechamente unidos, ya que la propia finalidad de la profesión tiene un alto componente ético, como se plasma desde la definición de la Federación Internacional del Trabajo Social (2014):

“Promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas y que los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social.”

Además, la Federación Internacional del Trabajo Social (FITS) y la International Association of Schools of Social Work (IASSW) en 2004, destacan la importancia de la reflexión ética en la práctica profesional, y que la calidad del servicio incluye, como parte esencial, el compromiso de actuar éticamente.

Es importante especificar que la ética profesional se entiende como un conjunto de valores y principios éticos orientados por un referencial filosófico, reproducidos en la práctica cotidiana o intervención y formalizados en un código de ética.

Bermejo (1996) señala tres dimensiones de la ética profesional, la teleológica, que trata sobre los fines, valores y principios; la deontológica que trata los deberes y normas que se reflejan en el código deontológico; y la dimensión pragmática, que trata sobre las consecuencias de nuestras actuaciones como profesionales, así como, orientar en la resolución de problemas que se puedan plantear. Así, “un trabajador social responsable ha de profundizar en los bienes intrínsecos de su profesión, las normas que la regulan y las consecuencias que se derivan de su aplicación en su actividad ordinaria”.

Se debe remarcar, además, que el Trabajo Social es una profesión objeto de la ética porque en ella confluyen las características para así considerarla, la libertad, la

intencionalidad y la responsabilidad. La libertad porque el trabajador social tiene libertad para escoger entre los posibles marcos de acción; la intencionalidad en cuanto a que la intervención social responde a objetivos que la justifican, y está determinada por la capacidad de influir en los demás y las circunstancias que les afectan; y la responsabilidad, ya que el trabajador social debe responder de las acciones que desempeñe, así como de los cambios que promueva.

2.7.2 CÓDIGO DEONTOLÓGICO

Durante este apartado se especificará qué son los códigos deontológicos, como los documentos éticos de referencia de todas las profesiones, en concreto el del Trabajo Social, donde se señalan los principios básicos.

Los Códigos Deontológicos son aquellos documentos que orientan la intervención, que sirven como guía de actuación para el profesional, logrando que esta sea moral y se corresponda con los mínimos marcados por la organización profesional.

El código deontológico del Trabajo Social es aprobado por el Consejo General del Trabajo Social el 9 de Junio de 2012. En este se recogen los valores, principios y normas que guían el ejercicio profesional de los trabajadores sociales.

Los principios básicos del trabajo social son dignidad, libertad e igualdad, de los que se derivan otros, de los cuáles debo destacar el de individualización, justicia social, autonomía y autodeterminación.

2.7.3 ÉTICA DE LAS ORGANIZACIONES

Hasta ahora hemos hablado de la ética en relación a la profesión y a los profesionales, pero otra de las partes fundamentales es la ética no solo en las organizaciones, sino de las organizaciones. Es algo fundamental en las organizaciones, y en el modo de intervenir de los profesionales, que trabajan en ella.

Como señala Pelegrí (2013a, p. 141) “la ética tiene, pues, que considerar tanto lo que cada persona ha de hacer en su trabajo como aquello que debe hacer la organización para que el trabajo colectivo responda a los valores que propugna”. Así pues, se debe

tener en cuenta que la ética de las organizaciones es necesaria para una buena práctica profesional, pues da un marco de actuación que permita una conjunción entre la ética del profesional y de la organización. Cortina (1997) define que la ética de las organizaciones como una manera de resolver los conflictos de la práctica, favorecer las relaciones de la organización, le da legitimidad a la organización a la hora de la gestión, y configura la finalidad, valores y la cultura de la misma (citado en Pelegrí, 2013a, p.147).

Como señala Barranco (2006), la ética en las organizaciones de bienestar social, tiene como objeto concretar valores y principios que se orientan hacia:

“Las personas destinatarias de los servicios y la ciudadanía en general: defensa de sus derechos, solidaridad, dignidad, capacitación, desarrollo humano, enfoque holístico, calidez de la atención a la persona e igualdad de oportunidades.

La organización: humanización de los servicios, corresponsabilidad, accesibilidad, profesionalidad, mejora continua de los procesos, participación, clima ético y gestión global de la misión.

La sociedad: responsabilidad en las respuestas, transparencia en la información de sus prácticas y de la gestión, dar respuesta a lo que la sociedad espera” (citado en Pelegrí 2013b)

Por último, en relación a la ética de la organización y el papel que juegan los profesionales se debe destacar que si bien la ética de la organización es responsabilidad de la institución, los profesionales tienen el deber de exigir a la institución que la práctica que se lleve a cabo sea ética, respete los derechos y dignidad de las personas. Los profesionales deben contribuir al establecimiento de normas morales, así como de revisar las ya establecidas para que estén adecuadas a la realidad social cambiante.

2.7.4. BUENAS PRÁCTICAS

Otro de los temas que son fundamentales en la ética y el trabajo social, es el de las buenas prácticas. No es lo mismo hacer una buena intervención, a realizar una intervención basada en las buenas prácticas, y durante este apartado se tratará la

diferencia, y la necesidad de las buenas prácticas para llevar a cabo la actividad profesional.

Las buenas prácticas se entienden como las prácticas llevadas a cabo por los profesionales de la intervención social, que tienen una base ética y moral, dónde la persona es el centro de la intervención social y se respeta su dignidad por encima de los valores personales, y organizativos.

Como señala Goikoetxea (2015) la dignidad es la base para llevar a cabo unas buenas prácticas, y ésta consiste en el trato en igualdad, bajo el principio de autodeterminación, permitiendo que cada persona viva su vida como lo decida. Un trato digno, e igualitario, no consiste en tratar del mismo modo a todas las personas, sino en igual consideración, así, se tendrán en cuenta las características y preferencias individuales.

La autora Goikoetxea (2013) describe cuáles son los tratos a la persona que atentan contra la dignidad, y que, por tanto, implican una mala praxis:

“Cuando se le trata a la persona como puro medio que vale para algo. Decimos entonces que la persona no tiene valor en sí, sino “precio” y se le maltrata para conseguir determinados intereses. En relación al tema que nos ocupa podríamos situar aquí las situaciones de maltrato responsable (económico, sexual...) donde la persona mayor es “utilizada intencionadamente” por una persona o grupo para lograr beneficios.

Cuando la persona es considerada un no valor, o un disvalor por carencia de capacidades y/o recursos y como consecuencia sufre menosprecio, indiferencia, o incluso exclusión o marginación (no es tenida en cuenta, se le aparta si nos estorba o molesta, se le aísla o margina para no ser vista...). Esta situación no dependerá solamente de las condiciones de la persona mayor (que requiera más o menos cuidado), sino también de la situación subjetiva del cuidador (mayor o menor control emocional) y sobre todo del compromiso ético y el vínculo personal que se dé entre ambos.

Por último, se atenta contra la dignidad cuando se considera a la persona, como un disvalor peligroso, porque supone una “carga” para otros, para el sistema,...por sus conductas inadecuadas, por generar gasto, molestia, insatisfacción en su familia,

sobrecarga en sus cuidadores; en esos casos puede plantearse su “eliminación” y discriminación respecto a los recursos sociales por considerar que son “desproporcionados” para la “calidad de vida” que se obtendrá”.

Para terminar, quiero destacar el concepto de bienestar de ser, por encima del concepto de bienestar físico. Bienestar de Ser en el sentido de que la persona decida cuales son los pasos a seguir en su vida, respetando su dignidad, pero siempre desde la información sobre todas las alternativas posibles, y de las consecuencias previsibles de éstas. El profesional ético, y que pone en valor a la persona y su dignidad, tiene como función acompañar a la persona en sus decisiones. Así, a pesar de la opinión profesional, familiar o institucional, el profesional prima el bienestar de ser, y la continuidad del proyecto de vida de la persona, aunque esta no sea la más adecuada para el bienestar físico.

3. ESTUDIO DE CAMPO

3.1. METODOLOGÍA

La metodología escogida para realizar esta investigación ha sido la cualitativa, a través de la herramienta de entrevista semi-estructurada.

El motivo que me ha llevado a escoger esta se justifica en la necesidad de análisis de lo subjetivo, el análisis del por qué. Como señala Echeverría (1994) “la investigación cuantitativa únicamente tiene en cuenta conductas observables y codificables por el investigador dentro de unas categorías preestablecidas” (cit. en Hernández-Arteaga, 2012). Es decir, no tiene en cuenta la causa del problema, sino las dimensiones observables del mismo.

La metodología cualitativa según señalan Taylor y Bogdan (1990) “se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”. Es un modo de estudiar el mundo empírico.

Así, siguiendo a los mismos autores, y las características principales de la investigación cualitativa, son:

- Es inductiva, busca el descubrimiento, no la comprobación.
- Sigue la perspectiva holística, se interpreta la realidad como un todo, no se consideran variables.
- Es interactiva, el investigador se involucra con el grupo, y lo trata de comprender dentro de su marco.
- Es flexible, las herramientas y métodos se adaptan a la realidad.
- Es abierta, acepta distintos puntos de vista, y les da validez a todos, no busca la verdad, sino la perspectiva de otras personas.
- Es humanista, las personas son el principal objeto de estudio.
- Es rigurosa, es una metodología fiable, a través del análisis detallado y profundo del hecho social.
- Está basado en la intuición.

Las técnicas fundamentales en la metodología cualitativa, como describe Mesías (2009), son las siguientes:

- **La Observación Participante:** Se trata de una observación directa del investigador desde la participación en el contexto.
- **La Entrevista:** Consiste en la interacción entre el investigador y los participantes en el contexto. Puede ser individual, grupal, estructurada o semi-estructurada.
- **Técnicas Grupales:** Grupos de Discusión, Grupos Focales, Mesa Redonda, el Simposio, el Panel o Grupos de Consenso.
- **Técnicas Documentales y Textuales:** Acude a los textos o documentos y se analiza su contenido.

Para mi estudio de caso entre estas técnicas he escogido la entrevista semi-estructurada (véanse anexos I y II). Justifico mi elección en el hecho de que quería conocer una opinión fundamentada de distintos profesionales, en un clima discernido y donde cupiera la posibilidad de tratar temas no previstos en un inicio con valor para la investigación. Con esta elección he partido de la mayor dificultad a la hora del análisis y comparación de las respuestas, pero del mismo modo me ha permitido profundizar en otros aspectos, como puede ser el papel de la administración en la aplicación del modelo.

Para realizar mi investigación he seguido las fases que define Ruiz (1996), para dar una estructura y mayor rigor a la investigación. Estas son:

- **Definición del problema:** Se trata de una fase previa, para orientar la investigación, y centrarnos en la realidad a estudiar.
- **Diseño:** Se trata de definir un guion flexible del trabajo a realizar.
- **Recogida de datos:** en la metodología cualitativa se orienta a aquellos que den más significado a la investigación. Los más comunes son la observación, la entrevista y la lectura de textos.

- **Análisis de datos:** Consiste en dar un significado a los datos recabados, y determinar el campo social al que pertenecen y su alcance.
- **Válidez.**

3.2. HIPOTESIS

Las hipótesis o premisas planteadas para esta investigación están fundamentadas en los conocimientos adquiridos durante mis estudios de Grado en Trabajo Social, así como en la lectura de documentación sobre los distintos temas tratados. Estas son:

1. El modelo de Atención Centrada en la Persona se está aplicando de forma parcial en las residencias, siguen algunas recomendaciones, pero no lo aplican en su totalidad.
2. Las mayores resistencias a la hora de poner en marcha el modelo de Atención Centrada en la Persona y el proyecto “en Mi Casa” son la reforma de espacios, la falta de personal y la formación de estos.
3. El modelo de Atención Centrada en la Persona es el modelo que permite una actuación más ética a los profesionales del Trabajo Social en las residencias de personas mayores.
4. Tanto el modelo de Atención Centrada en la Persona como el proyecto “en Mi Casa” produce una mayor satisfacción en la comunidad que integra el centro residencial (personas mayores, profesionales y familia).

3.3. MUESTRA

El objetivo principal de esta investigación es conocer la aplicación del modelo de Atención Centrada en la Persona en las Residencias de Personas Mayores, por ello la muestra escogida son los profesionales del Trabajo Social, o los directores de las mismas. De este modo, los profesionales de la muestra conocerán exhaustivamente el funcionamiento del centro residencia.

Para escoger los centros en los que los profesionales desarrollan la actividad profesional, me planteé la necesidad de una muestra que cubriera las distintas realidades sociales de la comunidad de Castilla y León. Así, los centros escogidos son tanto del área rural como urbana, y de titularidad pública y privada.

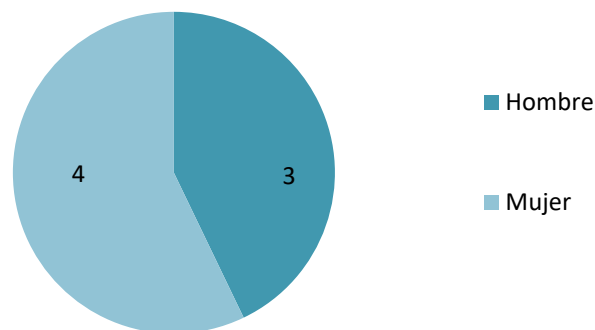
- Residencia Mixta de Personas Mayores “Parquesol”: Es de titularidad pública, cuya gestión pertenece a Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León. Se encuentra ubicada en la ciudad de Valladolid. En el centro se aplica el modelo de Atención Centrada en la Persona y cuentan con una unidad donde se aplica el proyecto “en Mi Casa” para los residentes que acuden en estancia diurna.
- Centro Asistencial Doctor Villacián: Es un centro de titularidad pública, gestionado por la Diputación de Valladolid. Se encuentra ubicado en la ciudad de Valladolid. En el centro se aplica el modelo de Atención Centrada en la Persona y existe una unidad de convivencia donde se aplica el proyecto “en Mi Casa”, para 16 residentes.
- Residencia Asistida de Personas Mayores “La Rubia”: Es un centro de titularidad pública, gestionado por la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León. Se encuentra ubicado en la ciudad de Valladolid. En el centro se aplica el modelo de Atención Centrada en la Persona, la unidad de convivencia del proyecto “en Mi Casa” está en construcción.
- Residencia de Mayores Amavir El Encinar del Rey: Es un centro residencial de titularidad privada, situado en la ciudad de Valladolid. En este se aplica el modelo de Atención Centrada en la Persona, y cuentan con una unidad de convivencia con el proyecto “en Mi Casa”.
- Residencia de Mayores Prazadiel: Centro residencial de titularidad privada, ubicado en el municipio de San Justo de la Vega, en la provincia de León. El centro cuenta con el modelo de Atención Centrada en la Persona.

- Residencia de Mayores Hospital San Juan Bautista: Centro de titularidad privada, en la ciudad de Astorga. En el mismo se encuentran en la transición del modelo sanitario al social, con la Atención Centrada en la Persona.
- Residencia de Mayores “Alicia”: Es un centro de titularidad privada, ubicado en el municipio de Villamañan, en la provincia de León. El centro aplica el modelo de Atención Centrada en la Persona, y cuenta con una unidad de convivencia del proyecto “en Mi Casa”.

PERFIL DE LOS PROFESIONALES

Se debe destacar el perfil de los profesionales de la intervención con personas mayores que han sido entrevistados, así como hacer un pequeño análisis de los mismos. Este se recoge durante este apartado, a través de una representación gráfica y un pequeño comentario.

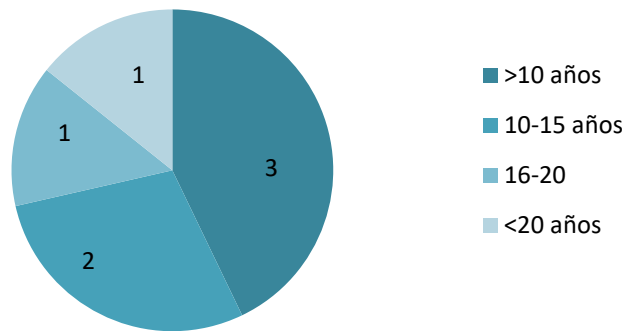
Gráfico 3.1. Sexo de los profesionales entrevistados



Fuente: Elaboración propia

De los profesionales entrevistados, cuatro eran mujeres, de las cuáles tres tenían el cargo de trabajadora social, y una era la directora del centro. Los profesionales de género masculino fueron 3, de los cuáles dos sustentaban el cargo de director de la residencia, y uno el de trabajador social del centro.

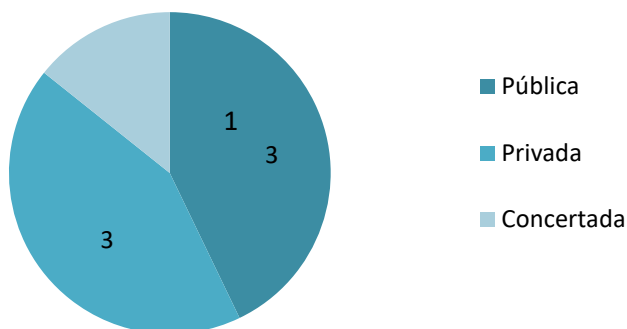
Gráfico 3.2. Años trabajando en el centro residencial



Fuente: Elaboración propia

Todos los profesionales tienen un amplio bagaje en el ámbito de los servicios sociales, incluso el profesional que está desde hace menos de 10 años en el centro, ya que previamente trabajaba en otros ámbitos de intervención. Este permite una visión global del servicio, y por su amplia experiencia, pueden analizar la evolución y la calidad del servicio.

Gráfico 3.3. Titularidad del centro residencial

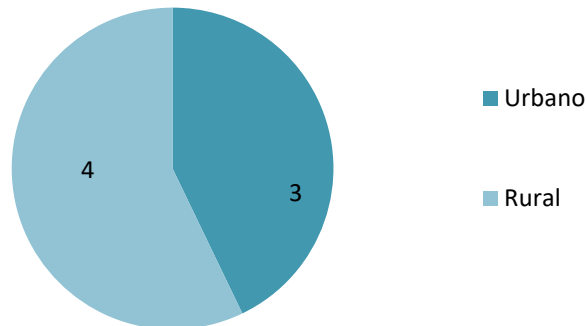


Fuente: Elaboración propia

Los profesionales de centros de titularidad pública son tres, de titularidad privada son cuatro, y ninguno con plazas concertadas. Si bien son datos similares, cabe destacar

que la proporción de residencias de titularidad privada en la sociedad es mucho mayor, que aquellas de titularidad pública.

Gráfico 3.4. Ámbito territorial



Fuente: Elaboración propia

Se han escogido en la muestra datos equiparables para poder hacer un análisis comparativo entre ambos.

3.4. ANÁLISIS EN RELACIÓN A LAS HIPÓTESIS

Durante este apartado se realizará una verificación de las hipótesis en relación a las entrevistas realizadas a los distintos profesionales, en base a sus discursos.

Se debe señalar que para garantizar la confidencialidad de las personas que han sido entrevistadas, se utilizan las siguientes señalizaciones, en base a una numeración aleatoria que no tiene porqué seguir el orden anteriormente relatado:

- RPrU: Residencia Privada Urbana
- RPrR: Residencia Privada Rural
- RPbU: Residencia Pública Urbana
- RPbR: Residencia Pública Rural

En cuanto a la primera, “el modelo de Atención Centrada en la Persona se está aplicando de forma parcial en las residencias, siguen algunas recomendaciones, pero no lo aplican en su totalidad” se puede concluir que se ha verificado. Los centros entrevistados aplican el modelo de Atención Centrada en la Persona en su totalidad, únicamente dos. Esto se debe, o bien, a que han iniciado con la implantación del proyecto “en Mi Casa”, como se ve el siguiente discurso:

“La idea en este centro, es que el Modelo de Atención Centrada en la Persona se extrapole a todos los que viven aquí, porque no es necesario hacer obras, hacer una inversión económica, ni un cambio en la distribución de los residentes para hacer un Atención Centrada en la Persona. Algunos pasitos teníamos dados en la ATENCIÓN CENTRADA en la Persona, en cuanto a que trabajábamos un poco de acuerdo a esa individualidad, eso se puede hacer desde el proyecto “en Mi Casa”, y la no participación en el proyecto, yo creo que el resto de residentes que no participan tienen el mismo derecho a la Atención Centrada en la Persona que el resto de los que viven en la unidad” (RPrU1).

O bien, porque llevan poco tiempo con el modelo, y la filosofía no ha calado aún en todas las estructuras del centro:

“Llevamos muy poco tiempo con el modelo, sobretodo haciendo las historias de vida y el proyecto de vida, y estamos haciendo muy poco porque es mucho jaleo. Además, muchas profesionales no entienden bien la filosofía” (RPrR1).

“Desde que se llevan introduciendo estas cosas, sí que ha evolucionado. Nos queda mucho porque hay muchos colectivos que no, que siguen sin ver más allá, y también personas individuales, pero poco a poco la gente si va viendo que las personas aquí si pueden decidir cosas, que pueden querer y tener deseos y nosotros podemos intentar atenderlos” (RPbU1).

La segunda de las hipótesis planteadas “las mayores resistencias a la hora de poner en marcha el modelo de Atención Centrada en la Persona y el proyecto “en Mi Casa” son la reforma de espacios, la falta de personal y la formación de estos.”Se puede concluir

que esta hipótesis, se ha verificado parcialmente. Si bien los distintos profesionales afirman que las reformas del centro suponen una gran dificultad:

“Me parece que es muy difícil llevarlo a cabo por muchas cuestiones de todo tipo, como el cambio de infraestructuras, que encarece, las pensiones no son muy elevadas, por lo que encarecería el coste del residente” (RPrR2).

Del mismo modo, se afirma que los profesionales suponen un ámbito dónde se requiere un gran esfuerzo para lograr ese cambio de mentalidad.

“Hay una gran resistencia por el cambio de modelo, había una visión en algunos profesionales una visión de atención hospitalaria, aquí vienen a ser atendidos, y de alguna manera una resistencia que los profesionales entendieran el nuevo modelo.” (RPbU2).

Pero los profesionales coinciden en que la mayor resistencia se encuentra en el apoyo y guía por parte de la Administración central:

“La propia administración no tiene personal suficiente para implantar este modelo, en León, solo hay dos personas como de inspectoras de todo esto. Nos dijeron que cuando empezáramos con la puesta en marcha de la Unidad de Convivencia, vendría una persona a supervisar y guiarnos sobre como lo estamos aplicando. Además, ellos mismos no tienen claras las directrices, y en cada formación dicen cosas distintas.”(RPrR3).

“La gerencia apuesta por este modelo, pero no nos está apoyando. No hay una guía clara sobre los pasos a seguir, y no hay un seguimiento posterior, para saber bien como continuar en la aplicación del proyecto.” (RPrU1).

En relación a la ética y los nuevos modelos, “el modelo de Atención Centrada en la Persona es el modelo que permite una actuación más ética a los profesionales del Trabajo Social en las residencias de personas mayores”, todos los profesionales entrevistados están de acuerdo, los nuevos modelos permiten una actuación más ética a los profesionales:

“El modelo de Atención Centrada en la Persona es la manera ética de actuar con las personas” (RPbU1).

“Nuestra ética está muy relacionada con este tipo de modelo de trabajo, es prácticamente igual a nuestra deontología, para mí es la respuesta de atención más ética.” (RPBU3).

“Es mucho más sencillo llevar a cabo la ética profesional con estos modelos, porque prima la persona, sus necesidades, sus preferencias, y los principios del trabajo social comulgan perfectamente con los principios de los modelos.” (RPrR3).

Para finalizar, la hipótesis relacionada con la satisfacción, “tanto el modelo de Atención Centrada en la Persona como el proyecto “en Mi Casa” produce una mayor satisfacción en la comunidad que integra el centro residencial (personas mayores, profesionales y familia)”, se concluye por parte de todos los profesionales que la satisfacción es mayor, a pesar de que al principio existen resistencias por parte de toda la comunidad.

“Los residentes están más satisfechos, porque tienen más posibilidades, y mayor flexibilidad, se les hace más caso, más caso al detalle, no solo a la necesidad principal, sino que se procura atender a otro tipo de necesidades que antes no eran tenidas en cuenta.” (RPbU1).

“A pesar de las resistencias iniciales, el modelo de trabajo actual es satisfactorio para los profesionales, no solo es asear, es una persona, se interacciona más con las personas con sus familiares, creando unas redes que satisfacen más.” (RPbU2).

“En un inicio hay dificultades por parte de la familia porque supone alterar los ritmos de su familiar, pero al ser un sistema más abierto, es más cálido para los familiares, el flujo de información, los horarios libres, supone una mayor confianza y satisfacción.” (RPrR3).

Así, se puede concluir que las hipótesis planteadas al inicio de esta investigación han quedado comprobadas. Si bien es cierto, estas no son las únicas conclusiones y determinaciones que se han comprobado con dicha investigación.

4. VALORACIÓN GLOBAL DE LOS RESULTADOS

En este apartado se expondrá una valoración general de los resultados de la investigación al que se ha llegado a través del análisis de las entrevistas realizadas a los distintos profesionales de la intervención social en centros residenciales para personas mayores.

Durante estas conversaciones con los profesionales de Residencias de Personas Mayores se han podido apreciar matices, a mayores de las premisas planteadas, que conviene señalar.

Para comenzar, se tratará el papel de la administración en la implantación del modelo de Atención Centrada en la Persona, y el proyecto “en Mi Casa”. Como se ha tratado con anterioridad a lo largo de trabajo, la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León, ha tomado estos modelos como el nuevo proceder en la atención a las personas mayores. Bien, según la información recabada, se puede concluir que, a pesar, de que sea esta la nueva línea por la que apuestan, la propia administración no ha integrado del todo la filosofía, siendo ellos mismos quiénes se contradicen en las exigencias y actuaciones que llevan a cabo. Como señalan los profesionales:

“La rigidez no es solo de las residencias, también es de las normativas y la gerencia, ellos se contradicen nos piden cosas y luego no cumplen, por ejemplo, nos piden que tengamos un número de ingresos, porque en este centro hay muchas bajas, y nos piden ingresos. Nosotros alegamos que hacemos un ingreso al día que no podemos hacer más, porque es algo que requiere una atención importante, de todos, un tiempo, hay que apoyar a la persona y a la familia.” (RPbU1).

Así, se puede decir, que la propia Administración exige un cambio en la filosofía, que requiere un tiempo, y que no puede asumir. La gerencia ha impuesto la obligación en las residencias con plazas de titularidad pública, la creación de una unidad de convivencia acorde al proyecto “en Mi Casa”, así como la intervención acorde al modelo de Atención Centrada en la Persona en todas las residencias de la comunidad.

El problema en este sentido, es que se exige primero una arquitectura determinada que una aplicación efectiva del modelo de Atención Centrada en la Persona en todo el centro, creando así, diferencias en el trato de los residentes:

“Es sumamente difícil cuando ya está en marcha la residencia porque no deja de haber como un agravio comparativo. De repente hay una nueva zona, con un mayor confort que el resto, y la gente que la va a ocupar tienen que ser plazas concertadas, y a la que el resto de residentes no tienen acceso”. (RPrR3).

Estas diferencias crean dificultades en los centros para gestionar los cambios a nivel del personal, pero también de los residentes y sus familias. Los nuevos modelos de atención a la persona mayor, requieren un cambio total en la filosofía de las instituciones y los profesionales, pero también en las propias personas mayores, familiares y la sociedad en general. Los profesionales manifiestan que la razón por la que una persona entra en una residencia es porque no puede continuar en su vivienda, y que por tanto la autonomía en el momento de entrar en la residencia es muy reducida, ya sea por la condición física o por el deterioro cognitivo:

“Los residentes llegan en unas condiciones de dependencia muy grandes, entonces tienen demencias ya pronunciadas, donde su capacidad de decisión es prácticamente nula” (RPrR2).

“Los residentes cada vez tienen un perfil más dependiente, y con deterioro cognitivo”. (RPbU3).

El modelo anterior era totalmente asistencial, sanitario, y el actual es un modelo social, que pretende eliminar lo sanitario. Pero las características de las personas de los centros requieren también de esa asistencia a la salud. Promover la autonomía y mantener las capacidades con las que cuentan las personas a la hora de entrar en el centro, debe ser el centro de la intervención, pero sin dejar de lado esa otra asistencia, ya que también entra en las necesidades de las personas mayores.

Por tanto, se puede concluir que el decreto debe hacer una revisión de las expectativas que se plantean, para responder a las necesidades reales de la población. En las

sociedades dónde se ha comenzado con este proyecto y modelo de atención, las del norte de Europa, los conceptos de residencia de ancianos y la vejez son distintos, como es el nivel económico, y las condiciones sociales. Por tanto, un modelo puramente social en una comunidad de personas mayores mucho más jóvenes, sin problemas de salud, es totalmente asumible. Pero la sociedad española, y en concreto de la Comunidad de Castilla y León, las condiciones de salud de las personas que residen en centros de personas mayores, de manera general, requieren de una atención sanitaria importante. La tendencia hacia un concepto distinto de la vejez se está produciendo, como con los grupos de influencia de personas mayores, el denominado poder gris¹. Pero hasta que ese momento llegue en su totalidad, y sea la sociedad española en su generalidad la que haya experimentado el cambio de mentalidad, el modelo de atención a las personas mayores debería contemplar esas necesidades de salud, sin olvidar para nada esas necesidades sociales.

Así mismo, esta revisión debe tener en cuenta que las características de la población en la comunidad de Castilla y León suponen grandes diferencias, debido al ámbito de procedencia, rural o urbano:

“La población de una residencia en el centro de una ciudad, con precios muy elevados, donde accede un tipo de población que tiene una formación en muchos casos universitaria o de estudios superiores, no tiene nada que ver con la población que llega a estos centros de zona rural, donde la gente tiene muy poca formación, donde algunos no saben leer o lo hacen con dificultad, incluso entienden con dificultad” (RPrR2).

Por tanto, el decreto comete un error, parte del principio de individualidad de las personas mayores, pero marca unas directrices generales, sin tener en cuenta las características completamente diversas de la población, a pesar de partir del mismo territorio.

¹ Poder Gris: término al que hace referencia la influencia política y económica que pueden llegar a tener las personas mayores.

Por otro lado, el cambio en la filosofía de atención no se debe dar por la imposición de un decreto, que, además, en este momento está parado por el Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León. El cambio de filosofía debe darse por la creencia de la comunidad de los centros residenciales, que el modelo de Atención Centrada en la Persona y el proyecto “en Mi Casa” es la mejor forma de atención a la persona mayor, pues así es la forma en la que ambos pueden tener éxito. En las residencias en las que no se parte de este convencimiento en el modelo, éste no se está aplicando:

“En una de las residencias que fuimos a visitar, donde tenían el proyecto implantado, nos contaron que desayunaban con los residentes, y eso no sé, a mí eso por ejemplo no me parece que sea muy oportuno. Es tener una persona ahí solo para que desayune con ellos, que hagan la comida juntos. Aquí desde luego que no se va a hacer.” (RPrR1).

Por tanto, se puede concluir, que la solución para una atención a las personas mayores, adecuada, ética y donde la persona sea la dueña de su vida, no es la imposición de un decreto. Es el camino, es un gran paso, pues marca la intención de la gerencia, pero si hay residencias donde no está calando, significa que no es la única manera. De este modo, se deberían buscar estrategias, ya sean de formación, o de revisión real, para garantizar que todas las residencias de personas mayores apliquen el modelo de Atención Centrada en la Persona, pues es el que garantiza el respeto a los derechos y deseos de las personas mayores.

Es destacable, así mismo, la posición de las personas mayores en cuanto a los cambios en los centros residenciales. Muchos de estos se encuentran en una posición de resistencia a la implantación de los modelos en las residencias. El modelo asistencial se lleva aplicando en las residencias durante mucho tiempo, y el papel de las personas mayores era pasivo, sin un lugar en la toma de decisiones. Así, como señalan los profesionales:

“El sistema ha creado personas dependientes, con el tipo de modelo de atención asistencial, ahora no podemos pretender que el del día a la mañana, vuelvan a ser independientes.” (RPrU1).

Las propias personas mayores son reticentes al cambio de modelo, pues muchos no entienden cuál es el motivo del cambio de modelo, piensan que el hecho de estar en la unidad de convivencia significa un mayor nivel de asistencia, o simplemente supone un cambio que no quieren asumir porque se sale de su rutina habitual.

“Ellos mismos no quieren estar en la unidad, quieren hacer las actividades de antes con el resto de residentes, y quieren estar con su colega, que no forma parte de la unidad, y es con quien pasaba todo el día, o por qué no puedo dormir con mi compañera que he tenido desde el principio aquí” (RPrR3).

Las personas mayores no están entendiendo la filosofía, el cambio, los beneficios que supone para ellos. Así, es muy complejo poner en marcha los cambios, y que estos cuenten con la participación activa de las personas mayores.

Para concluir, se deben señalar las diferencias percibidas entre los centros residenciales de titularidad pública y privada. Estas diferencias hacen referencia sobre todo al apoyo e intervención por parte de la Administración. Los profesionales de las residencias de titularidad pública resaltan la función de acompañamiento y guía que hace la administración. Empezando por una formación de calidad a todos los profesionales de la intervención:

“(La administración) Han organizado cursos de formación, junto con profesionales de referencia del modelo, como Teresa Rodríguez, que ha estado varias veces, o Mariaje Goicotxea, como referencia en ética, hemos desarrollado formación sobre el modelo y las distintas partes que desarrollan el modelo, fundamentalmente que el profesional de referencia conociera que funciones aparte de empaparse del espíritu del modelo que pudiera concretar un poco sus funciones. Además, hay un seguimiento, debido a que estamos adheridos a un reglamento de obligado cumplimiento.” (RPrU2).

Sin embargo, tanto en las residencias de titularidad privada, como en las de titularidad concertada, la formación se dirige a los técnicos, es decir, director, trabajador social, terapeuta ocupacional, médico, enfermeros, y fisioterapeuta. La formación de los

profesionales de referencia, que serán las auxiliares de enfermería, es de responsabilidad de los técnicos:

“Está en que nosotros le vayamos trasladando al resto de profesionales como queremos que se vaya extendiendo” (RPbR3).

“Las auxiliares aún no han recibido la formación, que la vamos a dar la terapeuta y yo, y a ver qué tal.” (RPrR1).

De este modo se puede destacar que el papel que juega la administración como impulsor del cambio hacia un nuevo modelo, no es el mismo para las residencias públicas que para las privadas, siendo para las primeras una guía, y una fuente clara de información, pero no así para las segundas. De este modo, los profesionales de las residencias privadas, se encuentran con una dificultad a mayores, y esto hace mermar la motivación para el cambio de modelo y la implantación del proyecto “en Mi Casa”, que como afirma uno de los profesionales:

“La idea en un principio es chulísima, que se puedan convertir las residencias en casas, donde se encuentre la persona más a gusto, que esté decorada y hecha a tu gusto, con tus preferencias, que se invite a quien se quiera, que se pueda amoldar a todo como era tu vida. Pero en la práctica es muy difícil de llevar a cabo, y supone una desmotivación.” (RPrR3).

Por otro lado, como se ha señalado con anterioridad, una de las reticencias principales hace referencia al papel de los profesionales. Las instituciones se encuentran con grandes problemas con la organización del personal, los ratios, el cambio de mentalidad en ellos, y las nuevas responsabilidades que deben asumir.

“No solo es que no tengamos los técnicos guías, es que las auxiliares no saben, porque por mucho que nos reunamos con ellas, les demos pautas, no es algo sencillo. Fíjate si hemos tenido problemas, que de las compañeras que empezaron como profesionales de referencia, una ha renunciado, porque no dormía, estaba tan asustada que renunció.” (RPrR3).

“Se necesita más personal para tener personal de referencia, y tenerlo muy coordinado y organizarlo, porque si uno causa baja quien lo va a sustituir, las vacaciones, se exige una buena planificación.”(RPbU3).

“Los ratios de personal son el problema principal, de hecho yo creo que el problema es que la normativa autonómica y estatal establece unos mínimos muy mínimos de personal de atención directa.” (RPbU2).

Después de este análisis, se puede concluir que el cambio de modelo es absolutamente necesario, que es el mejor modo de atención a las personas mayores en los centros residenciales, además de ser la actuación más ética.

Pero así mismo, el decreto tiene algunos fallos que se deberían revisar para una implantación más efectiva del modelo y proyecto, con unas guías más claras de actuación.

5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Después del estudio realizado, hemos podido conocer en profundidad las carencias de aplicación del Modelo de Atención Centrada en la Persona y el proyecto “en Mi Casa”. Así, encuentro la necesidad de realizar una serie de propuestas con unas pautas de aplicación para ambos.

Para empezar con los cambios en los centros residenciales, no se debe empezar por la creación de Unidades de Convivencia, sino por un cambio de modelo en todo el centro, para, de este modo, evitar las diferenciaciones de trato entre los residentes de las mismas.

Para comenzar es necesaria hacer una formación en el Modelo de Atención Centrada en la Persona para toda la comunidad residencial:

Los profesionales de atención directa, generalmente, no tienen ninguna formación social, vienen de la rama sanitaria, así muchos no comprenden el modelo, y que las prioridades en la atención son otras. Pero no solo, todos los profesionales que trabajan en la residencia, desde los encargados de la limpieza, de la cocina, o los que sirven la comida, deben recibir formación en el modelo. Esta formación debe basarse en una especificación clara de qué es el modelo, del trato que deben dar a las personas, y con un alto componente en ética.

También los usuarios deben tener claro qué es el modelo, qué implica, cuáles son los cambios que se van a hacer. No se puede plantear un modelo de Atención Centrada en la Persona sin tener en cuenta a la persona, las dudas que puedan plantearse, los cambios que van a sufrir, y sin tener en cuenta que es lo que ellos tienen que aportar, tanto en organización como en actividades, o cualquier otra propuesta que consideren para la mejora del proyecto.

El entorno de la persona mayor también debe ser receptor de la formación. Como han señalado los profesionales, el entorno es una parte fundamental de la vida de las personas, y por tanto son parte del centro. Es totalmente necesario que las familias

comprendan los cambios, integren la filosofía, en centro se abra para darles toda información que requieran, siempre y cuando el residente esté de acuerdo.

Si todos los implicados en el centro residencial tienen integrada la filosofía, el modelo y conocen en profundidad como debe ser la práctica profesional, llevar a cabo la implantación del Modelo de Atención Centrada en la persona será muy sencillo.

En cuanto a la organización del centro, es necesario que después de la formación, se comience a incorporar la figura del profesional de referencia. Para ello se deben cambiar los ritmos del centro, plantearse la ampliación del personal del centro, y realizar unos turnos fijos. Es fundamental, que el ciclo de formación fluya entre todos los profesionales, partiendo de los profesionales de referencia hacia el resto, este es el único modo de subsanar la organización en cuanto a las posibles ausencias de los profesionales de referencia.

Así, se establecerán reuniones semanales para tratar entre todos los profesionales los asuntos de cada residente. Los profesionales de referencia realizarán un pequeño informe diario de incidencias, para poder comunicar y tratar con el técnico correspondiente, o tomar las acciones pertinentes. De este modo, todas las necesidades de las personas mayores son atendidas y comunicadas.

Se debe trabajar en la relación de confianza entre el profesional de referencia y la persona mayor, y si esta no se produce o sucede algún problema, se puede cambiar de profesional de referencia, y hacer una reasignación. Del mismo modo, a la hora de asignar, se deben tener en cuenta las relaciones previas entre los profesionales y las personas mayores.

Para seguir con la implantación del modelo se debe buscar actividades de tipo lúdico que promuevan la autodeterminación, el empoderamiento y las relaciones entre las personas mayores.

En un principio será necesario guiar a la toma de decisiones, siendo las actividades propuestas por el equipo profesional, pero progresivamente deben ser las personas mayores quienes decidan en su totalidad en qué ocupar el tiempo.

Las actividades que se pueden ser actividades como realizar un huerto, cuidar de unas mascotas, actividades de teatro, o sesiones de cine donde se puedan trabajar temáticas que puedan interesar o preocupar a las personas residentes. Las actividades se deben realizar siempre en función de la población de la residencia, siendo distintas según el perfil de los residentes, o la ubicación del centro.

Se debe dar voz a los residentes, ya que son ellos quienes deben decidir y dirigir. Para ello, se crearán consejos de residentes y consejos de familiares, para que puedan realizar propuestas comunes, y sean un órgano organizativo y consultivo del funcionamiento del centro.

La evaluación es una parte fundamental de cada proceso, y por ello, se debe tomar un tiempo para reflexionar sobre la puesta en marcha del modelo, de una manera interna. De este modo, se puede conocer que es lo positivo, lo negativo, y las posibles mejoras que se pueden llevar a cabo. Es importante que participe toda la comunidad residencial, profesionales, técnicos, personas mayores, y entorno familiar.

Desde el momento de asignación de los profesionales de referencia, se debe comenzar a realizar las historias de vida y proyectos de vida. En la formación se darán estrategias y claves para realizarlos. Esta es una de las partes más importantes, ya que son las herramientas principales del modelo para conocer a los residentes, sus aspiraciones, y por tanto, plantear una intervención adecuada a cada persona.

Una de las preocupaciones principales de muchos profesionales de referencia, es llevar a cabo la realización de las historias y proyectos de vida, por ello los técnicos especializados en lo social, como pueden ser los trabajadores sociales, les deben dar unas pautas para mantener las conversaciones sin ser de manera intrusiva. Una de las claves para eliminar esta sensación de presión, será realizarlos cuando la relación de confianza se haya establecido, en el contexto diario, y no el hecho de mantener las conversaciones para rellenar un documento, sino para conocer a la persona.

Cuando el modelo de Atención Centrada en la Persona esté totalmente implantado, se haya revisado, y se hayan hecho las mejoras, es el momento de poner en marcha el

proyecto “en Mi Casa”. Según las recomendaciones y guías que se dan en el Decreto 14/2017, de 27 de julio, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León.

Como última recomendación es importante tener en cuenta el Decálogo de Atención Centrada en la Persona realizado por Martínez (2017):

“1. Todas las personas tenemos dignidad:

Con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo, el grado de discapacidad o dependencia, o cualquier otra circunstancia sociopersonal, las personas mayores son poseedoras de dignidad. Por tanto, deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.

2. Cada persona es única:

Ninguna persona mayor es igual a otra. Cada persona tiene su propio proyecto vital. Por tanto, la atención personalizada es imprescindible y debe dirigirse a apoyar proyectos de vida propios y significativos.

3. La biografía es la razón esencial de la singularidad:

La biografía es lo que convierte en única a cada persona mayor. Por tanto, ésta se convierte en el referente básico del plan de atención y vida.

4. Las personas tenemos derecho a controlar nuestra propia vida:

La persona mayor se considera como un agente activo y protagonista de su proceso de atención. Por tanto, se ha de respetar la autonomía de las personas y se deben buscar oportunidades y apoyos para que éstas tengan control sobre su entorno y su vida cotidiana.

5. Las personas con grave deterioro cognitivo también tienen derecho a ejercer su autonomía:

La autonomía no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. Y también la autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y

actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado.

6. Todas las personas tenemos fortalezas y capacidades:

Las personas mayores, aun teniendo altos niveles de dependencia, también tienen fortalezas y capacidades. Por tanto, la atención profesional no debe fijarse solo en los déficits y limitaciones, sino que ha de poner la mirada en fortalezas y capacidades de cada persona, relacionarse desde ellas y buscar el fortalecimiento de las mismas.

7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo:

Especialmente en las personas con deterioro cognitivo o con gran dependencia, el ambiente físico cobra una gran importancia en relación al bienestar subjetivo. Por tanto, es preciso lograr entornos hogareños, confortables, significativos, accesibles, predecibles y seguros.

8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar personal:

Lo cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realizan las personas mayores influye de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Por tanto, se han de procurar actividades plenas de sentido que refuercen la identidad de las personas, que respeten su edad adulta y que sean acordes a sus intereses. Actividades que además de servir de estímulo y terapia, eviten el aislamiento social y resulten agradables y motivadoras para cada persona.

9. El ser humano es un ser social y nos relacionamos desde relaciones de interdependencia:

Nos desarrollamos y vivimos en relación social y todos necesitamos de los demás para convivir y realizarnos plenamente. Mantener relaciones sociales tiene efectos positivos en la salud y en el bienestar de las personas. Esto sucede a lo largo de toda la vida, y especialmente cuando las personas se encuentran en situación de dependencia.

Por tanto, los otros -los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios- son esenciales en el desarrollo del proyecto vital de las personas a lo largo de todo el ciclo vital y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y el logro del bienestar físico y subjetivo.

También las personas mayores, incluso cuando tienen un deterioro importante, deben ser valoradas como alguien que aporta y contribuye al bienestar de otros y, por tanto, deben recibir apoyos para que esto así sea y así se visibilice.

10. Las personas somos seres multidimensionales dinámicos, por tanto, sujetos a cambios:

En las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Precisan apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, resulta imprescindible ofrecer una atención que integre intervenciones integrales, coordinadas y flexible.”

Las reformas arquitectónicas, no son la base de la intervención, son importantes, son herramientas, pero la flexibilización del centro residencial es lo fundamental.

Para llevar a cabo esta flexibilización, se deben eliminar los horarios, las normas rígidas, se debe abrir el centro a la comunidad, siendo el centro residencial un recurso más de la sociedad. Para ello se realizarán exposiciones, o se realizarán actividades escolares, incluso se pueden crear espacios de reunión. De este modo, no solo se flexibiliza el centro, sino que también se contribuye al cambio de visión de la sociedad sobre las personas mayores y las residencias.

6. COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

Es importante destacar que esta investigación es un Trabajo de Fin de Grado, y que como tal, debe reflejar las competencias que he ido adquiriendo durante los cuatro años anteriores como profesional del Trabajo Social.

En primer lugar, quiero destacar la capacidad para estudiar una parte de la realidad desde una nueva perspectiva. Si bien, existe bibliografía y autores que han tratado el tema de la ética en relación a las personas mayores, y otros que han estudiado los nuevos modelos de atención, la relación entre ambos temas es algo novedoso, y con poco campo de investigación.

Por otro lado, la razón de ser de esta investigación surge de asignaturas impartidas durante el Grado. En este trabajo se recogen conocimientos teóricos y prácticos que he adquirido en el trascurso de mis estudios, relacionando distintas materias, y aplicando conocimientos prácticos, como la detección de necesidades, formulación de propuestas y el estudio de campo.

Así mismo, durante la realización del trabajo he profundizado en un área concreta de intervención social, he ampliado mis conocimientos sobre el tema, y he analizado en profundidad una técnica del Trabajo Social para realizar mejoras en la misma.

7. BIBLIOGRAFÍA

Bermejo, F., De la Red, N., García, J., Fernández, J.L., Paniagua, R., Pacheco, M., Molina, M.V. y Castillo, A. (1996). *Ética y Trabajo Social*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Consejo General del Trabajo Social. (2019). Consejo del Trabajo Social. España: <https://www.cgtrabajosocial.es/#2>

Consejo General del Trabajo Social. (2012). *Código Deontológico de Trabajo Social*. Recuperado de https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico

Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Centro de Ciencias Humanas y Sociales. (2018). Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos (17). Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>

Cordero, P. (2006). Situación social de las personas mayores en España. *Humanismo y Trabajo Social*, 5, pp. 161-195. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2240390>

Decreto 14/2017, de 27 de julio de 2017, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León, núm. 145, de 31 de julio de 2017, pp. 31600-31643

Díaz, P., Uriarte, A., Yanguas, J., Cerdó, M.F., Sancho, M. y Orbegozo, A. (2016). ¿Estamos mejorando la atención? Efectos de intervenciones relativas al Modelo de Atención Centrado en la Persona en un grupo residencial. Doi: <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147.61.04>

García, M.A. y Hombrados, M.I. (2002). Intervención psicosocial con personas mayores: Los talleres de ocio como recurso para incrementar su apoyo social y control percibidos. *Intervención psicosocial*, 11(1), pp. 45-48.

Goikoetxea, M.J. (2013). Ética y buen trato a personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, pp. 424-448. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/eticabuentratogoikoetxea.pdf>

Hernández-Arteaga, I. (2012). Investigación cualitativa: una metodología en marcha sobre el hecho social. *Rastros Rostro*, 14 (27), pp. 57-68. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6515553>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2017). *Informe 2016. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónoma*. Madrid, España. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf

Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Series de población*. Madrid, España. Recuperado de <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/l0/&file=02002.px>

Junta de Castilla y León. (2006). *Plan regional sectorial de atención a personas mayores, 2004-2007*. Recuperado de: http://bibliotecadigital.jcyl.es/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=10121916

Junta de Castilla y León. (2019). *Servicios Sociales*. Castilla y León, España. Recuperado de: <https://serviciosociales.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1246991411473/ / />

Ley 3/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León, núm. 108, de 6 de mayo de 2003, pp. 17158-17172. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-9100>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 299, de 15

de Diciembre de 2006, pp. 44142-44156. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990&p=20180704&tn=1#s1>

Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León. Boletín Oficial de Castilla y León, núm. 244 de 21 de Diciembre de 2010, pp. 96970-97029. <http://bocyl.icyl.es/boletines/2010/12/21/pdf/BOCYL-D-21122010-1.pdf>

Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato de personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, pp. 209-231.

Martínez, T. (2017). Decálogo de la Atención Centrada en la Persona. Recuperado de: <http://www.acpgerontologia.com/acp/decalogodocs/sudecalogo.htm>

Mesías, O. (2009). *La investigación cualitativa*. Recuperado de: https://www.academia.edu/22351468/LA_INVESTIGACION_CUALITATIVA

Pelegrí, X. (2013a). Ética de las organizaciones de Servicios Sociales (Parte I). *Cuadernos de Trabajo Social*, 26 (1), 139-148. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/40497/40096>

Pelegrí, X. (2013b). Ética de las organizaciones de Servicios Sociales (Parte II). *Cuadernos de Trabajo Social*, 26 (2), 359-369. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/40498/41393>

Porcel, A. (2001). Retos del Trabajo Social en la atención asistencial a mayores. *Cuadernos de Trabajo Social*, 14, pp. 270-290. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=268633>

Rodríguez, C. (2017). Documentación de la asignatura Ética y Deontología del Trabajo Social.

Rueda, J.D., Lucas, J., Tovar, F. (2015). Más allá de las buenas prácticas: Reflexiones sobre el Trabajo Social en la sociedad actual. *Agathos, atención sociosanitaria y bienestar*, 2.

Rueda, J.D. (2018). Documentación de la asignatura Autonomía y Dependencia: Envejecimiento y Discapacidad.

Ruíz, J. I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. Recuperado de: http://www.webquestcreator2.com/majwq/public/files/files_user/41661/05.%20Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20Investigaci%C3%B3n%20Cualitativa.pdf

Sánchez, I. (2013). Reflexiones sobre el envejecimiento. En M.J. Gómez. (Ed.), *La atención a las personas mayores desde una aproximación multidisciplinar* (pp. 13-48). Barcelona: Horsori Editorial.

Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1990). *Introducción a los métodos cualitativo: La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.

Yusta, R. (2017). El Trabajo Social y el método de atención centrada en la persona en el ámbito de la Gerontología. *Trabajo Social Hoy*, 81, 19-28. Doi: 10.12960/THS.2017.0008.

VÍDEOS

Goikoetxea 2015:

Norai, B. [noraibilbao]. (2015, Enero 28a). Vivir con dignidad, ¿cómo? [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=YzB30r-25zl>

Norai, B. [noraibilbao]. (2015, Enero 28b). Vivir con dignidad, ¿cómo? [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=0sn9hWjJEsU&t=13s>

Norai, B. [noraibilbao]. (2015, Enero 28c). Vivir con dignidad, ¿cómo? [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=oLkM6gsF9o4&t=2464s>

ANEXOS.

ANEXO I.

Guión entrevista para residencias que aplican el proyecto “en Mi Casa”:

Hola, quería que me hablara del proyecto “en Mi Casa”.

1. ¿Desde cuándo comenzaron a aplicar este proyecto?
2. Sobre la adaptación del modelo tradicional al modelo Mi Casa, ¿dónde diría que han llegado o que han conseguido aplicar?
3. ¿La implementación o desarrollo ha afectado a toda la residencia o sólo a alguna sección?

Si es así, ¿cuántos residentes forman parte de esta experiencia?

4. ¿De qué manera seleccionaron a los residentes? ¿qué criterios tuvieron en cuenta?
5. Antes de iniciar el proceso de adaptación, ¿qué formación tuvieron los diferentes profesionales que estarían implicados?
6. ¿Qué cambios tuvieron que hacer en la organización?
7. ¿Qué cambios tuvieron que hacer en el edificio?
8. ¿Qué papel juegan los familiares?
9. Podría decirme si han alcanzado o conseguido cambios importantes en la calidad o bienestar de los residentes que forman parte del proyecto.
10. ¿De qué es de lo que está más satisfecho/a de lo conseguido hasta la fecha?
11. Hábleme de las ventajas del modelo

12. Hábleme de los inconvenientes del modelo para implementarlo en un centro que tiene una historia, unos profesionales, o unas estructuras concretas.
13. ¿Cómo han ido superando o afrontando estas dificultades?
14. ¿Piensa que merece la pena haber intentado asumir este modelo?
15. El nivel de satisfacción de los profesionales ¿ha cambiado? ¿se encuentran más implicados y satisfechos con su trabajo, les supone más trabajo o estrés?
16. ¿Diría que los residentes están más contentos y que realmente se sienten “casi” como si estuvieran en su casa?
17. Hábleme de las familias de los residentes: ¿ha mejorado su relación con sus familiares? ¿se implican más? ¿colaboran con la dirección?
18. ¿Qué inconvenientes ve a este modelo para que realmente pueda aplicarse en todas las residencias?: el tamaño de las residencias, la edad de los residentes, la gestión, la organización, la implicación y formación de los profesionales, etc.
19. ¿Dónde ha encontrado más resistencias, en los profesionales, en los residentes, en la familia?
20. ¿Piensa que el modelo Mi Casa aplica mejor lo que se llama “intervención centrada en la Persona”?
21. ¿De qué manera saben cuáles son los gustos o deseos de los residentes?
22. ¿Plantean con los residentes las cosas que van a hacer?
23. Por parte de la Administración (Gerencia de Servicios Sociales), ¿hay algún seguimiento o asesoramiento, sobre este modelo de gestión?
24. Si tuviera que empezar de nuevo, después de lo que ha aprendido (dificultades, errores, acierto) ¿qué no haría y qué sí haría?

25. Hágame una valoración general de las ventajas e inconvenientes desde su experiencia.
26. ¿Qué relación ve entre los nuevos modelos de atención a las personas mayores y la ética profesional?

ANEXO II

Guión entrevista para residencias que no aplican el proyecto “en mi Casa”:

Hola, quería que me hablara del Modelo de atención centrado en la persona.

1. ¿Desde cuándo comenzaron a aplicar este modelo?
2. Antes de iniciar el cambio a la nueva filosofía, ¿qué formación tuvieron los diferentes profesionales?
3. ¿Qué cambios tuvieron que hacer en la organización?
4. ¿Qué papel juegan los familiares?
5. ¿Podría decirme si han alcanzado o conseguido cambios importantes en la calidad o bienestar de los residentes?
6. ¿Evalúan con los profesionales y con los familiares los logros o los problemas que se encuentran?
7. ¿De qué es de lo que está más satisfecho/a de lo conseguido hasta la fecha?
8. Hábleme de las ventajas del modelo
9. Hábleme de los inconvenientes del modelo para implementarlo en un centro que tiene una historia, unos profesionales, unas estructuras concretas.
10. ¿Cómo han ido superando o afrontando estas dificultades?
11. ¿Piensa que merece la pena haber intentado asumir este modelo?
12. El nivel de satisfacción de los profesionales ¿ha cambiado? ¿se encuentran más implicados y satisfechos con su trabajo, les supone más trabajo o estrés?
13. ¿Dónde ha encontrado más resistencias, en los profesionales, en los residentes, en la familia?...

14. ¿De qué manera saben cuáles son los gustos, deseos. de los residentes? ¿Cómo obtienen esa información?
15. ¿Plantean con los residentes las cosas que van a hacer?
16. ¿Cuáles son los cambios más relevantes que se ven desde que se ha cambiado el modelo de atención?
17. Hágame una valoración general de las ventajas e inconvenientes desde su experiencia.
18. ¿Piensa que el modelo Mi Casa aplica mejor lo que se llama “intervención centrada en la Persona”?
19. ¿Cómo han seleccionado a los participantes en la unidad del proyecto en mi casa?
20. ¿Piensa que es un proyecto que se pueda aplicar en todas las residencias? ¿piensa que se podría aplicar con todos los residentes?
21. ¿Cuál es la relación entre la ética y los nuevos modelos de intervención?