



Universidad de Valladolid

Trabajo Fin de Grado en Trabajo Social

LA ATENCIÓN CENTRADA EN PERSONAS MAYORES EN AMBITO RESIDENCIAL

Autoría: Sergio Casaseca Sastre

Tutoría: Francisco Javier Sánchez Galán

Curso: 4º Trabajo Social

Facultad de Educación y Trabajo Social

Fecha de entrega: 23/06/2016

INDICE.

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.	6
1. Personas Mayores	6
1.1. Bienestar y calidad de vida en las Personas Mayores	8
1.2. Empoderamiento	12
1.3. Centros Residenciales	14
2. La Atención Centrada en la Persona como enfoque y modelo	18
3. Origen y referentes de la Atención Centrada en la Persona	21
METODOLOGIA	23
CAPITULO 2. EXPERIENCIAS, MODELOS Y APLICACIONES EN EL AMBITO INTERNACIONAL Y NACIONAL	25
1. Modelos y aplicaciones de la Atención Centrada en la Persona en el ámbito Internacional en los Servicios de Atención a Personas Mayores	25
2. Modelos y aplicaciones de la Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos en España	29
CAPITULO 3. DESCRIPCION Y ANALISIS DEL MODELO CENTRADO EN LAS PERSONAS MAYORES EN EL AMBITO RESIDENCIAL	32
1. Descripción del modelo y características	33
1.1. Funciones y roles de los profesionales	35
1.2. Unidades de convivencia	37
2. Análisis del modelo	39
2.1. Revisión de estudios e informes	40
2.2. Entrevista a los/as profesionales	42
2.3. Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del modelo.	44
CONCLUSIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50
ANEXOS	57

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1: Evolución estimada de la población en España, 1959-2050	8
Tabla 2: Dimensiones e indicadores de la calidad de vida.	11
Gráfico 1: Población de 65 y más años en España en residencias por Edad y Sexo	15
Tabla 3: Decálogo de la Atención Centrada en la Persona	20
Tabla 4: Características de la Atención Centrada en la Persona	35
Tabla 5: Diferencias del rol de los/las profesionales según el modelo de atención residencial	37
Tabla 6: Características de los diferentes modelos de atención	39
ANÁLISIS DAFO: DAFO Atención Centrada en las Personas Mayores en ámbito residencial	45

RESUMEN

El objetivo de este trabajo de fin de grado es describir en profundidad y analizar los beneficios que tiene en los residentes el nuevo modelo de atención centrado en la persona en ámbito residencial a partir de una revisión bibliográfica. En primer lugar se describe al colectivo de personas mayores y la situación demográfica actual de España en relación a ellos. Posteriormente se describe su origen y las experiencias llevadas a cabo en el ámbito internacional y nacional, así como la situación de este nuevo modelo en los servicios gerontológicos de este país. Más adelante se desarrolla exhaustivamente el funcionamiento del modelo con sus características, roles de los/as profesionales e instrumentos para su adecuada aplicación. Y por último se analizan los beneficios, dificultades y riesgos que este nuevo modelo aporta al colectivo, a las familias, y a la organización en su implantación en residencias.

Palabras clave: modelo de atención centrado en la persona, Trabajo Social, empoderamiento, derechos, respeto, dignidad, atención, residencias de personas mayores.

ABSTRACT

The aim of this final project is to illustrate an in-depth description and analysis around the benefits of the new person-centred care model for the residents of elderly residences, based on a literature review. Firstly, there is a description of the elderly collective, as well as the current related demographic situation in Spain. The origin and international and national experiences undertaken are outlined later on, as well as the situation of this model in Spanish gerontology services. The characteristics of this model and its functioning, as well as the professional roles and instruments will be thoroughly developed afterwards. To sum up, the benefits, difficulties and risks that the establishment of this model take for this particular collective, their families and organization in elderly residences will be analyzed below.

Key words: person-centred care model, Social Work, empowerment, rights, respect, dignity, attention, elderly people residences.

INTRODUCCIÓN

El objeto de estudio en este trabajo de fin de grado es la Atención Centrada en las Personas Mayores en ámbito residencial. La elección de este tema viene motivada por la importancia que existe en ofrecer una atención de calidad para este colectivo, cada vez más amplio, en centros institucionalizados. Del mismo modo, escogí este tema por el desconocimiento y escasa implantación que aún se tiene en España sobre los modelos que se asientan en este enfoque; por el reciente decreto 3/2016, del 4 de febrero, por el que se regula la implantación del nuevo modelo de atención para todos los centros de personas mayores de carácter social ubicados en Castilla y León; por el estrecho vínculo que tiene con los principios del Trabajo Social; y por tratarse de un tema de actualidad en donde están a debate la atención de los servicios gerontológicos de España, dado que se plantea superar el actual modelo de atención tradicional que se basa en una atención asistencial centrada en los servicios, en favor del modelo descrito en este trabajo que parte del reconocimiento del valor y singularidad de las personas mayores y que vela por el respeto en la toma de decisiones y el control de los residentes sobre su propia vida.

En los últimos años, se aprecia dentro de los servicios de atención a personas mayores, un aumento en el interés por la Atención Centrada en la Persona. Pese a que es reconocido de manera internacional como uno de los pilares dentro de una atención de calidad y ya está implantado desde hace décadas en residencias de Australia así como en los países más desarrollados de Europa y Norteamérica, en España nos encontramos en una etapa inicial de desarrollo en donde aún se desconoce verdaderamente el significado y la manera en que toma forma organizativamente.

La Atención Centrada en la Persona se trata de un modelo profesionalizado que persigue apoyar a los usuarios para que sigan teniendo control sobre su entorno, todo lo relativo a sus cuidados y vida cotidiana, por medio del empoderamiento de sus capacidades, dotación de recursos y promoviendo su bienestar subjetivo. Un modelo que trata de incrementar la calidad de la atención a partir de dimensiones relacionadas con la calidad de vida. Un modelo de derechos que pivota sobre el principio de

autodeterminación de los residentes y que pone énfasis en las potencialidades de estos y no en sus déficits tratando de superar y alejarse del modelo actual tradicional de atención residencial que se caracteriza por una atención asistencial definida por procedimientos uniformes basados en la satisfacción de necesidades asociadas a clasificaciones de enfermedades y grados de dependencia, así como por condicionantes organizativos, es decir, un modelo basado en la provisión de servicios generalmente asistenciales o sanitarios y la gestión de estos.

En vistas a lo expuesto, el objetivo principal que pretendo con este trabajo es describir y conceptualizar el modelo de Atención Centrada en las Personas Mayores dentro de las residencias. Del mismo modo busco analizar el modelo respondiendo a la hipótesis “el nuevo modelo de atención residencial centrado en la persona mejora el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores”. Realizaré una comparación con el actual modelo de atención residencial, identificaré los beneficios que tiene para los residentes, el impacto en familias y profesionales así como los riesgos y dificultades que tiene para su implantación.

Para la consecución de estos objetivos la metodología que llevaré a cabo será:

- Para el objetivo descriptivo: una revisión bibliográfica de las publicaciones acerca de este modelo. Revisión de estudios de investigación científicos y teóricos, informes, manuales y publicaciones existentes de las experiencias tanto a nivel nacional como internacional de los autores más relevantes con la finalidad de describir su origen, funcionamiento, principios, características y situación actual.
- Para el objetivo analítico: además de la revisión bibliográfica de los estudios empíricos que analizan el beneficio en la calidad de vida, bienestar subjetivo de los residentes y en general el impacto en todos los actores implicados en el modelo, realizaré una serie de entrevistas a los/as profesionales que trabajan en el modelo de una de las experiencias pioneras a nivel nacional impulsada en 2012 por la Junta de Castilla y León llamada proyecto “en Mi casa”, mediante la cual se implantaron unidades de convivencia piloto en las 9 provincias de la comunidad. Dicha unidad de convivencia fue la primera implantada en una

residencia de una diputación provincial de la comunidad de Castilla y León, en este caso la Residencia Cardenal Marcelo dependiente de la diputación provincial de Valladolid. Las conclusiones a las que llegue con la revisión bibliográfica y las entrevistas las sintetizaré en un instrumento DAFO.

Apostar por el modelo de Atención centrado en la Persona en centros residenciales implica, ineludiblemente, un compromiso, esfuerzo y liderazgo por parte de los responsables públicos y privados de los centros y organizaciones, así como de los profesionales. Y es ahí en donde juega un papel primordial el trabajador social y constituye otra de las razones por las que escogí este tema. Nosotros como trabajadores sociales y tal como viene reflejado en nuestro código deontológico, tenemos una serie de derechos y deberes en relación con las instituciones con las que trabajamos, con otros profesionales y con los usuarios. Debemos de reflexionar sobre nuestro ejercicio profesional y apoyar cambios graduales dentro de las organizaciones. Diseñar una ruta de cambio que supere y evite la noción de seguridad como único criterio para el desarrollo de modelos de atención residencial por otro que se oriente a la calidad de vida de las personas y en donde la protección de derechos individuales y la promoción de la autonomía personal sean considerados pilares básicos.

La actividad profesional del trabajo social es objeto y sujeto de ética, supone por tanto una actitud profesional que se traduce en un continuo cuestionamiento de nuestra acción profesional y la de las organizaciones para las que trabajamos, por tanto, no podemos obviar la responsabilidad que tenemos en la protección y promoción de los derechos y deberes de los residentes.

La dignidad, principio básico del Trabajo Social, constituye una de las obligaciones que tenemos con el colectivo de personas mayores y uno de los ejes del modelo en cuestión. Luchamos porque los residentes puedan vivir la última etapa de su vida de acuerdo a sus preferencias y puedan desarrollar su propio proyecto vital. Para garantizar este derecho se requieren entornos adecuados y relaciones de aprendizaje y empoderamiento significativas para conseguir promocionar su bienestar subjetivo dotándolos de protagonismo y libertad en la toma de decisiones, este último constituye otro principio básico del Trabajo Social. Debemos respetar el código moral,

los valores y creencias de los usuarios ya que esa es nuestra responsabilidad como profesionales. En definitiva, el modelo de Atención Centrado en la Persona se sustenta bajo los mismos principios que nuestra profesión: dignidad, libertad, autodeterminación, individualización, personalización, reconocimiento de derechos humanos y sociales, promoción integral de la persona, respeto activo.

CAPITULO 1. MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.

1. Personas Mayores

La Gerontología es un campo que está cobrando especial relevancia en los últimos años debido a los cambios demográficos generados por el envejecimiento de la población. El término de Gerontología lo acuñó por primera vez Metchnikof (1903), como la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento de los seres vivos y de las personas en particular desde todos los aspectos: biológico, psicológico y socio tanto económico como cultural (citado a través de Filardo, 2011, p. 204).

La Gerontología según Laforest (1991) se caracteriza por tener los siguientes componentes:

- a) Por ser una reflexión existencial; está vinculada a lo humano. Y persigue una doble finalidad: desde la perspectiva cuantitativa, la prolongación de la existencia humana y, desde la perspectiva cualitativa, la mejora de las condiciones de existencia de las personas mayores.
- b) Por ser una reflexión científica y colectiva; el envejecimiento de la población ha originado un esfuerzo de reflexión existencial que implica buscar la calidad de vida del colectivo (citado a través de Fernández, 1999, p. 193)

Los principios rectores de la atención gerontológica son: personalización, integralidad, promoción de la autonomía y la independencia, participación, bienestar subjetivo, privacidad, integración social o continuidad de la atención (Martínez, 2013).

Los modelos que se basan en la Atención Centrada en las personas mayores defienden (como veremos más adelante en la descripción del modelo en el capítulo 3) derechos individuales como los vistos en los principios rectores de los servicios gerontológicos. Por tanto el modelo se ampara en prácticamente los mismos postulados. Resulta irónico comprobar que en España el modelo actual de atención residencial, que también veremos más adelante, choque con estos postulados al

caracterizarse por una atención asistencial, roles paternalistas de los profesionales y configurar a la persona mayor como un sujeto pasivo sin control sobre las decisiones que atañen su vida incidiendo negativamente en su bienestar subjetivo y calidad de vida.

La implantación de sistemas de calidad en los recursos gerontológicos en España es todavía reciente y se viene desarrollando mayoritariamente desde la casi exclusiva atención a la calidad de la gestión. Calidad de gestión y atención deben ser compatibles y complementarias. La gestión debe estar supeditada y ser coherente al modelo de atención. (Leturia, 2012).

Para analizar el colectivo de personas mayores es inevitable pararse en describir el actual problema demográfico que amenaza la sostenibilidad del sistema de pensiones del Estado de Bienestar. En los últimos años el envejecimiento de la población se ha convertido en una cuestión social. Las sociedades cada vez son más conscientes de este cambio demográfico debido a los innumerables informes. Así pues, según Amador, Cárdenas y Moreno (2006) el continente que presenta un porcentaje más alto de personas mayores en 1994 era Europa, con un 14% de personas mayores por encima de 65 años. En 2013, las estadísticas procedentes del Eurostat reflejaban que el 18,2% de la población total europea formaban parte del colectivo de la tercera y cuarta edad. España como es lógico no va a ser una excepción dentro de la Unión Europea.

Tabla 1:*Evolución estimada de la población en España, 1959-2050*

Años	Total España	65 y más		75 y más		80 y más	
	Absoluto	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1900	18.618.086	967.754	5,2	264.023	1,4	115.365	0,6
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	292.062	1,5	132.615	0,7
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	329.196	1,5	143.014	0,7
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	411.330	1,7	177.113	0,7
1940	25.877.971	1.690.388	6,5	512.902	2,0	222.498	0,9
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	629.186	2,2	272.478	1,0
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	815.433	2,7	368.975	1,2
1970	34.040.657	3.290.673	9,7	1.109.128	3,3	523.656	1,5
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	1.577.311	4,2	725.131	1,9
2001	41.116.842	7.037.553	17,1	5.404.513	13,1	1.663.040	4,0
2005	44.108.530	7.332.267	16,6	5.429.048	12,3	1.903.219	4,3
2010	46.017.560	7.742.903	16,8	3.942.861	8,6	2.236.565	4,9
2020	47.037.942	9.062.634	19,3	4.444.087	9,4	2.755.945	5,9
2030	47.559.208	11.192.700	23,5	5.440.808	11,4	3.338.953	7,0
2040	47.932.948	13.766.839	28,7	7.101.429	14,8	4.366.021	9,1
2050	47.966.653	15.325.273	31,9	8.729.934	18,2	5.644.340	11,8

Fuente: Adaptada de Abades y Rayón 2012

Los datos de la Tabla 1 proceden del INE de 2006 y las proyecciones han sido calculadas a partir del censo de 2001. Como podemos observar, las proyecciones calculan un incremento considerable de la población de personas mayores en España a medida que avanzan los años de tal manera que para el año 2050 se prevé que se incremente en un 15% las personas mayores de 65 años si lo comparamos con el año 2001. Podemos observar que el porcentaje de personas mayores de 65 años para el año 2050 sería del 31,9 %, para mayores de 75 años del 18,2 % y para mayores de 80 (la denominada cuarta edad para algunos autores) 11,8 %.

1.1. Bienestar y calidad de vida en las Personas Mayores

El problema del envejecimiento fue asumido por las Asamblea General de las Naciones Unidas a partir de 1977, finalizándose en una Asamblea Mundial sobre el envejecimiento celebrado en Viena en 1982, en dónde se acordó cooperar en el intercambio científico y técnico que tenga como objetivo formular recomendaciones que pudieran ser asumidas por los Gobiernos y avanzasen hacia objetivos de bienestar

físico, mental y social a lo largo del ciclo vital. Esto consiste en dar más vida a los años y no más años a la vida, enmarcando el tema de la vejez desde un punto de vista pluridisciplinar y positivo, demostrando que este estado no es peor que otro si evitamos los prejuicios y estereotipos (Carretero, Palacios y Marchesi, 1986).

Los organismos internacionales, tras años de desarrollo de los servicios de atención a personas mayores y debido al progresivo cambio demográfico, idearon nuevas estrategias en torno al colectivo de tal forma que nace el concepto de “envejecimiento activo” configurándose como una visión alternativa que introduce nuevos abordajes al diseño de intervenciones añadiendo otros factores determinantes y no sólo los sanitarios. Este término fue adoptado por la OMS a finales de los años 90 y lo definió en 2002 como “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. La palabra activo hace referencia a una participación continua en todas las esferas de la vida económica, social, cultural, espiritual y cívica y sin centrarse únicamente en si es activa laboralmente o en plenitud física (Bermejo, 2006). El año 2012, fue declarado el año europeo del envejecimiento activo, y la OMS hizo especial énfasis en que el envejecimiento activo lleva intrínseco entender esa etapa de la vida como un ciclo más de desarrollo personal y como añadíamos anteriormente “dar más vida a los años y no más años a la vida”

En España en el año 2011 se presentó en la sede del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), el Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Se trata de un documento elaborado por el gobierno de España que sirve de guía para mejorar la calidad de vida de las personas mayores y que contó con la colaboración de administraciones públicas, asociaciones de personas mayores, agentes sociales y múltiples expertos/as para su realización. Este documento presenta una serie de pautas, modelos y centenares de propuestas que hacen hincapié en los deseos y expectativas de personas mayores desde una visión que proyecta al futuro.

Uno de los objetivos del envejecimiento activo como hemos visto es la calidad de vida. La calidad de vida podemos definirla según Corraliza (1987), como el ajuste entre las exigencias, necesidades y oportunidades de la situación y las del individuo, tal

y como son percibidas por él y por la colectividad (citado a través de Bermejo, 2006, p. 66). Sin embargo la calidad de vida es un concepto subjetivo y difícil de definir según Farré, Frasquet y Roma en 1999 y posteriormente Velarde y Ávila-Figueroa en 2002 (citado a través de Pino, Bezerra y Portela, 2009, p.71). Por tanto no existe una definición consensuada actualmente sobre la calidad de vida. Aun así la mayoría de definiciones presentan dos componentes comunes según Pereira y Pino en 2003: utilizan un enfoque multidimensional como señala Jones y Peñas en 2002 y hacen especial énfasis en la valoración que la persona hace sobre su propia vida, es decir la propia percepción que tiene sobre ésta según Fernández-López, Hernández y Cueto en 1993 (citado a través de Pino, Bezerra y Portela, 2009, p.71)

El diccionario de Trabajo social publicado en 2012 conceptualiza una definición bastante detallada que alberga las dimensiones anteriormente citadas:

Es la percepción que una persona tiene de cómo transcurre su existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Siguiendo a Schaloch y Verdugo en 2003, podemos señalar las dimensiones que configuran la calidad de vida:

Tabla 2:*Dimensiones e indicadores de la calidad de vida.*

DIMENSIONES CALIDAD DE VIDA	INDICADORES
Bienestar físico	Salud, Actividades de la vida diaria, atención sanitaria, ocio
Bienestar emocional	Alegría, Auto concepto, ausencia de estrés
Relaciones interpersonales	Interacciones, relaciones, apoyos
Inclusión social	Integración y participación en la comunidad, roles comunitarios, apoyos sociales
Desarrollo personal	Educación, competencia personal, desempeño
Bienestar material	Estado financiero, empleo, vivienda
Autodeterminación	Autonomía/control personal, metas y valores personales, preferencias
Derechos	Humanos (respeto,dignidad,igualdad), legales (ciudadanía, acceso, justicia)

Fuente: Adaptada de Barranco (2004).

En consonancia con lo expuesto y con los servicios de atención a Personas mayores cabe destacar las conclusiones de Martínez en 2013:

Es necesario revisar el concepto de calidad en servicios sociales, evitando, entre otras cosas, otorgar a la seguridad la categoría de criterio único en la toma de decisiones o en el diseño de los recursos o intervenciones. Si se opta por una visión de la calidad orientada desde la calidad de vida de las personas, la protección de los derechos individuales y el desarrollo de la autonomía personal deben ser considerados asuntos nucleares. Es preciso que estos valores tengan mayor presencia y consideración en una “nueva cultura” de la calidad en los servicios de atención a personas en situación de dependencia.

Los modelos orientados desde la Atención Centrada en la Persona han de integrar las prácticas basadas en la evidencia que señalan efectos positivos para las personas mayores (relacionados tanto con la protección como con el beneficio terapéutico) con el respeto a sus valores/preferencias/bienestar subjetivo. Es importante evitar esta

disociación y considerar que ambas cuestiones han de ser contempladas

(p.16).

Siguiendo el código deontológico de Trabajo Social (2012), cabe destacar que el bienestar social y autonomía están estrechamente unidos, ya que en el concepto de bienestar es clave la concepción de la persona. Por tanto, nosotros como trabajadores sociales, cuando proponemos objetivos para los usuarios se debe de tener en cuenta tanto el principio de autodeterminación como su concepción del bienestar. El bienestar tiene que ver con el enfoque de las capacidades relacionado con la elección de su estilo de vida. Nosotros trabajamos desde la dimensión personal de las capacidades del usuario (físicas, psicológicas, culturales...) teniendo en cuenta las oportunidades que los sujetos tienen para alcanzar la vida que les es deseable, su percepción del bienestar. Por último recalcar, que desde el enfoque de la calidad de vida los bienes son importantes, pero desde un punto de vista instrumental, porque la calidad de vida está ligada a los deseos, elecciones, y el tipo de vida que cada uno quiere tener.

1.2. Empoderamiento

Es importante destacar el concepto de empoderamiento ya que cobra especial importancia en el aumento del bienestar y la calidad de vida en la vejez. Esta palabra es una traducción del inglés *empowerment*. Significa autorizar, habilitar, facultar según Smith, Davies y Hall en 1988 (citado a través de Arias y Iacub, 2010). Actualmente se trata de un neologismo usado para grupos sociales que precisan encontrar poder y control sobre sus decisiones. Este término surgió de la lucha feminista. “El empoderamiento se relaciona, (...), con el poder, cambiando las relaciones de poder en favor de aquellos que con anterioridad tenían escasa autoridad sobre sus propias vidas” (Romano, 2002). Por su parte Sen (2005) afirma que “si el poder significa control, el empoderamiento, por tanto, es el proceso de ganar control”. Batliwala en 1993 realiza otra definición recalcando dos aspectos: control sobre recursos (físicos, humanos, intelectuales, económicos y el de su propio ser), y control sobre la ideología (creencias, valores y actitudes).

Nosotros no nos centraremos en la definición de empoderamiento desde una dimensión económica y política sino desde una dimensión social y personal así como desde las relaciones de poder que se dan dentro de las instituciones.

Rowlands en 1997 destaca tres dimensiones del término empoderamiento que son las siguientes:

- Personal: refiere al aumento de la confianza y la capacidad individual y deshacer las consecuencias de la opresión interiorizada.
- Relaciones próximas: desarrollo de habilidades relacionales así como de la influencia en las decisiones.
- Colectiva: implica alcanzar un mayor impacto por medio del trabajo en conjunto (citado a través de Arias y Iacub, 2010).

Como veremos más adelante en la descripción del modelo de Atención Centrada en la Persona, estas dimensiones cobran especial importancia con la labor del profesional en los centros institucionalizados que configura uno de los elementos más importantes en la empoderación de los usuarios.

La Atención Centrada en la Persona plantea una atención profesionalizada desde un modo de relación con las personas usuarias basado en su empoderamiento. Esto implica el cambio de un modelo de atención paternalista hacia un enfoque de derechos y de desarrollo de la autonomía de las personas, sin por ello alejarse de las praxis profesionales basadas en la evidencia científica. (Martínez, 2013).

Hay que destacar la incidencia que los estereotipos entorno al colectivo tienen en el desempoderamiento. Bandura en 1977 realiza una investigación donde demuestra el modo en que las creencias culturales y las teorías implícitas sobre el envejecimiento influyen en la autonomía y la consecución de metas incluso para aquellas personas que tienen una visión o expectativas positivas ante el envejecimiento. Retomando de nuevo a Arias y Iacub (2010) afirmaron que “el proceso de confrontación con diversos estereotipos sociales negativos minan lenta y

progresivamente la consideración que los mayores tienen de sí mismos, ya que se les identifica con debilidades intelectuales y físicas, con la improductividad y la discapacidad sexual, entre otras atribuciones negativas, limitando con ello su autonomía y auto concepto". En relación a esto, es importante recalcar lo dicho por Martínez (2013), que el hecho de permitir y apoyar que las personas mayores tomen sus propias decisiones no significa que los profesionales carezcan de papel ni mucho menos en la responsabilidad de la atención. Entre otras cosas porque es esencial comprender que el empoderamiento para que las personas decidan cómo quieren vivir su día a día, es un proceso que lo profesionales apoyar, secuenciar y alimentar desde la escucha y la cercanía. Algunas personas mayores han perdido el hábito de tomar decisiones y es entonces cuando se debe intentar que, dentro de sus capacidades, puedan retomar ese control.

Por tanto se hace imprescindible una transformación ideológica y una confrontación de los estereotipos que estigmatizan al colectivo de personas mayores posibilitando oportunidades de empoderamiento, siendo las organizaciones y los profesionales que actúan en ellas agentes importantes en la elaboración de programas y propuestas para la consecución dichos objetivos. Tal y como dijo Verdugo en 2004, la calidad de vida no ha de ser concebida como un elemento más dentro del bienestar de las personas, sino que ha de configurarse como un modelo a seguir para la elaboración de programas centrados en la persona enfatizando en el "cambio en las prácticas profesionales y los servicios" (citado a través de Mañós, 2011, p.18).

1.3. Centros Residenciales

El trabajador social cuenta con una serie de recursos sociales para el colectivo de personas mayores. Clasificaremos las prestaciones en 4 tipos (Cal Crespo *et al.*, 2003, p. 295).

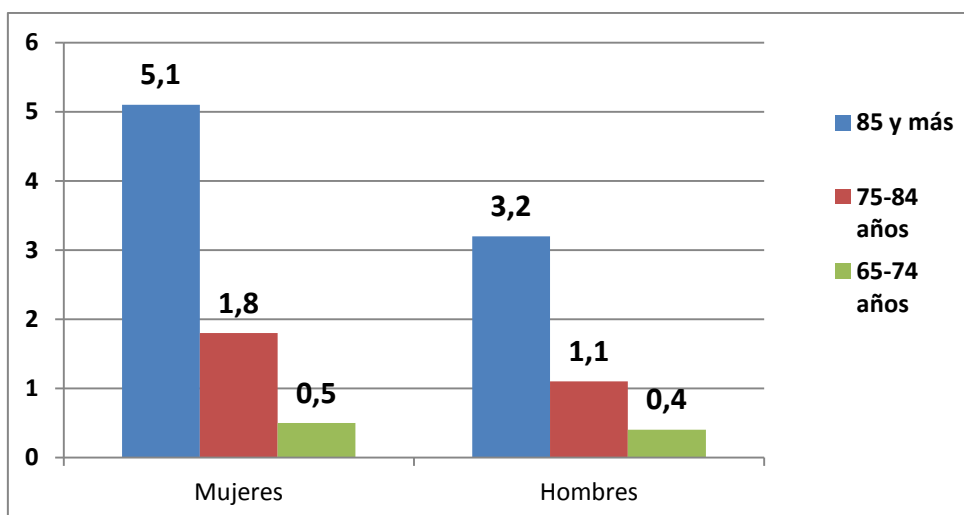
- Prestaciones residenciales: Residencias, programas de respiro familiar así como recursos alternativos de vivienda.
- Prestaciones no residenciales: Centros de día, servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia, hogares y clubs de encuentro.

- Prestaciones técnicas: ayudas individuales para prótesis, ayudas técnicas o adaptación del hogar.
- Programar de ocio y salud: programas de vacaciones, programas de termalismo social, educación para personas mayores, etc.

Esteban y Rodríguez en 2015 realizan un estudio basado en datos del Instituto Español de estadística y el EUROSTAT-Database, en dónde reflejan que el número de plazas en residencias en España a finales del 2012 era de 350.000 plazas repartidas en 5.490 centros. La media de plazas es de unos 63 residentes aunque existen variaciones en la ocupación. El porcentaje sobre la población total de España es de un 4,1% situándose cerca de la recomendación de la OMS de tener un 5%. Más del 70% de los centros residenciales son de titularidad privada así como el 75% de la oferta de plazas, siendo el 29% de las plazas gestionadas por medio del sistema de concertación entre el sector público y privado y el resto plazas de financiación a precios de mercado. El resto de residencias y plazas son de titularidad pública. A nivel general consideraron según el informe del IMSERSO del año 2010 que el 55% de plazas residenciales se ofrecen a precios de mercado y el resto están financiadas por el estado. Por último, de las 5.490 residencias para personas mayores en España, 4.100 son de titularidad privada con un total de 270.000 plazas ofertadas y unas 72.000 de ellas concertadas.

Grafico 1:

Población de 65 y más años en España en residencias por Edad y Sexo.



Fuente: Adaptado de Esteban y Rodríguez 2015 a partir de datos del EUROSTAT-Database, Population and social conditions. Population. Census. National level census 2001 round.

Como podemos observar en el gráfico, un 5,1% y un 3,2% de hombres mayores de 85 años se encuentran actualmente residiendo en residencias españolas. Las personas con edades comprendidas entre 75 y 84 años, un 1,8% son mujeres y un 1,1% hombres. Por último las personas con edades entre 65 y 74 años, un 0,5% son mujeres y un 0,4% hombres.

El desarrollo legislativo de *LAPAD*¹ contempla una serie de criterios de cualificación y calidad, catálogo de servicios, ratios profesionales y demás aspectos que permitirá en los próximos años ofrecer recursos más análogos en el conjunto del Estado. Sin embargo, los desequilibrios en la distribución territorial de las plazas residenciales suponen un indicador no alentador para la garantía en la equidad del acceso a los servicios. El Índice de cobertura en Castilla y León es del 7,03%, mientras que en otras Comunidades Autónomas como Galicia se sitúa en 2,96%. Además cabe sumar a estas desigualdades, diferencias sustanciales como tamaño, calidad de sus equipamientos y de sus modelos de atención y gestión, formación y ratios de personal, etc. (Libro Blanco del Envejecimiento Activo 2011).

Siguiendo el Libro Blanco cabe destacar que actualmente los modelos residenciales están sufriendo un fuerte debate social. En España se afianza un modelo residencial fomentado por los grandes proveedores de servicios, que brinda edificios de buena construcción, con capacidad superior a 100 plazas y una tendencia a la profesionalización. Por otro lado, en países como Holanda, Suecia, Dinamarca, EE.UU. o Reino Unido se consolida un modelo centrado en las preferencias de las personas, respeto a su intimidad y derechos individuales, es decir, un modelo cercano a los modos de vida normalizados que se desarrollan en la vivienda de las personas. Más adelante analizaremos estos dos extremos de modelos.

Retomando de nuevo la publicación de Esteban y Rodríguez (2015) podemos establecer que los esfuerzos en beneficio del bienestar de los mayores realizados en las últimas décadas del siglo XX y principios del siglo XXI se han visto afectadas considerablemente por la crisis económica en los países occidentales, lo que ha promovido la aplicación de políticas de austeridad y recortes en el estado de bienestar

¹ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

que afectan ineludiblemente a la calidad de vida de las personas mayores, fomento de su autonomía e inserción social. Los gastos en política social no han crecido al mismo ritmo que el PIB del país y de diferente forma a los demás países de la UE (INE, 2012). En esta misma publicación se cita una noticia del diario “El País”, que refleja que se está estudiando la posibilidad de implementación de un sistema de copago, que se sitúa entre 10 y 65% para las atenciones recibidas en el hogar y hasta 90% de los ingresos de la persona para las atenciones recibidas en residencias.

2. La Atención Centrada en la Persona como enfoque y modelo

Como señalábamos anteriormente, los servicios gerontológicos en España están cobrando especial importancia debido al envejecimiento de la población, a lo que se suma el creciente debate social en torno a los modelos de atención residencial. Diversos autores como Rodríguez en 2010; Martínez en 2011; y Vila, Villar, Celdrán y Fernández en 2012 ya señalaban el creciente interés en los servicios gerontológicos por la Atención Centrada en la Persona (citado a través de Martínez, 2013).

Como señala el propio Martínez (2013), la denominación de Atención Centrada en la Persona (ACP en adelante) proviene de la traducción del término *Person-Centred Care (PCC)* y que se ha estado empleando en diferentes campos como la salud, la atención a personas con discapacidad o a las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración. Este enfoque ha sido referido como elemento determinante para la mejora de la calidad asistencial a las personas mayores en países más desarrollados en políticas socio-sanitarias como son el Reino Unido, Países Nórdicos, Canadá, Francia, Australia o Estados Unidos, entre otros.

En los últimos años en España se ha mejorado sustancialmente los equipamientos y la profesionalización del sector gracias entre otras cosas a la voluntad de las administraciones públicas, sector privado y el conjunto de profesionales. Sin embargo, aquellos servicios que intervienen en los cuidados con personas mayores se diferencian no sólo en su estructura y organización, sino también en su modelo de atención centrándose más en la gestión de servicios en detrimento de una adecuada praxis profesional (Martínez, 2013).

Como apuntamos anteriormente en el punto 1. *Personas Mayores*. Los principios rectores de la atención gerontológica son la personalización, integralidad, promoción de la autonomía y la independencia, participación, bienestar subjetivo, privacidad, integración social o continuidad de la atención. Sin embargo cabe destacar la puntualización de Martínez en 2013 que afirmó que:

Estos principios, a pesar de ser generalmente enunciados, pueden quedar en una mera declaración de intenciones si su concreción en el día a día de

los servicios y centros se tropieza con dificultades como la inflexibilidad organizativa, las prácticas y espacios que no protegen la intimidad o los procedimientos asistenciales uniformes que no permiten una atención personalizada.

El modelo ACP por tanto pretende servir de guía en las organizaciones encargadas de los cuidados de las personas mayores tal y como concluyó Martínez en 2009:

El modelo ACP pretende armonizar las organizaciones con las preferencias y deseos de las personas que necesitan atención y cuidados. La autonomía (entendida como la capacidad y derecho de las personas para decidir sobre nuestra propia vida) compone un aspecto primordial en la atención cotidiana y la gestión del centro o servicio se supedita a la calidad de vida de las personas.

Morgan y Yoder en 2011 afirmaron que el término Atención Centrada en la Persona no está siendo utilizado desde una única acepción o significado. Martínez en 2011 distingue al menos tres tipos de usos para la ACP: como enfoque, como modelos que lo conceptualizan y como metodologías de intervención acordes.

Como enfoque, engloba un conjunto de principios o postulados que orientan la atención dispensada desde diferentes niveles (organización, servicios o profesionales). Entre estos principios resaltan: el reconocimiento de cada persona como ser único y valioso, el conocimiento de las biografías, la importancia de la libertad y control en la toma de decisiones en el día a día de las personas mayores, y la importancia del entorno (espacio físico, cuidadores y organización) para empoderar a las personas por medio de recursos (Nolan, Davies, Brown, Keady y Nolan, 2003; McCormack 2004)

Este enfoque se puede resumir y caracterizar a través de las asunciones que establece Martínez en 2013 en forma de decálogo.

Tabla 3:
Decálogo de la Atención Centrada en la Persona

1-Todas las personas poseen dignidad: deben ser tratadas con igual respeto independientemente de su edad, grado de discapacidad/dependencia, enfermedad, etc.

2-Cada persona es única: todas las personas mayores son únicas y valiosas que precisan de una atención personalizada o individualizada

3-La biografía es la razón esencial de la singularidad: es el referente básico en el plan de atención. Lo que diferencia a cada persona del resto.

4-Las personas tienen derecho a controlar su propia vida: por medio del respeto a la autonomía de las personas mayores se consigue que estas tengan control sobre sus propias vidas, dotándolas de recursos para que sean protagonistas de su proyecto de vida.

5-La autonomía como derecho para las personas con gran deterioro cognitivo: no se renuncia a este derecho y se precisa buscar oportunidades y apoyos así como respetar las decisiones de aquellas personas designadas tutores por las propias personas incapacitadas.

6-Todas las personas tienen fortalezas y capacidades: los profesionales deben fijarse en las potencialidades de las personas mayores y no en sus déficits y limitaciones.

7-El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar subjetivo: tiene mucha importancia en el bienestar subjetivo. Es preciso lograr entornos accesibles, confortables, seguros y significativos con las preferencias de la persona.

8-El valor de la actividad cotidiana: las actividades cotidianas influyen significativamente en el bienestar físico y subjetivo de las personas mayores. Se precisa por tanto actividades que sirvan de estímulo y que hagan sentir bien a las personas.

9-Las personas son interdependientes: todo ser humano crece en un ambiente relacional. Por tanto son imprescindibles en el proyecto vital de una persona sus familiares, profesionales, voluntarios y amigos para la búsqueda del bienestar y autodeterminación.

10-Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios: en las personas mayores interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Se requiere de apoyos diversos y ajustados a diferentes situaciones por medio de atenciones integrales, coordinadas y flexibles

Fuente: Adaptada de Martínez (2013)

3. Origen y referentes de la Atención Centrada en la Persona

Podemos establecer el origen de la ACP en la psicología humanista, como apuntan la mayoría de autores, específicamente en Carls Rogers y la *Terapia Centrada en el Cliente* que diseñó el mismo Rogers en 1961. El trabajo desarrollado por Rogers se trasladó a los diversos campos de intervención de tal manera que en la educación se habla de la atención centrada en el alumno, en la salud se utilizan terminologías como medicina y salud centrada en el paciente y en la discapacidad dónde se refiere a la planificación centrada en la persona. Este último, la Planificación Centrada en la Persona en el campo de la discapacidad, surgió en el los años 70 como un movimiento de reivindicación de los derechos de este colectivo y más concretamente en la normalización en países como Canadá, EE.UU. y Reino Unido. Su fin primordial era, y es, la defensa de la autodeterminación y la visibilización de las potencialidades de este colectivo procurando recursos para su consecución (Martínez, 2013).

Esta Planificación Centrada en la Persona en el ámbito de la discapacidad nos es de utilidad para el colectivo de personas mayores ya que perseguía una metodología facilitadora para que la persona, teniendo en cuenta su determinada biografía, capacidades y deseos, planificase las metas que quiere alcanzar para mejorar su vida. Teniendo en cuenta lógicamente la autodeterminación de la persona también de forma indirecta por medio de otra persona en casos de incapacidad ofreciendo los apoyos necesarios (Mount 1990; Mount, Ducharme y Beeman, 1991; Moos y Wiley, 2003; Fundación San Francisco de Borja (FEAPS), 2007; citado a través de Martínez 2013).

El enfoque ACP se ha nutrido de aportaciones procedentes de tres fuentes como señala Martínez en 2013: las declaraciones y consensos internacionales para favorecer un envejecimiento positivo, (como referíamos en el punto *1.1 bienestar y calidad de vida en las Personas Mayores*), la ética y el conocimiento científico.

La ACP se alimenta de normativas nacionales e internacionales que buscan enfatizar en el respeto a la dignidad y la protección de derechos como la intimidad, la autonomía o la inclusión social. Destacamos:

- Declaración Universal de Derechos Humanos (Naciones Unidas 1948)
- Principios a favor de las personas de edad (OMS 1991)
- Modelo social de la discapacidad y Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001)
- Modelo de Envejecimiento Activo (OMS 2002)
- Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas 2006)
- Carta europea de derechos y deberes de las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración y asistencia (AGE y EDE, 2010)

Por último destacamos que la ACP tiene como marco de referencia la bioética y sus principios (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia) a modo de guía en cuanto a buenas prácticas profesionales (Beauchamp y Childress, 1979; Gracia, 1989, 1991; citado a través de Martínez, 2013).

También se fundamenta en contribuciones sustentadas en la evidencia científica como las que proceden de los modelos de envejecimiento exitoso o competente (Rowe y Kahn, 1987; Baltes y Baltes, 1990), de los modelos que introducen variables psicosociales como antecedentes de la dependencia (Baltes y Wahl, 1991; Little, 1988), de los modelos ecológicos (Bronfenbrenner, 1919; Kahana, 1975; Lawton 1975; Moos, 1974; Fernández-Ballesteros, 1987) o los modelos de calidad (WHO, 1996; Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1996, 1997; Schalock y Verdugo, 2002, 2003; citado a través de Martínez, 2013).

En definitiva:

La ACP se asienta en tres pilares que hacen que los modelos afines tengan una sólida base que integra la visión ética, el conocimiento empírico y las declaraciones y normativas democráticas que reconocen la igualdad de oportunidades como elemento fundamental para hacer efectivos los derechos de la ciudadanía (Martínez, 2013).

METODOLOGIA

Teniendo en cuenta la naturaleza del tema de investigación, las dificultades al tratarse de un modelo con escasa implantación y los objetivos planteados, se ha considerado que la metodología cualitativa es la más adecuada para la consecución de los objetivos de descripción del modelo de atención centrado en la persona y análisis de su influencia e impacto en los actores involucrados partiendo de la pregunta “el nuevo modelo de atención residencial mejora el bienestar y la calidad de vida de las Personas Mayores”.

Para el objetivo descriptivo: se llevará a cabo una revisión bibliográfica de las publicaciones acerca de este modelo (informes, libros, manuales, artículos de revistas, investigaciones científicas...) con la finalidad de contextualizar y definir el objeto de estudio, de describir su origen, funcionamiento, principios, características y situación actual. En primer lugar se desarrollarán las experiencias internacionales de este modelo así como de los proyectos a nivel nacional en las diferentes comunidades autónomas y por último se concluirá con la descripción exhaustiva de las unidades de convivencia (espacio donde se desarrolla el modelo). La revisión literaria contiene publicaciones de los autores más relevantes del tema en cuestión como por ejemplo Pura Diaz-Veiga (responsable de la implantación del modelo en residencias), entre otros.

Para el objetivo analítico: además de la revisión bibliográfica del compendio de estudios empíricos que analizan el beneficio en la calidad de vida, bienestar subjetivo de los residentes y en general el impacto en todos los actores implicados en el modelo, realizaré una serie de entrevistas a los/as profesionales que trabajan en el modelo de una de las experiencias pioneras a nivel nacional impulsada en 2012 por la Junta de Castilla y León llamada proyecto “en Mi casa”, mediante la cual se implantaron unidades de convivencia piloto en las 9 provincias de la comunidad. Dicha unidad de convivencia fue la primera implantada en una residencia de una diputación provincial de la comunidad de Castilla y León, en este caso la Residencia Cardenal Marcelo dependiente de la diputación provincial de Valladolid. Las conclusiones a las que llegue con la revisión bibliográfica y las entrevistas las sintetizaré en un instrumento DAFO. En

dicha unidad trabajan 5 profesionales, la entrevista se la realizaré a 3 de ellos, en concreto a dos auxiliares y al coordinador/a de la unidad de convivencia. Las entrevistas son de carácter abierto ya que de esta manera se obtiene información más rica y detalla sobre el impacto del modelo en los diferentes actores. Las cuestiones de la entrevista son las siguientes:

- La incidencia en el bienestar subjetivo y calidad de vida de las particularidades del modelo
- Vinculo de confianza entre el profesional de referencia y el residente
- Importancia de la participación de la familia
- Satisfacción laboral del profesional con este nuevo modelo
- Beneficios y riesgos de la implantación del modelo.

CAPITULO 2. EXPERIENCIAS, MODELOS Y APLICACIONES EN EL AMBITO INTERNACIONAL Y NACIONAL

1. Modelos y aplicaciones de la Atención Centrada en la Persona en el ámbito Internacional en los Servicios de Atención a Personas Mayores

Retomando de nuevo una de las obras de Martínez en 2013, establecemos que en diferentes países como los Países Nórdicos, Reino Unido, Australia, Francia o Estados Unidos surgieron movimientos e iniciativas gubernamentales para cambiar el modelo asistencial tradicional por uno nuevo que apueste por el enfoque de la ACP a través de una serie de programas y modelos afines a este que desarrollaremos a continuación.

Estos modelos son el resultado del rechazo de la ciudadanía a la atención que se daba en estas residencias tradicionales caracterizadas por una atención focalizada en la gestión de servicios, con horarios y normas rígidas, escasa personalización, así como escasas oportunidades de decisión para los residentes. Nacen de la reivindicación de tomar decisiones sobre la propia vida de la persona y sentirse como en su propio hogar.

Las alternativas que surgieron fueron varias y se acabaron enmarcando en el término conocido como *modelo Housing*. La razón de ser de este modelo es una puesta en marcha de apoyos y recursos para lograr la permanencia de las personas en su domicilio. Sin embargo, para aquellas personas que no pueden seguir viviendo en su casa se propone el ingreso en alojamientos que se asemejen lo más posible al concepto de hogar. Estos alojamientos defienden el trato digno y la defensa de los derechos de las personas mayores y más aún de las que precisen ser cuidadas por otros. Bajo el principio de “fuera de casa, pero como en casa” (Díaz-Veiga y Sancho, 2012; Rodríguez, 2011).

El Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España de 2004; Rodríguez en 2011 y Díaz; y Sancho en 2012 destacan algunas características de estos alojamientos:

- Combinación de espacios privados que velen por la intimidad (habitación individual) con espacios comunes que potencien las relaciones sociales (salón, cocina, jardín, comedor, etc).
- Organización en pequeñas unidades de convivencia (entre 6-20 personas)
- Decoración del inmueble al antojo de las personas para construir “un hogar propio y significativo”
- Búsqueda de un modo de vida similar al hogar con un abordaje terapéutico por medio de la realización de actividades significativas para la persona (hacer la compra, cocinar, realizar sus aficiones, etc).
- Atención profesional durante las 24 horas del día para personas con altos niveles de dependencia.
- El ritmo de la atención lo marcan las propias personas en función de sus preferencias. Las actividades del día a día las deciden los usuarios junto con los profesionales fuera de horarios estrictos.
- Se defiende la idea de “vivienda para toda la vida”, que implica que las personas puedan quedarse allí sin necesidad de trasladarse a otro recurso si así lo desean en caso de empeoramiento.
- Papel primordial a las familias y allegados, facilitándoles su incorporación en la vida cotidiana de cada unidad.
- Al ser recursos integrados por el entorno, se facilita las salidas al barrio, contacto con los vecinos y la comunidad.
- Las plantas y animales de compañía están permitidos y existe un espacio para niños.
- Los profesionales además de ofrecer cuidados personales y soporte para la realización de las actividades de la vida diaria también están dotados de habilidades relacionales como la escucha activa, empatía, inteligencia emocional, con el fin de generar bienestar y apoyo para la autonomía de los usuarios.
- Buscar la atención personalizada, teniendo en cuenta las preferencia y el proyecto vital de cada persona lo que implica la protección de las personas mayores pero también la asunción de ciertos riesgos.

Los países nórdicos fueron pioneros en los años 60 promoviendo cambios en las residencias tradicionales. Apostaban por la integración de políticas de vivienda, sanidad y servicios sociales, impulsando viviendas con servicios de apoyo para las personas en situación de dependencia. En Dinamarca desde 1987 se abandonó la construcción de residencias tradicionales a cambio de la construcción de viviendas en grupos muy reducidos de residentes que comparten espacios comunes con apartamentos privados.

De igual forma en Estados Unidos en la década de los 80 comenzó el definido como *Cambio de Cultura* en las residencias para personas mayores (The Culture Change Movement In Nursing Homes).

Se aprobó la ley OBRA 1987 (Omnibus Budget Reconciliation Act) que supuso un nuevo marco normativo en cuanto a residencias se refiere (nursing homes). Que también buscaba superar el modelo asistencial en favor de un modelo como un enfoque claramente marcado en la atención centrada en la persona. A partir de ahí surgieron modelos residencial como el Household Model o el Green Houses, iniciativas que proponen un modo de vida similar al housing descrito anteriormente.

Por último, Martínez recalca que la evolución e implementación de estos modelos de la Unión Europea ha sido irregular. En los años 90 se creó el grupo salmón (Saumon Group) que impulsaba una red de unidades de convivencia como alojamientos alternativos de residencias tradicionales, muchas de ellas para personas con demencia. En Francia también proliferaron las unidades de convivencia, llamadas viviendas compartidas o Cantou. Por los países nórdicos, Holanda, Bélgica, Reino Unido, Alemania o Francia también se extendieron.

Dentro del campo de la demencia también se han desarrollado bastante el enfoque de ACP. Tom Kitwood, fundador del Grupo de Demencias de la Universidad de Bradford manifestó la urgencia de revisar los modelos de atención en su publicación "The person came first" enfatizando en la necesidad de situar a la persona antes que a la enfermedad. Muy en la línea de lo mencionado antes de poner énfasis en los recursos de la persona y no en sus déficits. El mismo Tom Kitwood fue pionero en la aplicación del enfoque ACP en las residencias para personas con demencia. Afirmaba

que para la comprensión de los comportamientos de una persona, no sólo había que tener en cuenta el daño neurológico, su salud y estado físico en general, sino también su biografía e historia de vida, su personalidad y características del entorno en el que se encontraba. Este modelo se denominaba modelo enriquecido de la demencia (Brooker y Surr, 2005).

Kitwood en 2003 numeró una serie de necesidades psicológicas básicas en las personas con demencia, cinco en particular. Estas necesidades estaban presentes en cualquier ser humano, sin embargo, era labor de los profesionales de los servicios de atención a personas mayores ayudar a que estas necesidades sigan satisfechas para lograr un estado de bienestar óptimo. Las cinco necesidades en cuestión eran las siguientes (citado a través de Vila, Villar, Celdrán y Fernández, 2012):

- Confort (relacionado con mostrarse próximo a los demás)
- Identidad (saber quién es uno mismo)
- Apego (necesidad de la persona para formar vínculos o compromisos)
- Ocupación (necesidad de sentirse útiles y participación en actividades significativas para ellos)
- Inclusión (necesidad de sentirse parte de un grupo social)

La discípula de Kitwood, Dawn Brooker, propuso el modelo VIPS como ecuación para la atención centrada en la persona con demencia ($PPC=V+I+P+S$). La V hace referencia a la valoración de la persona con demencia y de las personas a su cuidado; la I al trato individualizado; la P a la perspectiva de la persona con demencia y la S al entorno social positivo donde la persona experimenta bienestar (Brooker 2004, 2005; citado a través de Martínez, 2013).

Esta misma mirada psicosocial de la demencia enfatizando en los recursos de la persona y no en sus déficits y enmarcado en el enfoque de la ACP también la siguen otros modelos como el Modelo de las Necesidades no cubiertas en las demencias, el modelo de descenso del umbral de estrés, las aportaciones de Roles y autoidentidad o el método de estimulación de las capacidades de las personas con demencia desde las actividades cotidianas de María Montessori (Mitty y Flores, 2007, citado a través de Martínez, 2013).

2. Modelos y aplicaciones de la Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos en España

El enfoque ACP tiene un amplio recorrido internacionalmente como hemos podido comprobar en el apartado anterior. Sin embargo, en los servicios gerontológicos en España no goza de la misma presencia y todavía se mantienen los modelos asistenciales tradicionales en donde se priorizan los cuidados sanitarios dentro de organizaciones con estructuras poco flexibles (Martínez, 2016).

En los años 80/90, en diversas Comunidades Autónomas se llevaron a cabo otros siseas de alojamiento alternativos a las residencias. Las denominadas Viviendas tuteladas, caracterizadas a modo de mini-residencias, los apartamentos para personas mayores o los acogimientos de personas mayores en familias ajenas. (IMSERSO, 2005). Sin embargo, este tipo de recursos no resulta efectivo para personas que precisan cuidados personales o en situación de dependencia lo que se traduce en el consecuente ingreso en residencias. (Martínez, 2016).

Actualmente, se observa mayor interés y apuesta en España de los servicios gerontológicos por los modelos basados en la calidad de vida de las personas, protección de derechos y orientación hacia la persona, así como la consciencia de generar cambios y mejoras de los recursos existentes. Siguiendo la reciente publicación de Martínez (2016), desarrollaremos a continuación las primeras experiencias aplicadas en España valorando la importancia que tienen por su carácter pionero y su utilidad como referentes de orientación al cambio.

- El proyecto “Etxean Ondo” (En casa, bien).

Iniciativa promovida por el Departamento de Trabajo y Asuntos Sociales del Gobierno del País Vasco en colaboración con la Fundación Matía. Iniciado en el año 2011 y con aplicación en domicilios, centros residenciales y de atención diurna. Se desarrolla al mismo tiempo distintas líneas de investigación cuyo fin es analizar los resultados conseguidos.

Centrándonos en las residencias, el cambio radica en una reorganización de los centros residenciales en diferentes unidades de convivencia (modelo Housing) con cambios a diferentes niveles:

- a) Ambientales: con cambios en equipamiento, diseño y decoración de los espacios seleccionados de tal modo que parezcan “hogares” en función de los intereses y estilos de vida de los residentes.
- b) Competencias de los cuidadores: Diseño de un programa de acompañamiento de los cuidadores para empoderar a los residentes. Combinando actividades formativas presenciales significativas, con monitorización de la práctica habitual en la unidad y el análisis de grabaciones de video.
- c) Organización de la atención y del desarrollo de actividades de la vida cotidiana: Implementación progresiva mediante una metodología participativa y flexible de las actividades de la vida cotidiana en la unidad. Implantación de gerocultores de referencia y rediseño de las rutinas cotidianas.

- El Proyecto “En Mi casa”

Proyecto liderado por la Junta de Castilla y León para promover el cambio de modelo tanto en centros de gestión pública como privada. Inspirado también en el modelo Housing trata de reconvertir las residencias tradicionales en pequeñas unidades de convivencia. Nace del deseo de los residentes de sentirse como en casa. Se define por los siguientes elementos:

- a) Autonomía: Elección de horarios en la actividad diaria, la propia imagen, menú y de actividades).
- b) Planificación centrada en la persona mediante la utilización de instrumentos como la historia de vida y documentos que recogen su proyecto vital.
- c) Organizativos: Profesional de referencia, ratios mínimos en profesionales de atención directa evitando rotaciones en horario de mañana, participación de la familia, diversidad de menús, realización de actividades significativas para los residentes, etc.

- d) Arquitectónicos: unidades de convivencia para 12 personas; con habitación individual con posibilidad de ocupación doble, baño privado, cocina, cuarto de estar y rincón de lavado compartido.
- e) Ambiente hogareño: Elementos decorativos particulares de un hogar (cortinas, luces indirectas, rincones de estar, cojines, cuadros, lámparas, elementos personales de cada usuario (objetos, fotos, etc.)

Hay que destacar que tras la evaluación positiva de los proyectos de pilotaje se aprobó el 4 de febrero el DECRETO 2/2016, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a las personas mayores en Castilla y León, que marca la obligatoriedad tanto de los centros públicos como privados de implantar el enfoque de la Atención Centrada en la Persona

- El proyecto “Tú decides cómo envejecer”

Iniciativa desarrollada por el Consorcid´Acció Social de Catalunya destinada a implementar la ACP en residencias, centros de día y centros rurales de servicios integrados. Delimitado por tres claras líneas de actuación.

- a) Conocer a la persona: Conocimiento de su biografía, elaboración de mapas básicos y ruta personal de atención partiendo de sus preferencias, necesidades y expectativas.
- b) Elección de la persona usuaria: Se llevan a cabo planes de atención y vida personalizados, rediseñando actividades personalizadas y se realiza un plan de alimentación personalizado en función de las expectativas de la persona.
- c) Implicación familiar y del entorno: asesoramiento y apoyo a las familias para facilitar su integración en el centro.

CAPITULO 3. DESCRIPCION Y ANALISIS DEL MODELO CENTRADO

EN LAS PERSONAS MAYORES EN EL AMBITO RESIDENCIAL

En este último capítulo realizaremos una descripción amplia y exhaustiva de las características y elementos más importantes del modelo centrado en la persona aplicado directamente en las instituciones residenciales para personas mayores. Para el desarrollo del capítulo utilizaremos los 11 cuadernos prácticos presentados a iniciativa del Matia Instituto y del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco en 2015 y realizado por: Martínez, psicóloga gerontóloga; Díaz-Veiga, responsable de la implantación del Modelo de Atención Centrada en las personas en residencias; Rodríguez, de la Fundación Pilares; y Sancho, del propio Instituto Gerontológico Matia.

En la última parte del capítulo analizaremos el modelo a partir de la revisión de diversos estudios de nivel internacional y nacional así como las entrevistas realizadas a los/las profesionales que trabajan en la unidad de convivencia “En Mi casa” de la Residencia de Personas Mayores Cardenal Marcelo Dependiente de la Diputación Provincial de Valladolid. Todo esto con el objetivo de comprobar la hipótesis de inicio: “El nuevo modelo de atención residencial centrado en la persona mejora el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores” además de para valorar su impacto en el entorno de los usuarios (familias y profesionales de atención directa).

1. Descripción del modelo y características

Como ya hemos visto en anteriores capítulos, la ACP esta internacionalmente reconocida como uno de los pilares en la atención de calidad en los servicios gerontológicos, sin embargo, en España nos encontramos aún bastante alejados de los modelos que presentan este enfoque o vertiente, salvo contadas excepciones ya explicadas detenidamente. Todavía sigue apostándose por el modelo tradicional de atención residencial, centrado en los servicios y que trata al residente como un sujeto pasivo, es decir, con escaso control sobre las decisiones que giran alrededor de su entorno, con intervenciones derivadas de las necesidades que precisan sus enfermedades, discapacidad o dependencia sin enfatizar en sus potencialidades.

Por tanto, la ACP se trata de un modelo profesionalizado completamente opuesto al tradicional, que busca que las personas sean protagonistas de su entorno, que sea la residencia la que tenga que adaptarse a ellos, que tenga control sobre sus cuidados y las decisiones de su día a día, desarrollando sus capacidades y sintiéndose bien. Es un modelo que trata de perseguir la calidad de la atención desde dimensiones relacionadas con la calidad de vida.

La ACP implica “una visión de las personas mayores que parte del reconocimiento de su valor y singularidad, que fija su mirada en las capacidades (frente a los déficits) y que apoya la autodeterminación de los individuos” (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez y Sancho, 2015).

En vistas a lo dicho en el capítulo 1 en el apartado de empoderamiento, la ACP busca una buena praxis de los y las profesionales de los servicios gerontológicos, en dónde además de proteger y atender las necesidades, se constituyen como empoderadores de los residentes. Esta empoderación sólo se puede llevar a cabo por medio del conocimiento de las historias de vida y desde la escucha, persiguiendo oportunidades, apoyos y recursos con el fin de que los residentes pueden desarrollar sus capacidades, tener control sobre su día a día y sentirse mejor. Es importante destacar que la ACP es una apuesta por la mejora de la calidad de vida desde la atención profesional, pero que no sólo está dirigido a los residentes, sino también a los/las profesionales como veremos más adelante.

Otros elementos imprescindibles son los entornos hogareños, realización de actividades significativas, relación con los familiares, cercanía con la comunidad y flexibilidad organizativa.

La ACP apuesta por la calidad de vida basándose:

- En el respeto a la dignidad: Partimos de la base que cada persona es única y diferente, con sus preferencias, expectativas, deseos y forma de vivir. Teniendo en cuenta esto existen dos deseos comunes; recibir una atención profesionalizada y que nos traten con respeto y dignidad independientemente de nuestras características (edad, enfermedad, discapacidad, orientación sexual, ideología...). Este respeto incluye, obviamente, un trato amable pero también el respeto a nuestros hábitos, costumbres y valores, a nuestras decisiones sobre nuestra vida cotidiana, protección a nuestra intimidad, etc. Es imprescindible que se dé un cuidado integral y personalizado y que la organización goce de flexibilidad para garantizarlo por medio de apoyos, recursos, normas y programas. Es necesario los Planes de Atención y Vida para que, junto con el usuario, se planifique su determinado proyecto de vida en donde albergue sus cuidados básicos y apoyos.
- Apoyar los proyectos de vida: El proyecto de vida es “la forma en la que las personas tenemos de plantearnos nuestra existencia, para conseguir nuestra metas y deseos, en relación a distintos ámbitos de desarrollo personal y social: el trabajo, la familia, las amistades, los bienes propios, el ocio, etc.” (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez y Sancho, 2015). Es importante apoyar los proyectos de vida de los residentes en la etapa actual en la que se encuentren. Conocer e identificar lo que realmente le importa a la persona mayor, apoyar su continuidad (hábitos, actividades significativas, rutinas), destacar los éxitos conseguidos en su vida, escucha activa de sus deseos y sugerir metas alcanzables. Es imprescindible por tanto contar con la participación de la persona usuaria y en caso de deterioro grave contar con

las personas más allegadas a este (familiares, amigos, profesionales de referencia, etc.).

Tabla 4:

Características de la Atención Centrada en la Persona

Promueve que la labor de los/las profesionales sea cuidar, apoyar proyectos de vida y facilitar la autodeterminación.
Busca nuevas formas de atención, donde las personas elijan y posean control sobre las decisiones de su vida cotidiana.
Identifica y visibiliza las capacidades de las personas para intervenir con éstas
Conoce las biografías, preferencias y deseos de las personas convirtiéndolas en referentes de la atención

Fuente: Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez y Sancho (2015).

1.1. Funciones y roles de los profesionales

La ACP demanda que los/as profesionales tengan una serie de competencias como son la escucha activa, la empatía, la valoración de la capacidades, el acercamiento a la historia de vida, empoderamiento de las personas, planificación de actividades terapéuticas significativas y puesta en marcha de metodologías que introduzcan a los residentes en la toma de decisiones y a las familias, si así lo quieren los usuarios, en los planes de atención.

Es esencial revisar el las intervenciones propias de los/as profesionales en el día a día mediante una buena organización y coordinación entre todos. Se precisa un apoyo al usuario de un modo horizontal en dónde este tenga un papel central y activo. Como dijimos anteriormente, la ACP no es un modelo desprofesionalizado, no reduce nuestro rigor técnico, ni incide en la calidad de las intervenciones que realizamos. Demanda el empleo de nuevas estrategias, ya que como hemos podido comprobar anteriormente, la evidencia científica nos dice que esta atención mejora la calidad de vida de las personas.

Es esencial el empleo de instrumentos para ello como son: la historia de vida y el proyecto de vida. Precizando la coordinación del equipo de apoyo, el equipo técnico, el cuidador/a de referencia implicando en la participación al propio residente y en tal caso a su familia si así lo desea.

Los/as profesionales deben cambiar el rol paternalista y contar con la persona en la toma de decisiones, deben apoyar la autonomía y la autodeterminación de los usuarios así como fomentar la flexibilidad organizativa. A continuación presentamos algunas diferencias en los roles de los/las profesionales entre el modelo tradicional y la ACP.

Cada residente debe tener un profesional de referencia cuyas funciones serán: Comunicación con las personas y generación de una relación de confianza; conocimiento de cada persona; búsqueda de recursos que generen capacidad y bienestar; apoyo al plan de atención y vida; y coordinación, continuidad y coherencia de las intervenciones.

Tabla 5:*Diferencias del rol de los/las profesionales según el modelo de atención residencial*

Roles profesionales en los modelos orientados al servicio	Roles profesionales en los modelos orientados a las personas
El/la profesional evalúa y prescribe lo que la personas necesita, lo que hay que hacer con ella en el centro o servicio	El/la profesional conoce la biografía, los gustos y el estilo de vida de la persona. Lo que le permite orientar, apoyar, asesorar, consensuar y ofrecer apoyos, teniendo en cuenta lo que la persona quiere y asume dentro de sus posibilidades.
Los/as profesionales se reúnen para evaluar y proponer los planes de atención para las personas usuarias	Las personas, si lo desean, pueden participar en el proceso de diseño y evaluación del plan de atención
Se prioriza la seguridad y el bienestar físico	La seguridad y el bienestar físico se equilibran con el bienestar emocional y las preferencias de las personas
Los/as profesionales hacen las cosas, las tareas de la vida diaria “por” las personas.	Los/as profesionales hacen las cosas, las tareas “para y con” las personas
Los/as profesionales transmiten la necesidad de confiar en ellos/as y trasladan pocas responsabilidades a las personas	Los/as profesionales señalan la importancia del diálogos, del consenso y de que cada uno – profesional y usuario- debe asumir su responsabilidad.

Fuente: Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez y Sancho (2015).

1.2. Unidades de convivencia

Las residentes lo que buscan cuando ingresan en una residencia es sentirse como en casa, es objetivo prioritario adaptar la residencia a los residentes y que esto no suceda al revés. Se precisa dar continuidad a la vida que tenían los residentes en sus domicilios propios por medio de las unidades de convivencia para que estos puedan seguir teniendo control sobre su vida. Estas unidades buscan garantizar los derechos de las personas, su intimidad y respeto a sus preferencias en dónde los/as profesionales se van adaptando a su evolución y necesidades.

“Las unidades de convivencia son espacios en los que vive un grupo de personas mayores en situación de dependencia, a quienes se proporciona los apoyos que

precisan para el desarrollo de su vida cotidiana” (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez y Sancho, 2015).

En estas unidades se garantiza la calidad en los cuidados y apoyos a la salud de los residentes pero busca la calidad integral de estos mediante la defensa de su dignidad, derechos, respetando su ritmo de vida, preferencias, etc.

Las residencias deben adaptarse estructuralmente para integrar estas unidades de convivencia. El equipamiento de las unidades de convivencia suele ser el siguiente:

- Mezcla de espacios tanto públicos como privados, es decir, los residentes pueden disponer de habitaciones individuales con su baño particular y habrá entornos comunes como cocina, comedor, salón, terraza o jardín. De este modo se busca potenciar las relaciones interpersonales, la vida en comunidad, el acceso de los familiares entre otras cosas y su participación en actividades como por ejemplo quedarse a comer.
- Suelen tener una capacidad de entre 9 a 15 personas para facilitar la convivencia y el desarrollo de actividades significativas. Los auxiliares son 2 o 3 por cada turno. Las rutinas diarias, horarios y actividades las deciden los propios residentes.
- Las unidades se caracterizan por estar decoradas con un carácter hogareño y al gusto de los propios residentes otorgando calidez a la unidad.

2. Análisis del modelo

Como dijimos al comienzo del capítulo, nos disponemos a analizar la influencia en el bienestar y calidad del modelo en las personas mayores a partir de la revisión de una serie de estudios a nivel nacional e internacional y la valoración de las entrevistas realizadas por cuenta propia a los/as profesionales de atención directa de la Residencia Cardenal Marcelo en dónde está implantado este modelo.

En primer lugar es importante resaltar las diferencias del modelo ACP con el modelo tradicional para darnos cuenta que busca la calidad de atención a través de las dimensiones de la calidad de vida.

Tabla 6:

Características de los diferentes modelos de atención

MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA	MODELOS CENTRADOS EN EL SERVICIO
Sitúan su foco en capacidades y habilidades	Se centran en los déficits y necesidades
Se comparten decisiones	Las decisiones dependen de los/as profesionales
Ven a la gente dentro de su entorno habitual	Encuadran a la gente en el contexto de los servicios sociales
Esbozan un estilo de vida con un ilimitado número de experiencias deseables	Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones
Se centran en la calidad de vida	Se centran en cubrir las plazas de un servicio
Crean equipos para solucionar problemas	Confían en equipos interdisciplinarios
Animan a los que trabajan directamente a tomar decisiones	Delegan el trabajo en los que trabajan directamente
Organizan acciones para usuarios/as, familias y trabajadores/as	Organizan reuniones para los/as profesionales
Las nuevas iniciativas valen la pena incluso si tienen un pequeño comienzo	Las nuevas iniciativas sólo valen si pueden implantarse a gran escala
Utilizan un lenguaje familiar y claro	Manejan un lenguaje clínico y con tecnicismos
Su intervención es global y se centra en el plan de vida de las personas	Su intervención prioriza aspectos, conductas alteradas, patologías, etc.

Fuente: Adaptada de (Sevilla et al. citado a través de Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez y Sancho, 2015).

2.1. Revisión de estudios e informes

A continuación mostramos los resultados más relevantes del estudio realizado por Vila-Miravent, Villar, Celdrán y Fernández por la Fundación de Alzheimer de Cataluña en 2012 a una muestra de 73 personas mayores que padecían demencia ingresadas en residencias de largo plazo con el modelo tradicional, usando el instrumento de medición Dementia Care Mapping (DCM) como metodología de observación sistemática ya que permite analizar el comportamiento de las personas con demencia y aporta variables como el bienestar emocional, la diversidad ocupacional y la calidad de interacción social.

- Existencia de bajos porcentajes en indicadores de malestar, agitación-angustia y estado de abandono y una implicación positiva de los residentes, es decir, los centros ofrecen buenas oportunidades para la creación de relaciones significativas.
- Sin embargo se aprecia una psicología social maligna debido a que existe poca diversidad ocupacional que denota que se precisa todavía una concienciación y formación de los/as profesionales para que ayuden y permitan a la persona con demencia a tener control de decisión sobre las actividades que para ella sean significativas.
- Se concluye que la implementación de un modelo de atención centrado en la persona puede incidir positivamente en el bienestar de las personas con demencia.

Por otra parte nos disponemos a analizar el informe de evaluación del pilotaje del proyecto “En mi casa” de 2014. Un proyecto llevado a cabo por la Gerencia de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Castilla y León. El modelo piloto se implantó en residencias de las 9 provincias de la Comunidad y presentaban características muy diversas: titularidad pública y privada, con y sin ánimo de lucro, en medio urbano y rural. Los datos han sido proporcionados por la propia Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León.

Con la finalidad de comprobar la mejora en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores se han empleado en este informe los siguientes instrumentos:

a) Escalas estandarizadas de valoración:

- Escala FUMAT para evaluar la calidad de vida
- Índice de BARTHEL para evaluar el nivel de dependencia/independencia de las personas en las actividades de su vida diaria
- Escala MINIMENTAL para medir el deterioro intelectual/déficit cognitivo
- Escala QUALID para evaluar la calidad de vida en personas con deterioro grave
- Encuestas de satisfacción a los familiares y cuestionario Maslach Burnout Inventory para evaluar el efecto que produce sobre el desgaste profesional de atención directa.

Los resultados de este informe nos muestran que:

- Recuperación notable de facultades en las actividades de la vida diaria así como de competencias para personas en situación de dependencia. Es decir, mejora de su nivel de autonomía.
- Índices en todos los casos de calidad de vida adecuado y ascendente lo que se traduce en que el modelo mejora la calidad de vida de los usuarios.
- No se consiguen sacar conclusiones respecto a la evolución del deterioro cognitivo.
- Los familiares se encuentran bastante satisfechos con el modelo. Consideran que han mejorado el aspecto físico y el estado de ánimo. Consideran que en la unidad de convivencia existe un ambiente familiar y hogareño “como en su casa” y gran satisfacción con los profesionales, la atención, el cuidado, el trato y el proyecto en general basado en el respeto íntegro a los deseos de los residentes. Especial valoración al conocimiento del auxiliar de referencia y sus funciones.
- Los profesionales aseguran estar en un grado muy bajo de agotamiento emocional y de despersonalización y con un muy alto reconocimiento de su personalidad, autoestima, compromiso así como de su realización personal.

Me gustaría destacar también el estudio elaborado por el SIIS Centro de Documentación y Estudios realizado para la Fundación Matia, en donde se analiza la

relación coste-efectividad de las intervenciones y programas comunitarios y centrados en la persona que existen a nivel internacional. Lo destaco porque me parece importante unir la mejora de la autonomía, participación, empoderamiento y calidad de vida en general también al alcance de estos objetivos de manera eficiente desde el punto de vista económico. Este estudio concluye que las evaluaciones realizadas a las fórmulas de alojamiento residencial resultan mayoritariamente coste-efectivas. Estos modelos están extendidos tanto en Europa como Norte América y Australia y muestra ahorros en costes indirectos como fármacos o menor absentismo laboral.

2.2. Entrevista a los/as profesionales

La entrevista se realizó a 3 de los 5 profesionales de atención directa, incluido la coordinadora del programa de atención, que trabajan actualmente en el modelo de atención centrado en la persona a través de la unidad de convivencia “en Mi casa” de la Residencia Cardenal Marcelo dependiente de la Diputación provincial de Valladolid gracias a la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León y que ha pasado de ser un proyecto piloto a configurarse como una realidad.

Se trata de una entrevista abierta (véase anexo) guiada hacia las siguientes cuestiones:

- La incidencia en el bienestar subjetivo y calidad de vida de las particularidades del modelo
- Vinculo de confianza entre el profesional de referencia y el residente
- Importancia de la participación de la familia
- Satisfacción laboral del profesional con este nuevo modelo
- Beneficios y riesgos de la implantación del modelo.

Las respuestas de los/as profesionales y las conclusiones a las que se llega son las siguientes:

- Unanimidad en la mejoría de su calidad y bienestar subjetivo. Existe gran satisfacción. Además el modelo y la unidad con su ambiente hogareño y cálido fomenta la colaboración entre los residentes. “somos una gran familia, se preocupan y ayudan entre los residentes”.
- Aseguran notar y constatar mejorías a todos los niveles de los residentes, más en concreto de 3 de ellos que apenas hablaban, paseaban y se

relacionaban con su entorno y que al poco tiempo de ingresar en la unidad todo esto cambió. “Se relacionaban, proponían y participaban en actividades, dejaron de pasar el tiempo dormidos delante del televisor”.

- Gran utilidad de la historia de vida y el proyecto de vida como instrumentos del modelo, así como la figura del profesional de referencia para la atención y velar por las preferencias vitales de cada residente. Mejora el vínculo afectivo con los usuarios. Las familias están más satisfechas al conocer las funciones y el profesional de referencia de su familiar. “Ser profesional de referencia nos permite a través de la historia de vida conocer en profundidad a la otra persona, valorizar sus experiencias vitales y entablar conversaciones diarias significativas para el usuario más allá de un simple -que buen tiempo hace-”
- Valoración muy positiva de los residentes a la posibilidad de participación de las familias en el día a día. “Las familias son una parte importante de los residentes y para cualquier persona. Dar continuidad al papel que tienen en la vida de los residentes significa hacerles sentir como en su propia casa”
- Mínima existencia de quejas por parte de los residentes y usuarios. “los residentes están tan encantados y satisfechos con esta unidad que incluso cuando existen errores de nuestra parte no se quejan para no generar mal ambiente”
- Los/as profesionales aseguran tener menos carga laboral, menor estrés, y mayor implicación personal en los proyectos de vida de las personas. Afirman que el trabajo es enriquecedor. Existe gran satisfacción en comparación con trabajar fuera del modelo. “En las otras plantas fuera de la unidad de convivencia nos hacemos cargo de 20 residentes, y los atendemos como si de un desfile se tratara. Aquí tenemos a 4 residentes cada una de nosotras y podemos implicarnos más y mejor, optimizar la atención y la relación”
- La mayor implicación personal por parte de los/as profesionales tiene sus beneficios, pero también riesgos. Las frustraciones son mayores y también la carga emocional, sin embargo, aseguran que es necesario correr riesgos.
- Otro de los riesgos son los conflictos. Al ser solo 12-15 residentes por unidad y existir zonas comunes, en caso de conflictos que no se resuelvan adecuadamente, resulta más difícil evitar la confrontación.

- Otros de los riesgos que perciben es la necesidad de un ratio mayor de profesionales de atención directa tanto en el turno de día como el nocturno.
- Los/as profesionales están de acuerdo en que este modelo es el camino a seguir.

2.3. Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del modelo.

Para concluir el proyecto utilizaremos la herramienta metodológica DAFO², para llevar a cabo una síntesis de las principales características del modelo con elementos positivos y negativos sacadas de toda la bibliografía usada anteriormente en el trabajo, tanto estudios empíricos y teóricos como de las entrevistas realizadas a los profesionales de atención directa. Usaremos también una de las publicaciones de Rodríguez para la fundación pilares, donde recoge las conclusiones de los estudios realizados por diversos autores en la materia sobre los beneficios, riesgos y oportunidades del modelo.

² Instrumento metodológico para el análisis de las características internas (debilidades y fortalezas) y situación externa (amenazas y oportunidades) de una determinada realidad.

ANALISIS DAFO

DAFO Atención Centrada en las Personas Mayores en ámbito residencial.

FACTORES INTERNOS

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>Beneficios en la calidad de vida: Disminución de la agitación, disconfort y alteración de conducta; reducción sintomatología depresiva y psicótica; descenso de sentimientos de apatía/aburrimiento y mayores ganancias en calidad de vida en personas con deterioro cognitivo; mejoría en su bienestar subjetivo.</p> <p>Beneficios en su funcionamiento: Disminución apoyo AVD; aumento relaciones sociales; mayor autonomía y funcionalidad; participación en actividades significativas.</p> <p>Beneficios en la organización: Mejora clima laboral; reduce burnout y absentismo laboral; mejora trabajo en equipo; optimiza recursos y reducción consumo sanitario.</p> <p>Beneficios en los profesionales: Reducción estrés; mayor motivación y satisfacción; dignifica la labor asistencial; adquisición nuevas capacidades (empatía, resiliencia....)</p>	<p>Necesidad de formación específica y sensibilización para los/as profesionales. Hacer énfasis en los instrumentos del modelo (historia de vida y proyecto de vida) para que no se queden en meras intenciones.</p> <p>Escaso ratio adecuado de profesionales en entidades de titularidad privada.</p> <p>Dificultades de evitación ante conflictos severos en las unidades.</p> <p>Menor calidad asistencial y dificultades de implantación de unidades en residencias de más de 100 plazas.</p> <p>Crear que se propone una atención desprofesionalizada y que solo afecta a los/as profesionales de atención directa y no a toda la organización.</p> <p>Limitaciones arquitectónicas en centros antiguos.</p>

Positivos

Negativos

FACTORES EXTERNOS

OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<p>Beneficios en las familias: Mayor implicación y colaboración en cuidados; mejora de confianza en los/as profesionales; mayor satisfacción, tranquilidad y bienestar personal.</p> <p>Incremento del interés por los servicios gerontológicos en España y por la ACP: Implantación progresiva de unidades de convivencia en Castilla y León gracias al Decreto 3/2016; aumento de conferencias y jornadas destinadas a tratar el enfoque; extensión a otras comunidades autónomas; resultados contrastados de las experiencias internacionales y pilotajes nacionales.</p>	<p>Coyuntura económica del país: Reducción del gasto en política social, aumento políticas de austeridad y recortes en el Estado de bienestar debido a la actual crisis.</p> <p>La normativa existente no permite ciertos cambios o actuaciones: algunas normativas de funcionamiento de centros de atención socio sanitaria impiden cocinar, tener animales de compañía, etc.</p>

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

Los objetivos para este trabajo consistían en describir exhaustivamente nuestro objeto de estudio, la Atención Centrada en la Persona en ámbito residencial, y por otra parte analizar su impacto respondiendo a la hipótesis formulada al principio “el nuevo modelo de atención residencial centrado en la persona mejora el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores”. Para ello, la metodología empleada consistió en una revisión bibliográfica de las publicaciones de la materia en cuestión, tanto estudios científicos como teóricos, además de una serie de entrevistas realizadas a los/as profesionales de uno de los centros en donde se está aplicando el modelo. En vistas a los resultados obtenidos podemos asegurar que la hipótesis de partida se cumple.

Los resultados obtenidos del trabajo esclarecen:

- Que se trata de un modelo que vela por los derechos individuales de los residentes para que estos sigan teniendo control sobre su entorno.
- Supone una atención profesionalizada desde la relación de los/as profesionales con los residentes basada en su empoderamiento. Busca alejarse de la atención paternalista imperante en el modelo tradicional de atención residencial pero sin obviar la evidencia científica de la praxis profesional. Supone un nuevo ordenamiento de competencias profesionales de los/as gerocultores en la puesta en marcha de intervenciones basadas en la protección y preferencias o decisiones de los usuarios enfatizando en sus potencialidades, y no en sus debilidades.
- Que las unidades de convivencia son los espacios más adecuados para llevar a cabo el modelo de manera óptima. Entre 12 y 15 residentes por unidad. Y la necesidad de la figura del profesional de referencia, la historia de vida y proyecto de vida como instrumentos esenciales.
- Que mejora la calidad de vida y favorece la promoción del bienestar subjetivo de los residentes. Combate la situación de dependencia mejorando la autonomía y funcionalidad.

- También es beneficioso para los profesionales y la organización. Existe mayor satisfacción laboral, menor estrés y agotamiento así como mayor gratificación y motivación personal. Mejora el clima laboral y ayuda a optimizar recursos.
- Que se necesita todavía importantes retos en cuanto a la formación de los/as profesionales de atención directa para desarrollar el modelo eficientemente.
- Que la calidad de atención del modelo baja para residencias con un gran número de plazas y que la adecuación arquitectónica que se precisa puede ser un problema coste-efectivo para determinadas entidades.
- Que se precisa aún mayor conocimiento sobre los modelos de la ACP. Se necesita sistematizar experiencias, así como el diseño y validación de instrumentos de evaluación.
- Que la coyuntura actual del país y la normativa de funcionamiento de centros de atención socio-sanitaria puede ser un escollo para la implantación del modelo.

La principal motivación para la realización de este trabajo fue la carencia de implantación de sistemas de calidad en los servicios gerontológicos de España, en donde primaba con absoluta supremacía la atención basada en la calidad de la gestión, a diferencia de países como Australia, la zona de Norte América y algunos países del norte de Europa donde ya están consolidados. “La gestión debe estar supeditada y ser coherente al modelo de atención” (Martínez, 2011, Leturia, 2012).

Los trabajadores sociales debemos de sensibilizar para la creación de una cultura de la calidad en los servicios gerontológicos de este país orientado a las dimensiones de la calidad de vida ya que se trata de una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, el fortalecimiento y la liberación de las personas para velar por su bienestar.

Se precisa asegurar la dignidad en el proceso de envejecimiento de las personas mayores. Debemos liderar cambios a través de la implicación de diversos agentes: profesionales, tejido asociativo de personas mayores, administraciones públicas o entidades privadas entre otros.

Aún existe un gran recorrido por hacer pero ya se han dado los primeros pasos con el proyecto “Etxean Ondo” del país Vasco en 2011 y con el proyecto “en Mi casa” iniciado en Castilla y León en el año 2012 entre otros. Especial relevancia para el avance de este nuevo modelo, el decreto aprobado este año en Castilla y León 3/2016 del 4 de febrero por el que se regula la implantación del nuevo modelo para todos los centros de atención a personas mayores de carácter social ubicados en la comunidad siendo de obligado cumplimiento la figura del profesional de referencia y la historia de vida y proyecto de vida como instrumentos esenciales para la atención. En los próximos años se podrán obtener nuevos conocimientos a partir de la sistematización de nuevas experiencias que ayudarán al fortalecimiento y difusión de este tipo de modelos basados en la ACP en el resto del país. Un proceso con cambios lógicos, necesarios y que merecen la pena.

Las principales dificultades que he encontrado para la realización de proyecto están relacionadas especialmente con el tiempo, la escasez de experiencias y estudios de investigación o sistematización de experiencias. Disponer de mayor tiempo me habría dado la oportunidad de realizar entrevistas a más centros de la comunidad con este modelo implantado. Por otra parte se trata de un modelo de naturaleza joven y poco expandido en España por lo que existen pocas sistematizaciones de experiencias. Sin embargo, considero que el modelo de Atención Centrada en la persona en centros institucionalizados es un tema de actualidad e interés debido a la actual situación demográfica con el aumento de la población mayor y el interés por los servicios de atención gerontológicos, siendo esta otra motivación para su elección.

Considero que este trabajo describe exhaustivamente el enfoque de atención, ofreciendo una conceptualización muy detallada que aporta una importante base de conocimientos. Describe desde el origen del enfoque; las experiencias internacionales y proyectos pioneros en nuestro país; los modelos en los que toma forma; hasta las características esenciales para su funcionamiento en unidades de convivencia. Por otra parte, ofrece un análisis de su impacto, tanto beneficios como riesgos, en los residentes, familias, profesionales y organización que sintetizo en el instrumento metodológico DAFO. Creo que constituye un importante documento de interés sobre la atención de los servicios gerontológicos, así como para el colectivo de personas

mayores, dado que el modelo reivindica los derechos individuales de este colectivo y el proyecto muestra las diferencias en la calidad de la atención entre el modelo tradicional y el nuevo centrado en la persona.

Este trabajo me ha permitido reflexionar sobre las prácticas de los trabajadores sociales en su quehacer profesional, entendiendo la necesidad y deber profesional de liderar cambios organizativos para transformar la realidad en favor de los usuarios y no caer en convertirnos en meros gestores de recursos acomodados en nuestro puesto de trabajo. Me ha permitido desplegar y aprender una serie de habilidades y competencias de comunicación oral y escrita, saber gestionar la información, evaluar y analizar de manera crítica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abades, M. y Rayón, E. (2012). El envejecimiento en España. ¿Un reto o problema social? *Gerokomos. Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 23 (4), 155-159.

Albarrán, C., Salinas, F., Más alique, P. Franco, P. y Mateo, C. (2014). *Informe de evaluación del pilotaje del proyecto Nuevo Modelo de Atención a Personas Mayores en Castilla y León. En Mi Casa*. Recuperado de https://webmail.alumnos.uva.es/?_task=mail&_caps=pdf%3D1%2Cflash%3D1%2Ctif%3D0&_uid=390&_mbox=INBOX&_action=show

Amador, L., Cárdenas, R. y Moreno, P. (2006). *Envejecimiento y sociodemografía mundial en Vejez. Autonomía o dependencia pero con calidad de vida*. Madrid: Dykinson, S.L.

Bandura, A. (1977). Self efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, (84), 191-215.

Batliwala, S. (1983). *Empowerment of Women in South Asia. Concepts and Practices*. Asian South Pacific Bureau of Adult Education and Freedom from Hunger Campaign. New Delhi.

Bermejo, L. (2006). Promoción del Envejecimiento Activo. Reflexiones para el desarrollo de programas de preparación y de adaptación a la jubilación. En J. Giró (coord.), *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*, pp. 65-88. Logroño: Universidad de La Rioja.

Bezerra, F., Pino, M. y Portela, J. (2009). Calidad de vida en Persona Mayores. Apuntes para un programa de educación para la salud. *Revista de Investigación en Educación*, (6), 70-78.

Brooker, D. y Surr, C. (2005). *DCM. Principles and Practice*. Bradford: University of Bradford.

Cal Crespo, A. (2003). *Manual de Cuidado de Personas Mayores*. A Coruña: Diputación de A Coruña.

Carretero, M., Marchesi, A. y Palacios, J. (1986). *Psicología evolutiva. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Psicológica.

Castilla y León. Decreto 3/2016, de 4 de febrero, de autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para la atención a personas mayores en Castilla y León. *Boletín Oficial de Castilla y León*, de 5 d febrero de 2016, nº 24, pp. 5942-5981.

Díaz Veiga, P. y Sancho, M. (2012). Unidades de Convivencia. Alojamientos de Personas Mayores para vivir como en casa. *Informes Portal Mayores*, (132).

Esteban, L. y Rodríguez, J.A. (2015). Situaciones de Dependencia en Personas Mayores en las Residencias de Ancianos en España. *ENE. Revista de Enfermería*, 9 (2). Doi:10.4321/S1988-348X2015000200007.

Eurostat. (2014). Population. *Eurostat regional yearbook*. Recuperado de <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5786153/KS-HA-14-001-01EN.PDF/3862f1cc-75d7-49e5-bca9-37cfe3be4b80?version=1.0>

Fernández, C. (1999). La gerontología: una nueva disciplina. *Escuela abierta. Revista de Investigación Educativa*, (3), 183-198.

Fernández, T., Lorenzo de, R. y Vázquez, O. (eds.). (2012). *Diccionario de Trabajo Social*. Madrid: Alianza editorial, S.A.

Filardo, C. (2011). Trabajo Social para la Tercera Edad. *Revista de Trabajo Social y Acción Social. Documentos de Trabajo Social*, (49), 204-219.

Gracia, E. (1997). *El Apoyo Social en la Intervención Comunitaria*. Barcelona: Paidós.

Iacub, R. y Arias, C.J. (2010). El Empoderamiento en la Vejez. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2 (2), 25-32.

IMSERSO. (2004). *Libro Blanco de Atención a las Personas en Situación de Dependencia*.

Recuperado de

<http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

IMSERSO. (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Recuperado de

http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

IMSERSO. (2012). *Informe 2010. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos*

Estatales y por Comunidades Autónomas. Recuperado de

http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/22023_inf2010pm_v1.pdf

Leturia, M. (2012). Los sistemas de Calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de Atención. *Actas de la Dependencia*, 5, 43-66.

Lis, K., Billings, J., Brown, P., Cosack, A. y Reinchert, M. (eds.). (2008). *Evidence-based Guidelines on Health Promotion for Older People*. Vienna: Austrian Red Cross.

López, A., Marín, A.I., y De la Parte, J.M. (2004). La planificación Centrada en la Persona. Una metodología coherente al respeto al derecho de autodeterminación. Una reflexión sobre la práctica. *Siglo Cero*, 35, (210).

Mañós, F. (coord.). (2011). *Modelo de Calidad de Vida aplicado a la Atención Residencial de personas con necesidades complejas de apoyo. La toma de decisiones para el desarrollo de su proyecto de vida*. Recuperado de http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/doc_tec_21020.pdf

Martínez, T. (2009). Las buenas prácticas en la Atención a las Personas Adultas en Situación de Dependencia. *Informes Portal Mayores*, (98).

Martínez, T. (2013). La Atención Centrada en la Persona. *Algunas claves para avanzar en los Servicios Gerontológicos*. Recuperado de <http://www.acpgerontologia.com/documentacion/ACPMartinezActasdependencia.pdf>

Martínez, T. (2013). La Atención Centrada en la Persona. Enfoque y Modelos para el buen trato a las Personas Mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, (41), 209-231.

Martínez, T., Díaz Veiga, P., Rodríguez, P. y Sancho, M. (2015). Modelo de Atención Centrada en la Persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. *Informes Envejecimiento en red*, (12). Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>

Martínez, T. (2016). La Atención Centrada en la Persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación. *Estudios de la Fundación Pilares para la autonomía personal*, (3).

McCormack, B. (2004). Person Centeredness in gerontological nursing. An overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, (13), 31-38.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2006). *Boletín de Estadísticas Laborables*. Recuperado de <http://www.mtas.es/estadisticas/BEL/Welcome.htm>.

Morgan, S. y Yoder, L. (2011). A concept analysis of person centered care. *Journal of Holistic Nursing*. Recuperado de <http://jhn.sagepub.com/content/early/2011/07/15/0898010111412189.full.pdf>

Nolan, M., Davies, S., Brown, J., Keady, J. y Nolan, J. (2004). Beyond Person Centred care. A new vision for gerontological nursing. *Internacional Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing*, 13, (3a), 45-53.

Rodríguez, P. (2012). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. *Actas de la Dependencia*, 3, 6-40.

Rodríguez, P. (2015). *Fundamentos y mitos de la atención centrada en la persona*. Recuperado de <file:///C:/Users/operador/Downloads/Fundamentos+y+Mitos+de+la+Atenci%C3%B3n+Centrada+en+la+Persona+por+Pilar+Rodr%C3%ADguez.pdf>

Romano, J. (2002). *Empoderamiento. Enfrentemos primero la cuestión de poder para combatir juntos la pobreza*. Brasil: Action Aid.

Saizarbitoria, M. (2012). Revisión de estudios de coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona. *Zerbitzuan*, (51), 107-117.

Schaloch, R y Verdugo, M. (2003). *Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza editorial, S.A.

Sen, G. (2005). *Políticas para el empoderamiento de las mujeres como estrategia de lucha contra la pobreza*. Santiago de Chile: CEPAL.

Sevilla, J., Abellán, R., Herrera, G., Pardo, C., Casas, X. y Fernández, R. (2009). *Un concepto de Planificación Centrada en las Personas para el siglo XXI*. Barcelona: Fundación Adaptada.

Vila Miravent, J., Villar, F., Celdrán, M. y Fernández, E. (2012). El modelo de Atención Centrada en la Persona. Análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. *Revista Aloma de Psicología, ciencias de l'Educació i d'Esport*, 30, (1), 109-117.

ANEXOS

ENTREVISTA ABIERTA A LOS/AS PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE CONVIVENCIA RESIDENCIA CARDENAL MARCELO

1- Una de las características del proyecto piloto “En Mi casa” basado en el modelo de atención a la persona es que los residentes gozan de autonomía ¿Cuáles son los elementos que lo posibilitan? y ¿Cómo incide esto en el bienestar y calidad de vida de los residentes? ¿Cómo lo perciben ellos?

2- En este proyecto se utilizan una serie de documentos para conocer la biografía de la persona (historia de vida, proyecto vital, etc) coméntanos el modo de empleo y de qué manera estos documentos favorecen el vinculo de confianza entre el cuidador y el residente. ¿Consideráis importante para la calidad de vida de los usuarios fortalecer la relación con el residente?

3- Otra característica de este proyecto la participación de la familia e incorporación a las actividades significativas del día a día. ¿Cómo es de importante esto para los residentes? ¿Cómo lo valoran tanto ellos como las familias?

4- ¿Has trabajado de cuidador en esta residencia u otra dentro del modelo de atención tradicional? ¿Qué diferencias observas en cuanto a la percepción de los residentes? ¿Se observan resultados prometedores? ¿Observáis que mejore su bienestar subjetivo y calidad de vida? y para vosotros los cuidadores ¿Os encontraréis más cómodos/as trabajando con este tipo de organización flexible y convertidos en profesionales de referencia? Explica un poco las diferencias de este modelo con el tradicional.

5 -¿Consideras positivo que este tipo de proyectos se implanten en las residencias españolas? ¿Crees que es el camino a seguir? ¿Cuáles crees que son los beneficios y riesgos que tiene para su implantación (costes, adecuación arquitectónica, ratio de profesionales, etc..?)